



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2014 –**

**QUEL HEBERGEMENT POUR LES PERSONNES  
SANS ABRIS VIEILLISSANTES ?**

**– Groupe n° 23 –**

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| – <b>Marin CHAPELLE</b>    | – <b>Chloé RAMIREZ</b>         |
| – <b>Marie GOAILLARD</b>   | – <b>Catherine REY QUINIO</b>  |
| – <b>François GUILLAMO</b> | – <b>Sonia ROCHATTE</b>        |
| – <b>Cécilia HOUMAIRE</b>  | – <b>Jean-Pierre RONGICONI</b> |
| – <b>Sophie LEMBO</b>      | – <b>Rebecca SAY</b>           |
| – <b>Marielle MONTOUT</b>  | – <b>Laëtitia TAMARELLE</b>    |

*Animateur M. MAGNAVACCA*

---

# S o m m a i r e

---

Introduction	1
I. Etat des lieux de la réalité que recouvrent « les sans-abris vieillissants »	4
A. Qui sont les « SDF vieillissants » ?	4
1. Sans-abris, SDF, et sans-abris vieillissants : des populations hétérogènes	4
2. Les SDF vieillissent prématurément d’après leur « profil médical type »	5
B. Leurs évolutions actuelles et à prévoir	6
1. Combien sont les personnes sans-abris vieillissantes en France ?.	6
2. La question, de plus en plus prégnante, de la prise en charge des sans-abris vieillissants	7
3. Sans abris vieillissants : des sous catégories particulièrement exposées ?	9
II. Des réponses existantes, mais qui restent insuffisantes et inadaptées	12
A. Les difficultés rencontrées par la filière gérontologique pour accueillir les personnes sans-abris vieillissantes	12
1. Les structures de « droit commun » destinées à l’accueil des personnes âgées	12
2. La question non élucidée du financement	12
3. Les obstacles à l’intégration en EHPAD de ce public atypique	13
4. Mixité des populations dans les EHPAD ou structures spécifiques pour les sans-abris vieillissants	14
B. La filière de lutte contre les exclusions et ses limites	15
1. Les dispositifs sociaux existants	15
2. La problématique de la prise en charge globale et sans rupture des personnes sans-abris vieillissantes aux profils sociaux et sanitaires variés	17

III. Quelles solutions et propositions apporter ?	20
A. Les initiatives actuellement à l'œuvre : quel bilan ?	20
1. Les différents types de structures « innovantes » accueillant cette population	20
2. Les modes de financement de ces structures	22
B. Quelles recommandations et quelles réponses proposer pour les personnes sans-abris vieillissantes ?	23
1. La question de la mixité des structures d'accueil de ce public	23
2. Un besoin impératif de transversalité	24
3. Une nécessité de formation des professionnels intervenants auprès des sans-abris vieillissants	25
Conclusion	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	32

---

## Remerciements

---

Tout d'abord, nous souhaitons remercier Monsieur Joseph MAGNAVACCA pour son accompagnement et son aide dans l'organisation et le déroulement de notre travail.

Nous remercions l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés ou qui nous ont accordé de leur temps lors d'entretiens téléphoniques pour le partage de leurs expériences et connaissances.

- Mme Farida ABDOUSS, Chef de service de Saint Roch, l'équipe de direction et la psychologue, de l'EHPAD Saint Barthélémy, Association St Jean de Dieu, Marseille ;
- Dr BOUGHIDA, Médecin coordonnateur de l'EHPAD, CASH Nanterre ;
- Mme Sylvie BRAS, Bureau accueil hébergement, DRIHL Paris ;
- Mme Constance CARDOEN, Directrice stagiaire à l'EHPAD du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre ;
- Mme CARPENTIER, Psychologue, EHPAD Fontenay aux Roses;
- Mme Armelle DE GUIBERT, Directrice de Fraternité Ile-de-France ;
- M. Jean-Louis GALDIN, Travailleur social, DDCSPP 47, Agen ;
- Mme Emmanuelle GAUVILLE, Directrice des études et secrétaire générale de " Ciliohpaj Avenir et Joie ", Maison relais, Agen ;
- Dr Jacques HASSIN, Chef du service hospitalier de liaison sanitaire et sociale, CASH de Nanterre ;
- M. Jean-Pierre MASCLET, Directeur des établissements et services du pôle de Vitré ;
- Mme Christine MELINE, SAMU Social Bordeaux, Chef de service ;
- M. Marc PREVOST, Président et M. Bruno MOREL, Directeur Général, Emmaüs Solidarité, Paris ;
- Mme Mathilde MOULIN, Responsable du service, DRIHL Préfecture de Paris ;
- Mme Laure NGUYEN, Directrice de pôle au GPS Perray Vaucluse ;
- M. Jean-Claude LAURENT, Directeur de l'Association St Benoît Labre, Maison de veille sociale de Loire-Atlantique ;
- M. Jean-Yves ROUFFET, Médecin coordonnateur, EHPAD Fontenay aux Roses;
- Mme Maryse VALLERY, Assistante sociale DT ARS 75 ;
- Mme VAN DE VYVERE, Directrice de l'EHPAD de Suresnes ;

Enfin nous tenons à remercier également l'équipe pédagogique de l'EHESP, en particulier Emmanuelle GUEVARA et Christophe LE RAT pour l'organisation du module, qui nous a permis, en interfiliarité, de participer à des échanges riches et de rendre un travail le plus abouti possible.

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AGLS	Aide à la Gestion Locative Sociale
AHI	Accueil, Hébergement et Insertion
APHM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
APL	Aide Personnalisée au Logement
APUR	Atelier Parisien d'Urbanisme
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CASH	Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (Nanterre)
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CHAPSA	Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans-Abri (Nanterre)
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
DDCS(PP)	Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DT ARS	Délégation Territoriale de l'Agence régionale de Santé
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
GCSMS	Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Habitat Alternatif Social
ICP	Institut Catholique de Paris
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDF	Ile-de-France
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LAM	Lits d'Accueil Médicalisé

LHSS	Lits Halte Soins de Santé
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PFP	Petits Frères des Pauvres
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SDF	Sans Domicile Fixe
USLD	Unité de Soins Longue Durée

## Méthodologie du MIP – Groupe 23

Après que chacun se soit positionné au sein de sa filière sur le sujet : « Quel hébergement pour les personnes sans-abris vieillissantes ? », nous avons pu échanger nos premières impressions au cours d'un premier rendez-vous. Cela nous a permis de faire connaissance et de réfléchir sur la méthodologie à adopter pour traiter ce sujet. Cette rencontre a été l'occasion d'échanger librement nos avis sur le sujet et de dégager un premier plan de route pour la suite du MIP.

Nous avons contacté M. Joseph MAGNAVACCA, responsable du groupe 23, afin de lui soumettre nos premières réflexions. Nous avons ensuite pris contact avec les personnes que nous souhaitions rencontrer afin de répondre à la problématique posée. Globalement, nous avons eu des réponses positives et avons pu rapidement fixer nos rendez-vous. Les premiers rendez-vous ont donc été pris bien avant le début officiel du MIP.

La première journée officielle du MIP nous a permis de pouvoir échanger avec M. MAGNAVACCA sur les principaux enjeux du sujet. Nous avons également fait le point sur les entretiens prévus et nous avons élaboré notre budget. Nos entretiens s'étant principalement déroulés dans des villes éloignées de Rennes (Nantes, Paris, Lyon, Marseille), il nous fallait réfléchir à la bonne utilisation des ressources allouées dans le cadre du MIP. Nous avons à cet égard réussi à conduire un maximum d'entretiens sans dépasser le budget alloué.

Nous avons ensuite travaillé à la définition des termes du sujet et délimité le champ de notre étude. Nous avons également élaboré une problématique, un plan détaillé ainsi qu'une grille d'entretien commune afin de pouvoir recouper les informations recueillies au fil des différentes rencontres. Nous nous sommes ensuite répartis le travail afin que chacun puisse participer soit à la rédaction, soit à la relecture, soit à la préparation de la soutenance du MIP. Cependant, les rôles n'étaient pas figés et la dynamique de groupe a conduit chaque personne à participer à chacune des phases du MIP.

La seconde semaine a, quant à elle, été consacrée à la conduite des entretiens dans les différentes villes, auprès des acteurs du secteur des personnes âgées et/ou des sans-abris. Ces entretiens ont donné lieu à des restitutions écrites et partagées par voie électronique qui ont alimenté notre travail. Certains des entretiens ont été enregistrés (avec l'accord de la personne interviewée) afin de faciliter leur retranscription.

La phase de rédaction a débuté lors de cette seconde semaine, pour s'étendre jusqu'à la moitié de la troisième semaine.

Nous nous sommes ensuite retrouvés dès le lundi de la troisième semaine pour évoquer les difficultés rencontrées ainsi que les éventuelles redondances mises en évidence dans le plan. Nous avons ensuite réglé les derniers détails afin de s'assurer de la cohérence du travail.

La seconde partie de la troisième semaine a été consacrée à la relecture et à la mise en page du travail. Nous avons également tenu à envoyer la version finale à M. MAGNAVACCA afin qu'il puisse évaluer le travail accompli par le groupe.

Enfin, nous nous sommes répartis les rôles afin de préparer la présentation de notre travail devant le jury.



## Introduction

Sous l'empire de la charité chrétienne, l'hôpital a longtemps joué un rôle de refuge pour les mendiants et autres indigents. Ce lieu d'accueil des sans-logis a progressivement évolué vers l'enfermement. Dès le XVIIème siècle, la Compagnie des dévots du Saint-Sacrement prônait un « renfermement » des indigents, vieillards et incurables. La politique du « renfermement » s'est renforcée au XIXème siècle avec l'avènement de l'hygiénisme, fondateur d'un nouvel ordre social et moral. Considérations sanitaires et morales étaient intimement liées au service de l'ordre public. Cette approche des politiques publiques visant les sans-abris a ainsi prédominé pendant des siècles.

Il est à noter d'une part que vieillards et indigents ont pendant longtemps été soumis au même régime et enfermés dans les mêmes institutions. Ce n'est véritablement qu'à partir de la seconde moitié du XIXème siècle que les « indigents » ont été considérés de manière différente.

D'autre part, la notion de Sans Domicile Fixe (SDF) est réellement apparue dans le vocabulaire légal à partir des années 1980, où elle côtoie celle de « sans-abri ». Si les deux termes sont dans les faits difficiles à distinguer, le critère principal de différenciation entre ces deux situations est celui de la domiciliation postale. Le sans-abri ne dispose pas d'endroit pour se protéger des intempéries, tandis que le SDF peut ne pas avoir vécu dans la rue, mais se caractérise par une absence de domiciliation.

La prise en charge des SDF a évolué en France à partir de la deuxième moitié du XXème siècle lorsque les premières associations ont alerté l'opinion publique sur la problématique du logement. Le discours de l'Abbé Pierre de l'hiver 1954 peut être perçu comme l'élément déclencheur de la prise de conscience généralisée ayant conduit de nombreuses associations à prendre à bras le corps la question de l'hébergement des personnes sans-abris.

Si l'Abbé Pierre a été une des figures de proue du « sans-abrisme » et de la lutte contre la pauvreté, il incombe désormais à l'Etat, par le truchement de ses services déconcentrés, et avec l'appui des diverses associations ayant fait leurs preuves dans le domaine de la lutte contre les exclusions, de prendre en charge ce public spécifique.

Le travail des services de l'Etat et des différentes associations a porté ses fruits puisque l'espérance de vie des personnes sans-abris n'a cessé de croître depuis les années

1970. Cependant, les crises économiques ayant successivement sévi depuis le choc pétrolier de 1973 sont des pourvoyeurs réguliers de sans-abris. En 2014, le constat reste amer puisque depuis 2001, le nombre de sans-abris a augmenté de 50% pour atteindre le nombre impressionnant de plus de 140 000 personnes selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). La crise économique de 2008 a notamment eu un impact très concret, poussant des milliers de personnes dans la rue. Dès lors, plusieurs problèmes se mêlent : celui de l'allongement de la durée de vie des personnes sans-abris ; ce qui en soi est une bonne chose ; et celui de l'augmentation du nombre de sans-abris. Si les services sociaux spécialisés dans la lutte contre les exclusions sont en effet habitués à prendre en charge des personnes sans domicile fixe, la situation devient plus complexe quand il s'agit d'accompagner cette nouvelle population émergente : celle des sans-abris vieillissants.

La question devient encore plus épineuse lorsqu'on s'intéresse aux profils des sans-abris vieillissants. En effet, il est très difficile d'en dresser un portrait type tant les situations et les parcours de vie peuvent être différents. Certaines personnes ont passé la plus grande partie de leur vie dans la rue, tandis que d'autres s'y sont retrouvées sur le tard et doivent faire face à la vieillesse dans un état de dénuement complet. Il existe donc des sans-abris « récents », le plus souvent poussés à la rue par les aléas de la vie et des sans-abris « de longue date », qui ont des parcours faits de ruptures multiples, mais qui ont passé la plus grande partie de leur vie dans la rue.

Le nombre de sans-abris vieillissants étant en augmentation depuis plusieurs années et leur espérance de vie augmentant, il convient de se poser la question de la prise en charge de leur vieillissement. Or quelle est la prise en charge adaptée à leur vieillissement quand on sait que l'âge moyen d'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est de 85 ans alors que les sans-abris commencent en général à manifester des signes de vieillesse dès 45- 50 ans ?

Afin de traiter au mieux cette question, nous avons fait le choix de retenir une définition « administrative » du vieillissement : le sans-abri vieillissant est une personne de plus de 60 ans. Cet âge correspond en effet à l'âge légal d'entrée en EHPAD et à un basculement en terme de prise en charge puisqu'après 60 ans, la personne n'a plus « vocation » à s'insérer, au moins professionnellement ; les dispositifs de lutte contre l'exclusion sont dès lors moins idoines. Enfin, cette limite d'âge est objectivable puisqu'elle correspond aux critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour définir le vieillissement.

Ces personnes de plus de 60 ans sans abris peuvent donc prétendre à un hébergement, c'est-à-dire à une prise en charge sociale visant à leur proposer un toit et des conditions de vie adaptées à leur âge et leur état de santé. Il existe à cet égard de nombreuses structures d'hébergement de droit commun pour personnes âgées ou dédiées aux personnes en situation d'exclusion. Cependant, les personnes sans-abris vieillissantes semblent le plus souvent trop âgées pour relever des institutions dédiées à l'hébergement des sans-abris et trop jeunes - et parfois trop désocialisées - pour rentrer dans des structures de droit commun. Ce public atypique éprouve vraisemblablement les plus grandes difficultés à s'insérer dans un dispositif classique. Face à des prises en charge néanmoins cloisonnées, il apparaît donc aujourd'hui difficile de répondre de manière pertinente au phénomène du vieillissement des personnes sans-abris.

Quelles réponses peuvent alors être apportées en terme d'hébergement au phénomène grandissant des sans-abris vieillissants afin de sortir de la sempiternelle dichotomie entre d'un côté, la prise en charge – médico-sociale - du vieillissement et de l'autre, la lutte contre l'exclusion (prise en charge sociale), tout en tenant compte des spécificités de cette population émergente ?

Après avoir dressé un état des lieux actuel de cette population (I), nous verrons si les réponses « de droit commun » susceptibles d'héberger cette population particulière sont adaptées (II), puis nous apporterons des propositions et des pistes de solutions qui pourraient être envisagées (III).

## I. Etat des lieux de la réalité que recouvrent « les sans-abris vieillissants »

### A. Qui sont les « SDF vieillissants » ?

#### 1. *Sans-abris, SDF, et sans-abris vieillissants : des populations hétérogènes*

L'expression « *sans-abri* », qui a remplacé celle de « sans-logis », désigne des personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid). Elle s'applique à ceux qui dorment à l'extérieur ou qui occupent un abri de fortune.

La notion de « *sans domicile fixe* », plus large, renvoie aux personnes privées d'une résidence permanente, qui vont d'un hébergement à l'autre sans nécessairement faire l'expérience de la rue. Néanmoins, au sens commun du terme, les SDF sont assimilés à des personnes qui vivent dans la rue<sup>1</sup>.

Les SDF ne constituent donc pas un groupe social homogène, ce terme désignant des populations très diverses. Le Président-fondateur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Social de Paris, Xavier EMMANUELLI, a réparti les personnes en situation de précarité en trois groupes<sup>2</sup> (Annexe1).

- *Les personnes précaires* sont celles qui perçoivent les minima sociaux et qui ne sont pas concernées par les dispositifs mis en place pour les personnes SDF ;
- *Les personnes marginales* (dont l'exemple type correspond aux jeunes errants avec leurs chiens) gardent des moyens de sortir de la rue, c'est pourquoi on ne peut les qualifier d'exclus ;
- *Les exclus* n'ont par contre aucun lien avec la société et sont en permanence dans la rue. Le dispositif du SAMU social a été créé pour eux. Selon le Docteur Jacques HASSIN, Chef du Service Hospitalier de Liaison Sanitaire et Sociale du CASH de Nanterre, « *il existe de moins en moins de vrais clochards, la population des SDF a fortement changé* ».

Cette typologie réduit donc la définition des personnes SDF aux populations les plus "clochardisées". Il existe bien sur des passages entre les précaires et les personnes marginalisées, sauf pour le « clochard » qui est – selon l'expression de certains – « au bout de la route ». Une intrication de facteurs peut aggraver la chute dans l'errance et le

---

<sup>1</sup>AUDRY Jean-Marie. *La présence des sans-abri sur le territoire parisien et l'action de la collectivité pour aider à leur réinsertion*. Janvier 2011. APUR. Observatoire Parisien de l'Insertion et de la Lutte contre l'Exclusion.

<sup>2</sup> Jacques HASSIN. *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable aspect historique, médical, socio anthropologique, politique et éthique*. 1996. Doctorat d'université mention : éthique médicale.

« sans-abrisme » : facteurs individuels, collectifs, structurels.

Aujourd'hui, les évolutions de ces populations relèvent d'ordres différents, portant aussi bien sur des caractéristiques démographiques (féminisation, augmentation des jeunes en errance ou au contraire des personnes âgées, apparition de familles à la rue, importance des étrangers en situation régulière ou irrégulière), que sur des problèmes particuliers (forte proportion de personnes handicapées, de personnes avec troubles psychiques).

## **2. Les SDF vieillissent prématurément d'après leur « profil médical type »**

D'une manière générale, les personnes ayant vécu dans la rue connaissent un *vieillessement prématuré*, en raison de la dureté de la vie (conditions climatiques, manque d'hygiène..), de problèmes de santé, de pathologies diverses non soignées, de troubles psychiques et d'addictions parfois multiples (alcoolisme, drogues, tabagisme). Leur état de santé est par conséquent souvent dégradé : ils peuvent ainsi cumuler pauvreté, maladie, handicap, dépendance à l'alcool et problèmes psychiques.

D'après les données disponibles, s'il est difficile de dresser un portrait type d'une personne SDF, différentes études et enquêtes permettent de déterminer quelques caractéristiques communes, en particulier chez les personnes âgées vieillissantes.

L'étude réalisée en 1996 par le Docteur Magali JEANTEUR au CASH de Nanterre et celle plus récente réalisée en 2012 sur les pathologies de l'ensemble des 225 résidents de l'EHPAD du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre apportent un éclairage particulièrement intéressant.

Ces études montrent que des troubles psychiques sont observés chez 84% des résidents (dont deux tiers de cas de démence), suivis par des pathologies cardiovasculaires (50%), de problèmes liés à l'alcoolisme (26%), de lésions dermatologiques (23%), de pathologies pulmonaires (15%), de troubles neurologiques (troubles de la déglutition : 13%), et enfin un diabète chez 8.8% (Annexe 2). Il est à noter qu'un patient présente bien souvent plusieurs pathologies.

## **B. Leurs évolutions actuelles et à prévoir**

### ***1. Combien sont les personnes sans-abris vieillissantes en France ? (Données épidémiologiques)***

Il y a quelques années encore, on ne parlait pas de personnes sans-abris vieillissantes, puisque les personnes à la rue décédaient aux alentours de la cinquantaine, souvent de maladies respiratoires ou d'autres maladies non détectées, faute de soins. C'est encore parfois l'avis de certains professionnels de santé non confrontés dans leur pratique quotidienne à ce type de patients.

Or, de nos jours, les personnes sans-abris vieillissantes se retrouvent dans toutes les structures de l'urgence et de l'insertion. En effet, depuis plusieurs années, ces personnes reçoivent des soins et leur état sanitaire s'est nettement amélioré ; on ne voit plus chez eux certaines pathologies aiguës auparavant fréquentes (plaies cutanées, parasites). Le Docteur Jacques HASSIN précise «... avec tous les dispositifs d'urgence et de mise en contact avec des médecins, on se retrouve avec des sans-abris de plus de 60 ans... Il s'agit d'une nouvelle population émergente, vieille, malade, handicapée, alcoolique, avec des troubles psychiatriques, qui ne rentre dans aucune case. ».

La dernière enquête réalisée par l'INSEE<sup>3</sup> sur les sans-domiciles en France faisant appel aux services d'hébergement ou de restauration dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus montre que début 2012, 103 000 personnes dont 81 000 adultes étaient sans domicile. L'enquête note une progression de près de 50% de cette population depuis 2001. Peu de chiffres sont en revanche disponibles sur les sans-abris adultes vieillissants.

Cependant, une étude réalisée en 2011 à Paris par l'APUR<sup>4</sup> (Atelier Parisien d'Urbanisme) montre que la pyramide des âges des personnes isolées hébergées par le SAMU social met en évidence l'importance des adultes d'âge actif (20-59 ans), soit 92%. Les 60 ans et plus représentent 6% de l'effectif, ce qui correspond à environ 550 personnes : 470 environ sont âgées de 60 à 69 ans et 80 ont atteint ou dépassé les 70 ans. Toujours à Paris, par exemple, les plus de 55 ans représentent la moitié des 82 personnes accueillies au centre de stabilisation Pierre-Petit, géré par l'association Aurore. Le constat est identique pour l'association Emmaüs Solidarité, qui gère une soixantaine de structures en Ile-de-France. Les personnes de plus de 50 ans représentent désormais 20% du public

---

<sup>3</sup>YAOUANQ Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine (INED). *L'hébergement des sans-domiciles en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. INSEE PREMIERE N° 1455 - JUILLET 2013.

<sup>4</sup>*Ibid.* Réf. 1

des maraudes, des accueils de jour, des centres d'hébergement et des maisons-relais de l'association. « *L'an dernier, j'ai été très frappé de trouver une femme de 80 ans dans un centre d'hébergement hivernal d'urgence* », signale le directeur général d'Emmaüs Solidarité. Les données démographiques issues du CASH de Nanterre<sup>5</sup> confirment ces résultats. Cette structure accueille en effet des sans-abris et se trouve confrontée au même phénomène, celui d'une population de personnes sans-abri de plus en plus âgée.

## ***2. La question, de plus en plus prégnante, de la prise en charge des sans-abris vieillissants***

Parmi les personnes que nous avons interrogées, une majorité semble s'inquiéter de l'augmentation du nombre de personnes âgées à la rue dans les années à venir.

Mme Emmanuelle GAUVILLE, secrétaire générale de l'association Ciliohpaj Avenir et Joie, en charge de deux maisons relais spécialisées dans l'accueil des seniors en Lot et Garonne, met en avant les évolutions démographiques (papy-boom) et économiques (précarisation de ce public), auxquelles il s'agira de trouver des réponses adaptées.

- L'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du « baby-boom »

La seconde guerre mondiale a été suivie d'une augmentation des naissances (ou « baby-boom »). Or, cette génération arrive bientôt à l'âge de la retraite. Ainsi, l'expression « papy-boom » désigne le grand nombre de départs en retraite qui doivent avoir lieu entre 2006 et 2025 dans les pays développés. Il est une conséquence prévisible également de l'allongement de l'espérance de vie et de la baisse de la natalité qui provoque un vieillissement démographique.

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, nous serons 73,6 millions d'habitants en France métropolitaine en 2060, et le nombre de personnes de 60 ans et plus progressera pour atteindre 23,6 millions de personnes, soit 10,4 millions de plus qu'en 2007. A court terme, même en supposant que l'espérance de vie reste au niveau de 2007, l'augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus sera soutenue jusqu'en 2035, date à laquelle toutes les générations du baby-boom auront atteint cet âge. À plus long terme, les évolutions de la population et sa structure par âge dépendront davantage de l'évolution de l'espérance de vie.

---

<sup>5</sup>*Ibid.* réf. 2

- La précarisation des personnes âgées

A ces évolutions démographiques, s'ajoute l'évolution des conditions de vie de cette catégorie de la population. Dans une interview accordée au journal Le Figaro en 2009, Patrick DOUTRELIGNE, Délégué Général de la Fondation Abbé Pierre, tirait déjà la sonnette d'alarme concernant le mal logement des personnes âgées<sup>6</sup>.

Il constatait en effet : « *on voit arriver des personnes dont le parcours d'emploi n'est plus linéaire : les années de chômage plombent le calcul des retraites. Elles sont donc confrontées à un effet de ciseau qui va aller en s'aggravant : moins de retraite, et le prix des loyers qui a flambé. On évalue à plus d'un million le nombre de personnes âgées qui, dans 10 ans, seront en dessous du seuil de pauvreté.* ». D'après lui, la précarisation des personnes âgées est sous-estimée : les statistiques dissimulent de nombreuses disparités et mettent principalement en avant un revenu moyen des ménages retraités comparable au reste de la population ainsi qu'un plus grand nombre de propriétaires comparé à la population active. Le nombre de pauvres de plus de 60 ans a pourtant augmenté de 150 000 personnes en France entre 2000 et 2010, et le taux de pauvreté des plus de 60 ans est passé de 3,7 % à 4,2 % sur cette même période<sup>7</sup>.

Des données plus récentes de la Fondation Abbé Pierre<sup>8</sup> confirment cette tendance à la précarisation des personnes âgées et mettent en avant une situation économique et sociale préoccupante du fait de la dégradation de l'emploi. Il ressort du 19<sup>ème</sup> rapport de la Fondation Abbé Pierre que les retraités constituent une catégorie fragilisée face au logement quand survient la baisse de revenu liée à la cessation de l'activité professionnelle. Les projections des conditions de vie des nouvelles générations de retraités sont encore plus alarmantes étant donné que ces dernières ont souffert de carrières moins stables, qui les fragiliseront tout particulièrement.

Face à ces éléments, il est aisé de constater que les inquiétudes ont plus tendance à aller vers les personnes précaires au sens large, plutôt que vers le SDF qui n'a connu que l'errance. Mme Emmanuelle GAUVILLE va aussi dans ce sens, et pour elle « *l'ampleur du phénomène doit s'apprécier à travers l'augmentation générale de la précarité et les parcours de vie de plus en plus hachés des individus* ». Au cours de ses vingt années

---

<sup>6</sup> Interview à l'occasion de la parution du rapport de la Fondation Abbé Pierre de 2009, « *Le logement des personnes âgées va aller en s'empirant* », 03/02/2009, lefigaro.fr.

<sup>7</sup> Voir graphiques issues des données de l'INSEE en Annexes.

<sup>8</sup> L'Etat du mal logement en France, 19<sup>e</sup> rapport de la Fondation Abbé Pierre, janvier 2014.



d'expérience professionnelle, elle a d'ailleurs rarement eu affaire à des parcours d'errance de toute une vie. Dans son esprit, il convient d'avoir une approche « vieillesse et précarité » au risque de passer à côté des futurs besoins de prise en charge. Elle insiste notamment sur les parcours professionnels chaotiques, sur des droits à la retraite faibles, ou encore sur l'arrivée à la retraite de personnes qui n'ont vécu qu'avec des minimas sociaux.

Elle met aussi l'accent sur le bouleversement des modes de vie : selon elle « *avant les personnes âgées n'étaient pas à la rue car il y avait davantage d'entraide familiale et d'accueil des parents âgés par les enfants* ». Le Docteur Jacques HASSIN la rejoint sur ce point et mentionne aussi le changement majeur que constitue l'éclatement des solidarités, y compris dans des communautés qui « *avant s'occupaient de leurs vieux* ».

L'inadaptation de l'offre de logement à la demande et le déficit de construction complexifient l'accès au logement pour la population, et a fortiori pour les plus précaires.

### **3. Des sous catégories de sans-abris vieillissants particulièrement exposés ?**

Au cours de nos entretiens et de nos lectures, deux sous-catégories de personnes sans-abris vieillissantes ont été mentionnées de manière récurrente : les personnes issues de l'immigration et/ou étrangères, et les femmes.

- Les personnes issues de l'immigration et/ou étrangères

Maryse VALLERY, assistante sociale en charge de la gestion du pôle « précarité » au sein de la Délégation Territoriale de Paris de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (DT ARS) a pu constater au cours des maraudes l'émergence en Ile-de-France d'une population composée de vieux migrants travailleurs nécessitant d'être pris en charge du fait de conditions de vie très précaires. Ce phénomène n'est pas propre à l'Ile-de-France puisqu'en Aquitaine des associations comme Ciliohpaj Avenir et Joie sont déjà actives dans la réponse aux besoins de cette population particulièrement exposée à la précarité. Ainsi, dès 2007, a été créée une maison relais pour personnes âgées issues de l'immigration, la moyenne d'âge de ces personnes, anciens ouvriers agricoles venus du sud de l'Europe ou du Maghreb, étant de 65 ans.

Au cours des entretiens, il a été mentionné à plusieurs reprises que si les anciens travailleurs migrants peuvent être hébergés dans des dispositifs adaptés, ce n'est pas le cas des personnes étrangères vieillissantes, qui en l'absence de titre de séjour, ne peuvent bénéficier que d'un hébergement d'urgence. Jean-Pierre MASCLET, Directeur des établissements et des services du pôle de Vitry (35) regroupant notamment un CHRS, une EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

maison relais et une résidence pour personnes âgées, constatait ainsi l'augmentation de leur nombre (on note en effet une hausse de 50% des demandes au sein des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO). A Nantes, Jean-Claude LAURENT, Directeur général de l'Association Saint Benoit Labre et de la Maison de Veille Sociale, fait le même constat.

- Les femmes

Plusieurs associations mettent quant à elles l'accent sur les difficultés spécifiques que rencontrent les femmes âgées sans-abris, dont le nombre est en constante augmentation, bien qu'elles restent minoritaires par rapport aux hommes (37% des SDF). En 2009, le groupe « Femmes et Précarité » avec l'appui de la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale (MIPES), a ainsi choisi de réaliser un colloque<sup>9</sup> sur ces dernières, âgées de 50 à 65 ans, afin de se faire l'écho des inquiétudes qui montent parmi les acteurs de terrain. En effet, la plupart d'entre elles « *ne s'adressent aux institutions pour leur hébergement que de façon ponctuelle* », en raison « *des difficultés pour joindre le 115, des propositions de lieux aux conditions sanitaires catastrophiques ou de la crainte d'être agressées, et volées* »<sup>10</sup>.

L'association Habitat Alternatif Social (HAS) à Marseille, qui a créé une maison relais spécifique pour ce public, fait aussi partie de ceux qui assistent sur le terrain à ce phénomène en pleine expansion: « *d'anecdotique, ce phénomène est devenu visible et nous croisons de plus en plus de femmes seules en errance. Marseille n'est pas épargnée et si de nombreuses solutions existent pour les hommes isolés, il n'en va pas de même pour les femmes que nous pensions jusqu'alors plus protégées de ce type de risque* ». <sup>11</sup> Des femmes plus âgées dont les parcours de vie chaotiques, faits de ruptures successives, ont transformé leur perception du contexte dans lequel elles évoluent : « *Nous nous retrouvons face à des femmes en décalage avec la réalité et atteintes de troubles du comportement rendant difficile voire impossible l'accès au logement autonome* ».

En définitive, la prise en charge des personnes âgées sans-abris, ou plus largement des personnes âgées précaires, va devenir un enjeu de plus en plus aigu du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération des baby-boomers et de leur paupérisation. D'après les

---

<sup>9</sup> « Etre une femme sans domicile fixe après 50 ans. Enquête et Réflexions », Compte-rendu du colloque du 20 janvier 2009 organisé par la MIPES, mars 2009.

<sup>10</sup> Op Cit.

<sup>11</sup> Plaquette de présentation de la Maison relais Claire Lacombe, HAS, Marseille.

données recueillies, la situation de deux sous-catégories que sont celle des personnes issues de l'immigration et/ou étrangères, et celle des femmes, est particulièrement soulignée.

Ainsi, il est opportun de souligner qu'il existe des réponses en faveur de ces personnes « atypiques » qui apparaissent cependant insuffisantes et inadaptées.

## II. Des réponses existantes, mais qui restent insuffisantes et inadaptées

### A. Les difficultés rencontrées par la filière gérontologique pour accueillir les sans-abris vieillissants.

#### 1. Les structures « de droit commun » destinées à l'accueil des personnes âgées

Les personnes âgées sont dirigées vers un type de structure en fonction de leur niveau de perte d'autonomie. Elles peuvent notamment être orientées vers des EHPAD.

Ainsi, comme le souligne l'Association Les Petits Frères des Pauvres « *L'organisation actuelle de l'accompagnement des personnes vieillissantes est balisée de repères administratifs et médico-sociaux, qui induisent une adaptation du parcours résidentiel des personnes aux dispositifs et non l'inverse* ». Cette situation peut être déstabilisante pour une personne sans-abri : elle ne pourra pas exemple par se maintenir en foyer-logement en cas de dégradation de son état de santé pour ces raisons de critères d'autonomie alors qu'un particulier pourrait dans ces mêmes conditions se maintenir à domicile grâce à des aides (SSIAD, HAS).

Les EHPA peuvent donc représenter une solution d'hébergement seulement temporaire pour les personnes sans-abris. Ainsi à Vitré, une Résidence pour personnes âgées habilitée à l'aide sociale et adossée à un CHRS a été envisagée comme une transition permettant d'accueillir les personnes encore autonomes, issues pour l'essentiel du CHRS afin de les préparer à l'entrée en EHPAD en les aidant à se stabiliser. Ces établissements non médicalisés se font de plus en plus rares aujourd'hui car la plupart des personnes âgées intègrent un hébergement à un moment où leur dépendance est élevée, avec pour conséquence une médicalisation croissante. Pour certains, « *cette médicalisation a provoqué la perte de leur fonction de logement (lieux de vie) au profit d'une fonction hospitalière (lieu de soins)* »<sup>12</sup>.

#### 2. La question non élucidée du financement

En théorie, les personnes sans-abris vieillissantes devraient relever, dès 60 ans, du secteur des personnes âgées géré par les Conseils généraux, mais leur caractéristique de sans-abris rend l'Etat compétent sur certaines aides. Ces cloisonnements de financements

---

<sup>12</sup> Association les petits frères des Pauvres, 15 avril 2013, « Habitat : quand précarités et vieillissement renforcent la solitude. Etat des Lieux et recommandations des petits frères des Pauvres », (document communiqué par Armelle de Guibert).

limitent la mise en place de financements homogènes, et par conséquent de solutions adaptées pour ces personnes exclues vieillissantes.

L'EHPAD doit être habilité à l'aide sociale pour permettre l'accueil d'anciens sans-abris<sup>13</sup>. La difficulté repose alors, en l'absence d'assistante sociale, sur la nécessité de bien compléter en amont les dossiers administratifs afin d'assurer une bonne prise en charge et faciliter l'admission. Des dérogations, permettant d'accueillir des personnes en EHPAD avant l'âge de 60 ans peuvent être accordées par le Conseil Général (dans l'EHPAD St Barthélémy géré par la fondation St-Jean-de-Dieu à Marseille, cette dérogation est par exemple accordée de façon permanente pour six places). Ces dérogations sont toutefois problématiques pour l'établissement dans la mesure où elles ont des répercussions financières qui engendrent des conséquences en termes de dotation en personnel et en moyens.

### ***3. Les obstacles à l'intégration en EHPAD de ce public atypique***

En raison de leur mode de vie, du manque de soins, des problèmes d'addictions, les personnes sans-abris vieillissent prématurément, ce qui explique leur arrivée en EHPAD à un âge bien plus bas que la plupart des autres résidents. Comme souligné précédemment, des demandes peuvent même être formulées pour lever la barrière d'admission à 60 ans, afin de permettre à ces personnes d'entrer en EHPAD, alors que la moyenne d'âge a plutôt tendance à y dépasser les 80 ans. Cet important écart d'âge est souvent pointé par les équipes des établissements comme peu propice à la cohésion.

A cela s'ajoutent des problèmes liés au comportement des personnes sans-abris vieillissantes, qui sont en grande majorité des hommes, contrastant avec la population essentiellement féminine des EHPAD. Ils sont parfois accompagnés d'animaux de compagnie, dont ils ne souhaitent pas se séparer mais qui n'ont pas leur place en EHPAD. Ces personnes ayant vécu à la rue peuvent aussi ressentir le besoin d'y retourner de temps à autre, ce qui est difficilement compatible avec le mode de fonctionnement d'un EHPAD, pour des raisons de sécurité et d'hygiène. Il apparaît aussi peu concevable, pour des raisons financières, d'accepter qu'un résident s'absente en EHPAD et laisse ainsi sa chambre inoccupée pendant une période indéterminée. Les anciennes personnes sans-abris peuvent

---

<sup>13</sup> Pour Claudy Jarry, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements pour personnes âgées (Fnadepa), l'accès des anciens de la rue aux maisons de retraite se heurte notamment à un obstacle d'ordre économique : seuls les établissements habilités à recevoir l'aide sociale peuvent accueillir ce public. «*On peut se poser la question de l'accessibilité économique dans certaines zones géographiques où les structures privées à but lucratif sont surreprésentées*», remarque-t-il.

également éprouver quelques difficultés à accepter les contraintes sociales, conduisant au constat selon lequel les EHPAD sont contraints à faire preuve de plus de souplesse et de tolérance face à ces personnes.

Enfin, il convient de rappeler que ces personnes, qui ont vécu une grande partie de leur vie en situation d'exclusion et de marginalisation sociales, sont susceptibles de souffrir, à nouveau, dans des structures comme les EHPAD, d'une forme de « mise au ban » de la part des autres résidents. C'est de fait une situation pointée du doigt par de nombreux professionnels, qui soulignent la difficulté à intégrer des personnes « différentes », et le risque de leur faire vivre à nouveau une situation d'exclusion.

Dans ces situations, le personnel doit être formé et sensibilisé à la prise en charge de ces profils « atypiques », d'où la nécessité de développer des partenariats entre les dispositifs d'urgence ou d'insertion et les structures de droit commun pour personnes âgées. A noter que ce point souligne une nouvelle fois, la question du coût de dispositifs de formation et/ou de coordination entre des secteurs de prise en charge historiquement cloisonnés.

Certains EHPAD tendent enfin à définir un public prioritaire ; cette pratique revient à exclure davantage les personnes sans-abris, que les établissements ne peuvent pas correctement prendre en charge faute de personnel qualifié et de moyens supplémentaires déployés.

#### ***4. Mixité des populations dans les EHPAD ou structures spécifiques pour les sans-abris vieillissants ?***

Face à ces inadaptations constatées, deux types de postures se dégagent : d'un côté, celle visant à préférer la mixité des structures de droit commun tel que les EHPAD et leur ouverture sur tous les publics, éventuellement avec l'appui de structures intermédiaires permettant aux personnes issues de la rue de se stabiliser. De l'autre côté, une posture préconise au contraire le regroupement de personnes aux profils similaires au sein d'un même établissement, ou au sein d'espaces dédiés dans des structures de droit commun, afin de faciliter la prise en charge.

Dans les deux cas, les professionnels s'accordent pour dire que les personnes sans-abris requièrent un accompagnement spécifique, et que le personnel devrait être formé pour l'accueil de ces publics. A ce titre, le développement de relations privilégiées avec la psychiatrie et le secteur sanitaire peut également rassurer les équipes dans la prise en charge de ces personnes issues de la rue.

L'enjeu est aussi de développer des passerelles entre le secteur des personnes âgées et celui de l'urgence et de l'insertion afin de pouvoir proposer des solutions d'hébergement cohérentes et complètes pour les personnes sans-abris vieillissantes.

## **B. La filière de la lutte contre les exclusions et ses limites**

L'Accueil, l'Hébergement et l'Insertion des personnes vivant à la rue ou en rupture d'hébergement relève de la compétence principale de l'État et se concrétise dans un ensemble de structures et de services désigné sous l'appellation de dispositif « AHI » auquel s'ajoutent diverses formules de logement temporaire et/ou adapté.

### ***1. Les dispositifs sociaux existants***

Les dispositifs présentés ci-dessous relèvent tous du secteur AHI et prennent en charge des personnes sans-abris vieillissantes. Leurs missions sont doubles : apporter une réponse aux situations d'urgence en garantissant un accueil inconditionnel, et travailler sur une sortie de l'urgence et trouver une solution d'insertion ou de réinsertion en fonction des moyens dont disposent les personnes prises en charge.

- Les maraudes ou le SAMU social, un premier lieu de repérage

Les équipes mobiles vont sur le terrain à la rencontre des personnes les plus désocialisées. L'idée est d'aller vers ces personnes vivant à la rue, d'assurer une première fonction de repérage, de prise de contact et d'écoute.

- Les dispositifs d'hébergement

L'offre en hébergement revêt deux formes : soit elle est généraliste, c'est le cas des Centres d'Hébergements d'Urgence (CHU) et des Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale (CHRS) ; soit elle est spécialisée, comme les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) adossés à des structures sociales, le plus souvent des CHRS.

#### *L'hébergement généraliste*

Le CHU répond à l'urgence et donc à la nécessité de mise à l'abri des personnes sans-abris ou venant de perdre leur logement. Il s'agit d'un hébergement de courte durée<sup>14</sup> pendant lequel la situation de la personne hébergée sera évaluée par un travailleur social.

---

<sup>14</sup> En moyenne la durée d'hébergement dans un dispositif d'urgence est de 3 nuits.

Le CHRS<sup>15</sup> accueille des personnes bénéficiaires de l'aide sociale, qui connaissent de graves difficultés (économique, familiales, santé, logement ou d'insertion) en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. L'hébergement est la première mission d'un CHRS, sous trois formes possibles : l'hébergement d'urgence (prise en charge pour quelques nuits en situation d'urgence) ; l'hébergement de stabilisation<sup>16</sup> (à mi-chemin entre urgence et insertion, où les personnes restent en moyenne deux mois<sup>17</sup>) ; ou l'hébergement d'insertion (de plus longue durée, la durée de séjour est fixée à six mois renouvelable une fois, et est en pratique de un à deux ans).

Un CHRS peut disposer des trois offres d'hébergements ou d'une seule. Ce sont soit des structures collectives, soit des appartements individuels où les personnes sont logées dans des conditions proches d'un logement ordinaire.

*L'hébergement spécialisé : entre prise en charge sanitaire et sociale*

Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS)<sup>18</sup> offrent une prise en charge médico-sociale temporaire à des personnes sans-abris qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation et ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. Au cours du séjour, une solution pour la sortie doit être recherchée (logement, CHRS, maison relais, appartement de coordination thérapeutique, etc.).

- Le logement adapté/accompagné

Outre les dispositifs d'hébergements, il existe des possibilités de logement adapté permettant notamment aux personnes sans-abris vieillissantes d'avoir une indépendance, de profiter de lieux de vies collectifs et d'avoir un accompagnement social.

Les maisons relais sont destinées à l'accueil des personnes à faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court, voire à long terme, sans relever toutefois de structures d'insertion de type CHRS. L'accueil se fait sans limitation de durée. Le projet ici s'articule autour de la présence d'un hôte de maison et d'un accompagnement social.

Les résidences accueils sont une formule de maison relais dédiée aux personnes ayant des troubles psychiques qui prévoit un partenariat formalisé avec des équipes de soins et

---

<sup>15</sup> Les CHRS sont des établissements sociaux autorisés au sens de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

<sup>16</sup> La particularité c'est qu'il peut exister hors CHRS mais la plupart du temps elles sont adossées à ce type de structure.

<sup>17</sup> Il n'y a pas de délais fixés, ce sont les gestionnaires qui définissent les modalités d'accueil.

<sup>18</sup> Ce sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du CASF



d'accompagnement social et médico-social adapté. Le projet social s'articule autour de trois principes : présence d'un hôte, accompagnement social et accompagnement sanitaire. Le fonctionnement est le même que celui des maisons relais.

## ***2. La problématique de la prise en charge globale et sans rupture des personnes sans-abris vieillissantes aux profils sociaux et sanitaires variés***

Malgré l'existence d'une pluralité de dispositifs sociaux, la prise en charge des personnes sans-abris vieillissantes se heurte à des ruptures dans le suivi et l'accompagnement de ce public aux besoins et aux attentes souvent différents d'autres publics en situation d'exclusion sociale.

En effet, nous pouvons retenir trois principales limites qui engendrent des problématiques dans la prise en charge des personnes sans-abris vieillissantes et qui font défaut actuellement dans le secteur social.

- L'absence ou le manque d'accompagnement sanitaire dans les structures sociales

L'arrivée de personnes sans-abris vieillissantes au sein de ces structures accueillant principalement des jeunes, des familles, des personnes ayant moins de 60 ans, des SDF, des femmes seules avec ou sans enfants, des personnes étrangères, des personnes handicapées, des personnes ayant des troubles psychiques, etc., demande d'apporter des réponses plus élaborées qu'un simple projet d'insertion sociale. Dès lors, ces dispositifs sont confrontés aujourd'hui à devoir gérer des profils de plus en plus variés et leurs compétences semblent atteindre leurs limites lorsqu'ils se retrouvent confrontés à un public spécifique tel que les personnes âgées.

L'inscription de personnes sans-abris vieillissantes ayant le plus souvent des pathologies chroniques avancées au sein de dispositifs essentiellement sociaux, demande un investissement spécifique et adapté en termes d'accompagnement. Or, l'essentiel des dispositifs sociaux ne dispose pas de personnels soignants (médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres), ce qui limite les prises en charge globales et sans ruptures dans l'intervention à décliner auprès de ce public.

Pour autant, il existe quelques structures mêlant approches sociale et sanitaire, c'est le cas des résidences accueils et des LHSS (lorsqu'ils existent au sein des CHRS), permettant d'avoir une vision globale, partagée et adaptée aux besoins des personnes surtout lorsqu'elles sont sans-abris et vieillissantes. Néanmoins, la difficulté réside dans le peu de déploiement de ces dispositifs plutôt médico-sociaux par manque de moyens

financiers, mais également de problématiques de bâti (prix du foncier, propriétaires du parc privé souvent réticents à louer ou vendre pour la création de dispositifs sociaux).

- Le problème de « l'âge », malgré un principe avéré d'accueil inconditionnel

D'un point de vue institutionnel, lorsqu'une personne atteint l'âge de 60 ans et qu'elle perd en mobilité et en autonomie et qu'elle rencontre des problèmes de santé, elle entre dans la filière gériatrique. Ce passage signifie de nouvelles modalités de prise en charge et de suivi puisqu'elles doivent intégrer le secteur médico-social. Ceci est de même lorsqu'il s'agit d'une personne sans-abri âgée, et qu'un transfert doit s'opérer entre la filière de lutte contre les exclusions vers la filière spécialisée pour les personnes âgées. Or, la majorité des dispositifs sociaux accueille et prend en charge des personnes sans-abris âgées au sein de structures où se croisent des personnes aux profils et aux âges variés. Ceci correspond au principe de l'inconditionnalité de l'accueil des personnes quel que soit leur âge, leur sexe, leurs ressources, leurs pathologies, etc. Mais cette multiplicité d'âges présents au sein des structures peut engendrer des difficultés de gestion et de suivi pour les personnes âgées sans-abris car elles n'ont pas forcément les mêmes besoins et les mêmes exigences, surtout lorsqu'elles ont connu une longue période à la rue.

Pour une personne âgée ayant vécu à la rue, l'intégration dans une structure classique médico-sociale (EHPAD, foyer-logement, etc.) est encore difficile, comme nous l'avons montré précédemment. Dès lors, même si le critère d'âge délimite et détermine l'inscription dans tel ou tel champ d'intervention, la plupart des personnes sans-abris vieillissantes est accueillie au sein des dispositifs sociaux, même si ces derniers rencontrent des difficultés pour leur prise en charge financière et ne sont en outre pas adaptés à une prise en charge croisant l'aspect sanitaire et social.

- Le hiatus entre l'approche par dispositif et l'approche populationnelle

Les constats précédents amènent indéniablement à s'interroger sur la prise en charge des publics en structure d'accueil, d'orientation, d'hébergement et de logement adapté, mais également sur la portée des dispositifs mis en œuvre. D'où le questionnement que l'on doit avoir sur l'émergence d'un hiatus entre l'approche par dispositif et l'approche populationnelle et leur possible conciliation. Ceci amène à la problématique actuelle du secteur social, à savoir repenser les dispositifs selon les publics, leurs spécificités et leurs besoins afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

L'ensemble de ces questionnements sera abordé dans la dernière partie de ce travail, à travers les expérimentations et innovations menées par certains établissements pour

répondre à la problématique de la prise en charge des personnes sans-abris vieillissantes, et également par la présentation de préconisations et de perspectives à intégrer pour faciliter, améliorer et rendre plus lisible leur prise en charge.

### III. Quelles solutions et propositions apporter ?

#### A. Les initiatives actuellement à l'œuvre : quel bilan ?

##### 1. *Les différents types de structures « innovantes » accueillant cette population*

Pour répondre à la problématique de l'hébergement des personnes vieillissantes sans domicile fixe, des initiatives ont été réalisées sur le territoire (enquête réalisée en France métropolitaine seulement).

Nous avons pu identifier trois grands types de prise en charge : les EHPAD spécialisés dans l'accueil des sans-abris ; les hébergements sociaux de type maisons relais spécialement adaptés à la population des sans-abris vieillissants ; les structures mixtes issues de partenariats entre des établissements ou services médico-sociaux et des hébergements sociaux.

- Les EHPAD spécialisés dans l'accueil des sans-abris

L'EHPAD spécialisé pourrait permettre de répondre aux attentes et aux besoins des personnes sans-abris vieillissantes, dont le degré de dépendance est souvent différent de la population générale – souvent plus psychique que physique, avec le risques néanmoins d'une forme de « ghettoïsation » de ces structures.

L'EHPAD du CASH de Nanterre est aujourd'hui la structure de référence de ce type d'hébergement. Il accueille 248 personnes, majoritairement issues des structures sociales du CASH, dont 10 dérogations pour des personnes de moins de 60 ans. Parmi ces résidents, 80% sont des hommes, la moyenne d'âge est 73 ans mais plus de 50% des résidents ont moins de 70 ans. Le niveau de dépendance est néanmoins élevé (GMP de 754), reflet des pathologies – notamment psychiques - dont souffrent ces populations issues de l'exclusion.

L'établissement a une relative tolérance sur les allers et venues en dehors de l'EHPAD, ainsi que sur la consommation de l'alcool qui reste cependant interdite en dehors des repas. Parmi les difficultés rencontrées par cet EHPAD, le recrutement (notamment des infirmiers) et le turn-over du personnel soignant sont à mentionner. Pour y pallier, l'EHPAD a initié d'une part des formations en interne pour permettre aux soignants de mieux appréhender les problématiques liées à l'accueil de cette population et d'autre part cherche à créer un poste de cadre socio-éducatif afin de répondre aux besoins de prise en charge sociale.

Parallèlement, des EHPAD gérés par des associations se sont spécialisés dans la prise en charge des exclus. L'EHPAD St Barthélémy qui dépend de la fondation Saint Jean de Dieu à Marseille, accueille ainsi 265 résidents au sein de cinq services dont un dédié à l'accueil de l'errance (34 places). La devise est d'« *accueillir ceux dont personne ne veut* ». Les résidents se caractérisent par un parcours de vie chaotique marqué par une grande précarité. L'équipe de cette structure propose un projet original basé sur un accompagnement personnalisé progressif visant à convaincre les anciens SDF d'y séjourner. De plus, le petit nombre de résidents accueillis facilite ce type de prise en charge.

- Les hébergements sociaux de type maisons relais / pensions de famille

Les maisons relais sont de petites structures de logements adaptés. Elles permettent aux personnes ne pouvant pas vivre seules de trouver des espaces collectifs et des temps d'animation. Les résidents occupent un logement, sans limitation de durée, et peuvent bénéficier de l'aide personnalisée au logement (APL). Un poste d'« hôte de maison » est obligatoirement financé, auquel peut s'ajouter un professionnel (en général, un travailleur social) d'une association, assure le lien avec les résidents et les animations collectives. Entre 15 et 40 personnes sont accueillies au sein de ces pensions de familles. En dehors d'une situation sociale difficile, il n'existe pas de profil type des personnes accueillies qui les exclurait de l'accès à un logement.

Les maisons relais sont très majoritairement gérées par des associations. Parmi elles, l'association Ciliohpaj Avenir et Joie a répondu en 2007 à un appel à projet de l'Etat pour la création de maisons relais spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées. Deux structures ont été mises en place, l'une accueillant majoritairement des résidents, pour la plupart migrants vieillissants (65 ans en moyenne) de la première génération, aux conditions de vie très précaires<sup>19</sup> ; l'autre un public assez homogène de personnes très isolées socialement, dont la moyenne d'âge est de 82 ans<sup>20</sup>.

Les maisons relais des associations Emmaüs Solidarité et les Petits Frères des Pauvres sont depuis peu confrontées au vieillissement des populations accueillies, alors que le personnel qualifié pour l'administration de soins fait défaut. Parmi les réflexions développées pour répondre à ce problème, les Petits Frères des Pauvres ont établi un partenariat avec le Centre d'action sociale de la ville de Paris visant à l'intervention des

---

<sup>19</sup> Ciliohpaj Avenir et Joie, Maison relais Saint-Fiary à Agen

<sup>20</sup> Ciliohpaj Avenir et Joie, maison relais Le Foulon à Monsempron-Libos

services d'aide à domicile au sein des structures. Ainsi, le constat général est celui d'un choix accompagnement variable selon les cultures associatives.

- Les structures mixtes issues de partenariats entre des établissements médico-sociaux et des hébergements sociaux

Il convient de noter que ces structures sont à ce jour peu nombreuses et souvent issues de la volonté de professionnels locaux. A titre d'exemple, les Petits Frères des Pauvres ont noué un partenariat avec l'Association Monsieur Vincent, gérant des EHPAD en région parisienne. L'un d'entre eux doit ouvrir prochainement dans le sixième arrondissement de Paris, dans lequel dix places seront réservées par les Petits Frères des Pauvres pour l'accueil d'anciennes personnes sans-abris, avec un soutien apporté par l'association.

L'association Saint Benoît de Labre gère 15 « appartements seniors » aux alentours de son CHRS, où les personnes bénéficient de tous les services du CHRS, notamment la présence d'un lieu collectif pour celles qui éprouvent des difficultés à rester seules en appartement.

Enfin, certaines maisons relais ont noué des partenariats avec des structures médicales ou médico-sociales. Ainsi, le pôle de santé de l'Association Ciliohpaj, géré et coordonné par une infirmière diplômée, est soutenu par l'ARS dans sa mission de gestion des parcours de soins. La maison-relais pour personnes âgées du secteur Fumelois est, quant à elle, juxtaposée à une structure d'accueil médico-sociale pour personnes âgées, afin d'établir une continuité de prise en charge lors d'une éventuelle dégradation de leur état de santé.

## ***2. Les modes de financement de ces structures***

Le financement des structures est principalement assuré par l'Etat (Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations), Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement), les Conseils Généraux, les municipalités, les Agences Régionales de Santé, l'Assurance maladie et dans certains cas les fonds européens. Cependant, le financement public des pensions de famille est notoirement insuffisant. En effet, le forfait de 16€ par jour et par place permet en général de rémunérer un seul professionnel par structure (hôte de maison), alors que le besoin semble correspondre plus fréquemment à deux professionnels, voire plus. Les associations comme les Petits Frères des Pauvres et Emmaüs Solidarité pallient plus facilement au problème grâce aux fonds propres dont ils disposent (dons et legs) et au recours à des bénévoles en renfort.

Les établissements publics sont globalement plus concernés par le manque de moyens alloués que des établissements qui peuvent disposer d'un siège associatif en support. Les crédits font défaut notamment pour améliorer d'une part la formation du personnel aux problématiques spécifiques telles que les addictions, les troubles psychiques, mais également d'autre part pour disposer d'un temps médical (psychiatre) et d'une prise en charge sociale adaptée.

Parallèlement à ces enjeux financiers, il est à noter que la plupart des initiatives présentées sont gérées par des associations. Les plus importantes d'entre elles disposent souvent en interne d'un pôle de professionnels destinés à répondre aux appels à projet. Les établissements publics font quant à eux part de difficultés à répondre aux appels à projet proposés par l'ARS. Certains directeurs estiment que si les établissements publics veulent être en capacité de rivaliser avec les associations sur ces problématiques, il faut envisager des regroupements, qui de fait existent déjà sur certains territoires (groupements de coopération sociale et médico-sociale, GCSMS, notamment) et peuvent permettre de mettre en place un pôle dédié aux appels à projet.

## **B. Quelles recommandations et quelles réponses proposer pour les personnes sans-abris vieillissantes ?**

Des différentes pistes évoquées ressort le sentiment, partagé par les acteurs rencontrés, selon lequel les personnes sans-abris vieillissantes n'ont leur place dans aucun dispositif de prise de en charge « de droit commun ». Pourtant le dispositif de prise en charge proposé par les politiques publiques a vocation à accueillir ce type de population. A cette fin, les acteurs doivent se coordonner au service des personnes, au risque de leur faire subir un nouveau parcours d'errance, institutionnel cette fois.

### ***1. La question de la mixité dans les structures d'accueil de ce public***

Accéder à un hébergement ne recouvre pas la même réalité pour tous. Pour les personnes sans-abri vieillissantes, connues pour leurs difficultés d'intégration à un système de vie en collectivité, il s'agit en particulier de développer une offre répondant leurs nombreux besoins spécifiques. Ainsi au sein du CASH de Nanterre, la mixité des populations est progressivement introduite aux côtés de résidents qui ne sont entrés qu'au terme d'un long parcours de prise en charge institutionnelle (Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abris, CHRS, LHSS).

De fait, le développement d'une approche populationnelle plutôt que par dispositif permettrait une certaine mixité.

Selon la DDCSPP du Lot-et-Garonne, il ne faut pas «ghettoïser» mais plutôt mélanger les populations. Un avis qui contredit néanmoins la vision de «terrain» de certains travailleurs sociaux qui pensent qu'il est difficile de mixer et prendre en charge communément des personnes vieillissantes avec d'autres publics qui ont des problématiques complexes.

L'autre difficulté soulevée par la mixité a trait à l'accompagnement pluridisciplinaire de l'ensemble de ces publics, dont les besoins et les modalités ne sont pas forcément les mêmes, avec le risque de mettre les professionnels et les personnes en difficulté. Le développement de la mixité lors d'activités partagées dans le cadre d'animations collectives peut constituer une alternative satisfaisante à une mixité «totale» sur le lieu de prise en charge.

## ***2. Un besoin impératif de transversalité***

Au-delà de la seule solution d'hébergement ou de logement, il convient d'accompagner la personne dans les nouvelles règles de vie, en EHPAD notamment. A ce titre, le maillage de compétences et d'engagements (intervention sociale, aide à domicile, bénévolat de proximité) est le garant de l'intégration de tous. Les maisons relais adossées à un EHPAD classique en sont un bon exemple, notamment en matière d'intervention d'aides à domicile dans les logements des personnes qui le nécessitent, et de prise en charge de sortie du dispositif de la maison relais au moment d'une perte d'autonomie. Un autre type de partenariat souhaitable, entre les dispositifs d'urgence ou d'insertion et les structures de droit commun pour personnes âgées, peut être illustré par le cas de la mission Interface mise en place par la Maison de la Veille sociale à Nantes. Dans le cadre de cette mission, un service de suivi est assuré par un éducateur qui intervient à l'égard de la personne accueillie et aussi en soutien au personnel.

Le rôle des acteurs publics est à ce titre essentiel pour piloter la coordination entre tous les professionnels intervenant auprès de ce public à la croisée des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales, en tant qu'autorité de tutelle et délivrant les autorisations. L'accompagnement peut aussi se traduire par un engagement bénévole (organisé sous forme d'association) pour entourer les personnes âgées isolées, en renforcement de l'accompagnement professionnel.



Une prise en charge globale, alliant la prise en compte des problématiques sanitaires et sociales est nécessaire pour le public des sans-abris vieillissants, qui rencontrent de multiples difficultés. Les postes de «médiateurs santé», mutualisés entre les lieux de vie accueillant des personnes sans-abris avec des besoins de santé importants, peuvent représenter un dispositif intéressant, et facilitant la prise en charge médicale et les interactions entre les secteurs sanitaire et social.

Au SAMU Social de Bordeaux par exemple, des soins peuvent être effectués directement aux personnes au sein de leur structure d'accueil et d'hébergement. Cette solution permet de donner les soins nécessaires aux personnes le plus en amont possible, ce qui facilite leur admission dans les dispositifs d'hébergement de plus long terme. A noter que la dispensation de soins inclut la prise des traitements, particulièrement importante dans le cas des personnes sans-abris vieillissantes souvent concernées par le refus de soins.

Pour ce qui est de la nécessité pour les acteurs hors du champ social (sanitaires, médico-sociaux) de s'adapter à ces personnes, on peut évoquer l'hypothèse d'inventer une fonction «sentinelle» pour assurer un travail en partenariat entre tous. Dans des environnements spécifiques, plus confrontés au problème des sans-abris vieillissants, cette coordination se situe à des niveaux plus avancés que dans d'autres zones géographiques, et certaines des bonnes pratiques qui y sont déployées pourraient être réutilisées. Cela concerne des territoires fortement urbanisés et familiarisés au problème des sans-abris depuis longtemps (ville de Paris), comme des territoires de plus petite taille ayant développé un important travail de coordination (Lot-et-Garonne). A tous les niveaux, la marge de progression réside en outre dans la bonne centralisation de l'information.

Cette coordination entre professionnels apparaît, à bien des égards, comme la variable qui permettra de dépasser à la fois les clivages entre secteurs d'intervention et les financements publics, aujourd'hui fortement limités en dépit des besoins.

### ***3. Une nécessité de formation de professionnels intervenant auprès des personnes sans-abris vieillissantes :***

A tous les niveaux des recherches et entretiens menés, le constat commun, sans doute le plus marqué, est celui d'un manque de formation des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social qui sont confrontés au public des sans-abris vieillissants. Pour le secteur social, il s'agit de former à la prise en charge sanitaire des personnes sans-abris vieillissantes alors que pour les secteurs sanitaire et médico-social, le besoin de formation concerne les caractéristiques des personnes sans-abris lorsqu'elles vieillissent.

Ce manque, voire cette absence de sensibilisation aux modalités spécifiques de prise en charge de ces personnes et à leurs attentes réduit pourtant considérablement les chances d'une prise en charge réussie et coordonnée au service des personnes. Ces formations doivent être déployées à différents niveaux et concernant diverses spécificités de ce public.

Ainsi, des formations relatives aux troubles psychiques par exemple sont à généraliser dans les secteurs social et médico-social. On note en effet une difficulté à prendre en charge des pathologies psychiques et des pathologies liées au vieillissement, qui ne relèvent pas de la même logique.

Il convient parallèlement de former les professionnels des structures médico-sociales à l'accueil des personnes présentant des profils « atypiques » (personnes marginalisées, sortants de prison, présentant des addictions, etc.). Le secteur gérontologique doit en effet être mieux outillé pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité.

Pour conclure, il convient de souligner que, pour répondre à la nécessité de mettre la personne au centre du dispositif, c'est le « sur-mesure » qui doit être privilégié pour la prise en charge de ce public spécifique que constituent les personnes sans-abris vieillissantes. Au-delà de cette gestion individualisée, qui verra selon les situations un dispositif (spécialisé ou de droit commun) préféré à d'autres, l'amélioration des politiques publiques menées envers ces personnes passera par la sélection des meilleurs projets de structures, la valorisation des réponses innovantes et la diffusion des bonnes pratiques institutionnelles. Dans ce cas aussi, la bonne coordination entre professionnels et entre secteurs d'intervention est la meilleure garantie d'une prise en charge de qualité et adaptée aux personnes sans-abri vieillissantes.

## **Conclusion**

Compte-tenu de l'émergence d'une population croissante de personnes sans-abris vieillissantes, l'urgence de mettre en place des dispositifs adaptés à leurs spécificités est à souligner. Le principal frein à l'hébergement des personnes sans-abris vieillissantes dans des structures de droit commun est sans aucun doute leur passé dans la rue, qui a façonné leur mode de vie marginal et à rendu leur intégration difficile voire parfois impossible. A la confluence des secteurs du handicap, de la réinsertion et des personnes âgées, le sans-abri vieillissant ne parvient pas à trouver sa place dans cet enchevêtrement de compétences complexe.

Il y a donc un besoin de transversalité accru entre les différents acteurs et les différents secteurs afin de trouver des solutions originales permettant aux sans-abris vieillissants de trouver des établissements adaptés à leurs besoins. Il peut soit s'agir d'une maison-relais adossée à un EHPAD, soit d'un EHPAD spécialisé dans la prise en charge des sans-abris ou de toute autre solution permettant d'assurer une fin de vie convenable à ces personnes.

L'EHPAD classique ne s'impose pas comme la solution la plus idoine. Cependant, ce type d'établissement peut être envisagé dès-lors que la personne devient dépendante et qu'elle est passée par une phase de stabilisation. Une formation accrue du personnel est cependant à envisager afin que les sans-abris vieillissants puissent bénéficier d'un accompagnement de qualité et que le personnel puisse travailler dans de bonnes conditions.

Il n'y donc pas de solution « miracle », mais des solutions nécessitant une plus grande transversalité dans l'action, une clarification des financements et une formation accrue des personnels. L'adaptabilité est certainement la clé qui permettra de prendre en charge ce public de manière efficace.

---

## Bibliographie

---

### ✚ Articles

- MARPSAT Maryse, « *L'enquête de l'INSEE sur les sans-domiciles : quelques éléments historiques* », Courrier des statistiques n°123, janvier-avril 2008. Pages 53-64.
- PAGNEUX Florence, « *Offrir une place aux personnes sans-abris vieillissantes. Lutte contre l'exclusion* », Activités Sociales Hebdomadaires (ASH). N°2805 du 12 avril 2013 ; 24-27.
- YAOUANCQ Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine (INED), « *L'hébergement des sans-domiciles en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales* », INSEE PREMIERE N° 1455 - JUILLET 2013.
- DELEGUE GENERAL DE LA FONDATION ABBE PIERRE, « *Le logement des personnes âgées va aller en s'empirant* », interview accordée au journal le Figaro, 03/02/2009.
- Article de presse «Le Parisien», *Les SDF ont trouvé un toit pour leur retraite* – 6/6/2013.
- TREMINTIN J., 22 mars 2012, « *Des SDF en maison de retraite* », Lien social, n°1055.- PLAN DE SANTE MENTALE 2005-2008, mesure n°1.3.3.

### ✚ Rapports, études mémoires et thèses

- AUDRY Jean-Marie, APUR, Sans-abri à Paris. *La présence des sans-abri sur le territoire parisien et l'action de la collectivité pour aider à leur réinsertion*, Janvier 2011, Observatoire Parisien de l'Insertion et de la Lutte contre l'Exclusion.
- ELICABE Remi et col. *Étude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris*, 10 Juin 2011, Fondation de France, Sous la direction du groupe recherche action (GRAC) en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS) pour l'étude quantitative.
- HASSIN Jacques, *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable, aspects historique, médical, socio anthropologique, politique et éthique*, 1996, Doctorat d'université mention : éthique médicale.
- JEANTEUR Magali, *Désocialisation extrême du sujet âgé : portrait médico-social des sans-abris âgés. Capacité de Gérontologie*, Promotion 1996 (Paris VI).
- CASH DE NANTERRE, *Rapport d'activité, 2012*.
- Association LES PETITS FRERES DES PAUVRES, *Rapport d'activité, 2012*.
- Association LES PETITS FRERES DES PAUVRES, *Habitat : quand précarités et vieillissement renforcent la solitude. Etat des Lieux et recommandations des petits frères des Pauvres*, avril 2013.

- EMMAÛS SOLIDARITE, *Rapport d'activité, 2012.*
- EMMAÛS SOLIDARITE, *Etude réalisée sur les populations accueillies au sein des pensions de famille.*
- FONDATION ABBE PIERRE, *L'Etat du mal logement en France, 19<sup>ème</sup> rapport, janvier 2014.*
- MIPES, *Etre une femme sans domicile fixe après 50 ans. Enquête et Réflexions. Compte rendu du colloque du 20 janvier 2009, mars 2009.*
- HAS MARSEILLE, *Plaquette de présentation de la Maison relais Claire Lacombe, 2014.*
- DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE –*Evaluation des expérimentations « Résidence Accueil» et «Maison Relais – Pension de famille pour personnes vieillissantes» Rapport final incluant les recommandations, Mars 2010.*
- MAIRIE DE PARIS, Conférence relative au thème « publics âgés spécifiques, accompagnements spécifiques ? », En référence à la première table ronde relative au « *vieillissement des personnes en situation de précarité sociale : vulnérabilité et nouveaux modes d'accompagnement ?* », septembre 2009.
- DEPARTEMENT DE PARIS/DASES – *Conférence gérontologique – novembre 2009.*
- COMITE INTERMINISTERIEL DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS (CILE) *du 12 mai 2006, mesure n° 7.*

#### **Textes officiels**

- Loi n°74-955 du 10 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du Code de la famille et de l'aide sociale et du Code du travail
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-2 du 21 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 relative à la programmation de la cohésion sociale
- [Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005](#) relative au financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 50)
- Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le Droit Au Logement Opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (dite loi DALO)
- Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (dite loi MOLLE)
- [Décret n°2006-556 du 17 mai 2006](#) relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé »
- Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) : Articles L. 345-1 à L. 345-4 et R.345-1 à R.345-7
- Circulaire n°91-19 du 14 mai 1991 relative aux missions des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

- Circulaire n°95-38 du 23 juillet 1993, relative à l'hébergement d'urgence et au logement temporaire des personnes défavorisées
- Circulaire du 21 avril 1997 relative au programme expérimental « Pensions de famille »
- Circulaire n°2000-16 du 9 mars 2000 relative à l'hébergement d'urgence
- Circulaire n°2001-19 du 12 mars 2001 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation
- Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 relative aux maisons relais, 10 décembre 2002  
D. VERSINI, Secrétaire d'Etat chargé de la lutte contre la précarité et l'exclusion
- Circulaire n° 2006-13 du 1er mars 2006 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État pour 2006
- Circulaire n°2008-248 du 27 août 2008 relative à la création des maisons relais
- Circulaire n°2012-04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord
- Instruction DGAS du 11 mars 2003 relative aux maisons-relais
- Note d'information n°2005-189 du 13 avril 2005 relative à la mise en œuvre du programme 2005 maisons-relais/pensions de famille
- Note d'information n°2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique (cahier des charges)

---

## Liste des annexes

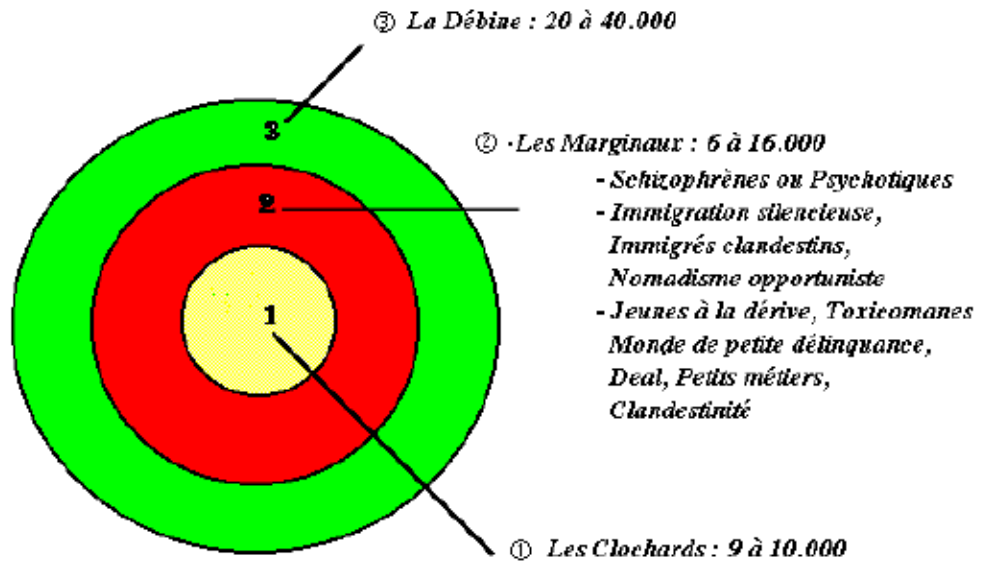
---

- Annexe 1 : Répartition/Définition des sans-abris
- Annexe 2 : Répartition des pathologies observées sur l'ensemble des RESIDENTS de L'EHPAD du CASH de Nanterre
- Annexe 3 : Paupérisation des personnes âgées en France entre 2000 et 2010
- Annexe 4 : Grille d'entretien
- Annexe 5 : Liste des acteurs rencontrés
- Annexe 6 : Compte rendu d'entretien EHPAD Saint-Barthélemy, Fondation Saint-Jean de Dieu
- Annexe 7 : Compte rendu d'entretien téléphonique avec Emmanuelle GAUVILLE Association Ciliohpaj Avenir et Joie – Maison Relais Agen et Monsempron-Libos
- Annexe 8 : Compte rendu d'entretien avec Jean-Pierre MASCLET, Pôle de Vitré
- Annexe 9 : Compte rendu d'entretien téléphonique avec Jean-Louis GALDIN, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) du Lot-et-Garonne
- Annexe 10 : Compte rendu d'entretien téléphonique avec Christine MELINE – Chef de service Samu social Bordeaux – Association Laïque le Prado
- Annexe 11 : Compte rendu d'entretien avec Jacques HASSIN, médecin du pôle social, Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre
- Annexe 12 : Compte rendu d'entretien avec Jean Claude LAURENT – Directeur général de l'Association Saint Benoit Labre et de la Maison de Veille Sociale
- Annexe 13 : Compte-rendu d'entretien avec Bruno Morel, Directeur général d'Emmaüs Solidarité
- Annexe 14 : Compte-rendu d'entretien avec Armelle de Guibert, Fraternité Ile-de-France, Les Petits Frères des Pauvres

## Annexe 1

### Répartition / Définition des sans-abris

#### CLASSIFICATION EN TROIS CERCLES DE XAVIER EMMANUELLI





## Annexe 2

**Répartition des pathologies\* (par ordre de fréquence) observées sur l'ensemble des résidents de l'EHPAD du CASH de Nanterre. Année 2013. Total résidents : 225.**

Pathologies*	N (et %)	Commentaires
Psychiatrie	189 (84%)	123 démences 66 suivis en psychiatrie (dont 49 suivis à Nanterre)
Cardiovasculaire	111 (49.3%)	Diverses pathologies cardiovasculaires
Autres : déshydratation	88 (39%)	Résidents en risque de déshydratation
Alcoolisme	59 (26.2%)	Problèmes liés à l'alcoolisme
Dermatologie	52 (23%)	Suivis régulièrement en dermatologie
Pneumologie (BPCO)	33 (14.7%)	Dont 7 BPCO oxygéo-dépendants
Neurologie (et apparentés)	29 (13%)	Troubles de la déglutition
Endocrinologie	20 (8.8%)	Pathologie : diabète
Néphrologie	3 (1.3%)	Dialysés

\*Un patient peut présenter plusieurs pathologies

Extrait du Rapport d'activité de l'EHPAD du CASH de Nanterre 2013

## Annexe 3

### Paupérisation des personnes âgées en France entre 2000 et 2010

<b>Evolution des taux de pauvreté selon l'âge</b>											
<b>Seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian</b>											
Unité : %											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Enfants (moins de 18 ans)	9,6	9,1	8,0	9,5	8,4	9,9	9,7	9,5	9,4	10,0	11,1
Jeunes (18 à 29 ans)	9,3	8,5	7,9	8,6	8,1	10,6	10,1	11,5	10,3	10,9	10,8
Adultes (30 à 39 ans)	6,0	5,9	5,5	6,3	6,5	6,1	5,5	5,8	6,0	6,3	6,7
Adultes (40 à 49 ans)	7,6	7,3	7,3	7,4	6,9	7,1	7,1	6,3	6,7	6,9	7,2
Adultes (50 à 59 ans)	6,9	6,9	6,7	7,2	7,0	6,6	6,3	6,1	6,4	7,5	7,1
<b>Personnes âgées de 60 ans et plus</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>4,2</b>
Ensemble	7,2	6,9	6,5	7,0	6,6	7,2	7,0	7,2	7,1	7,5	7,8

Source : Insee, France métropolitaine - hors étudiants

<b>Evolution du nombre de personnes pauvres selon l'âge</b>											
<b>Seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian</b>											
Unité : milliers											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Enfants (moins de 18 ans)	1 281	1 229	1 063	1 270	1 122	1 325	1 297	1 279	1 265	1 344	1 511
Jeunes (18-29 ans)	811	724	670	711	682	893	857	983	887	941	922
Adultes (30-39 ans)	511	509	469	535	547	513	458	478	482	508	538
Adultes (40 à 49 ans)	643	618	609	621	588	605	612	543	573	596	622
Adultes (50 à 59 ans)	487	504	505	558	560	536	517	502	521	611	577
<b>Personnes âgées de 60 ans et plus</b>	<b>433</b>	<b>399</b>	<b>429</b>	<b>381</b>	<b>396</b>	<b>399</b>	<b>448</b>	<b>497</b>	<b>543</b>	<b>507</b>	<b>583</b>
Ensemble	4 165	3 984	3 746	4 078	3 896	4 270	4 188	4 281	4 272	4 507	4 755

Source : Insee, France métropolitaine - hors étudiants

## Annexe 4

### Grille d'entretien.

---

#### Préalable à la grille d'entretien

- Présentation du groupe, du module, objectifs de l'étude, thème et contexte.
- Garantir de la confidentialité.

#### Grille d'entretien

- **Présentation interlocuteur**
- Présentation de l'interlocuteur, de son parcours et de son rôle
  
- **Présentation de la structure**
- Pouvez-vous nous parler de manière générale de votre structure ? Description générale, initiative, historique, fondateurs, statuts ...
- Quelles sont vos missions ?
- Quelles organisations permettent de les accomplir ?
- Quelles sont vos sources de financement ?
- Quelles sont vos tutelles ? Quelles sont vos relations avec elles ?
- Comment la structure s'intègre-t-elle dans le territoire (versus les autres structures ?)
- Particularités de la structure par rapport au territoire ?
  
- **Publics accueillis**
- Définition des termes « SDF », du sans- abris, SDF vieillissant ?
- Quel est le profil du public accueilli au sein de votre structure ? Nombre de personnes accueillies ? Origine des personnes ?
- Quelles sont les particularités actuelles de cette population ?
- Avez-vous constaté des évolutions ces dernières années (en nombre ? particularités) ?
- Quel est le profil médical et psychique « type » de la population accueillie ?
- Quelle est la prise en charge de la personne accueillie ?
- Particularités (de la population) liées au territoire ?
- Autres problématiques ? Commentaires ?
  
- **Coordination / Partenariats**
- Quelles collaborations avez-vous avec d'autres partenaires : du sanitaire ? du médico-social ? social ?
- Quels sont les facteurs facilitateurs et les freins à la coordination ?
- Avez-vous des partenariats formels (conventions) ou informels ?
- Quel pilotage pour la coordination ?
  
- **Prise en charge : freins / leviers et préconisations ?**
- Quelles sont les difficultés de la prise en charge des personnes âgées sans abris (« représentation sociale » des sans-abris) ?
- Comment arrivez-vous à gérer les limites d'âge de cette population ?
- Quelle structure vous paraît la plus adaptée pour cette population ?

- Préconiserez-vous une structure spécifique ? Une structure mixte ? A votre avis, l'EHPAD vous semble-t-il être une solution adaptée ? Si Oui, si Non, pourquoi ? Cette solution vous semble –t-elle adaptée à ce jour et généralisable ?
- Quelle est la vision de l'évolution de votre structure ? Quelles difficultés ? Quelles améliorations éventuelles ?
- Quelle va être, selon vous, l'évolution de la population ciblée dans les années à venir ? Si augmentation, quelles actions à mettre en place pour éviter dans les années à venir une augmentation de cette population ?
- Autres Actions : Projets ( ?). Rôle des politiques.

## Annexe 5

### Liste des acteurs rencontrés

Personnes Rencontrées	Fonctions	Lieu	Date	Réalisation de l'entretien
Maryse VALLERY	Assistante sociale -pôle Prévention et Promotion de la Santé	DT 75 - ARS IDF	17/04/2014	Catherine Rey-Quinio
Mr Jean-Pierre MASCLET	Directeur des établissements et des services du pôle Vitré	CHRS / maison relais 35	29/04/2014	Chloé Ramirez, Marie Goillard
Dr Jacques Hassin	Chef du service hospitalier de liaison sanitaire et sociale	CASH de Nanterre (92)	30/04/2014	Rebecca Say, Sonia Rochatte, Catherine Rey-Quinio, Marielle Montout, Cécilia Houmaire
Mme Constance Cardoen	Directrice stagiaire de l'EHPAD			
Dr Bourdhida Chemssedine	médecin coordonateur de l'EHPAD			
Mme Emmanuelle Gauville	Directrice des études du groupe et Secrétaire générale de " Ciliohpaj Avenir et Joie "	Maison Relais d'Agen (47)	30/04/2014	Laetitia Tamarelle, Sophie Lembo
Mme Armelle De Guibert	Directrice de Fraternité île de France	Fraternité St Maur, Petits frères des pauvres	02/05/2014	Rebecca Say, Marin Chappelle
Mr Bruno Morel	Directeur Général	Emmaus Solidarité, Paris	02/05/2014	Rebecca Say, Marin Chappelle
Dr Jean-Yves Rouffet	médecin coordonateur	EHPAD Fontenay aux Roses (92)	05/05/2014	Rebecca Say, Sonia Rochatte
Madame CARPENTIER	psychologue			
Mr Jean Claude Laurent	Directeur	Association St Benoît Labre + Maison de veille sociale 44	06/05/2014	Sophie Lembo, Chloe Ramirez, François Guillamo
Madame VAN DE VYVERE	Directrice de l'EHPAD	Suresnes (92)	07/05/2014	Rebecca Say, Marielle Montout
Mathilde MOULIN, Sylvie BRAS	Bureau Accueil Hébergement	DRIHL- Préfecture de Paris	07/05/2014	Catherine Rey-Quinio
M. Jean-Louis GALDIN	Travailleur social	DDCSPP 47 - Agen	07/05/2014	Laëtitia Tamarelle
Mme Farida ABDOUSS	Responsable de service	Association St Jean de Dieu - Marseille	09/05/2014	Jean Pierre Rongiconi
Mme Christine Méline	Cheffe de service	SAMU Social Bordeaux	09/05/2014	Laëtitia Tamarelle
Mme Laure NGUYEN	Directrice pôle	GPS Perray Vaucluse (91)	14/05/2014	Cécilia Houmaire

## Annexe 6

### Entretien à l'EHPAD Saint-Barthélemy, Fondation Saint-Jean de Dieu

Présent : Jean-Pierre RONGICONI

#### 1. Présentation des interlocuteurs dans l'ordre des rencontres

- Psychologue de l'EHPAD, comptable de l'EHPAD, infirmière du service SAINT ROCH (accueil de l'errance), chef de service SAINT ROCH, équipe de direction de l'EHPAD.

#### 2. Présentation de la structure au travers des 5 entretiens.

- Fondation par les frères de Saint Jean vouée aux pauvres, et une devise accueillir ceux que personne n'accueillent. Accueil des errants, des pauvres actuellement à Saint Roch il y a un monsieur qui est rentré en 54, il avait 16 ans.
- C'est un EHPAD qui n'a des lits que d'Aide Sociale. 5 services : Magalon, au départ pour les frères, aujourd'hui pour les plus valides (31 places), Saint Roch accueil de l'errance (34 places), Saint Benoit Géroto-psychiatrie (80), Saint Richard pour ceux dont la dépendance augmente (80) et 40 places pour les démences graves à Saint Joseph, seul service fermé. Cette répartition, sectorisation a été mise en place en 2006, mixité depuis 1991. Dans l'ensemble de la maison 60% d'hommes. EHPAD privé à but non-lucratif, fondation.
- ARS et Conseil Général
- Liens étroits avec les accueils de nuit, surtout Forbin 300 places, qui dépend de la même fondation, et avec les hôpitaux qui adressent en fonction des profils, avec les associations, (présence de Médecin du monde, pour un errant suivi dans la rue, pendant mon entretien).
- Tous les lits sont habilités Aide Sociale. Accueil des plus précaires.

#### 3. Publics accueillis

- Pas de distinction, SDF ou sans abris, ce qui les distingue c'est l'errance, un parcours de vie dans la rue, une précarité. Des personnes qui ne sont nulle part chez elle. Avec une usure prématurée, en ce sens-là on peut parler pour certains de vieillissants.
- Il n'y a pas un profil type mais des histoires de vie (errance totale pour certains, d'autres mobil-home à la campagne ou container sur le port et c'est le handicap qui les conduit à l'incurie, ou bien un rapport à l'alcool fait qu'ils ne peuvent rester dans un autre service). 32 hommes et 2 femmes avec une moyenne d'âge de 70 ans.
- Des vies précaires, mais libres, alcoolique, tabagique et détestant les contraintes.
- Pas d'évolutions notables ces dernières années, stabilité des admissions. Mais demande de l'ARS de construction 30 places pour des personnes âgées dans une grande pauvreté.
- Toutes les pathologies liées à l'alcool et au tabac (cardiologique, respiratoire et digestif), pathologie dermatologique, troubles psychiques.
- En fonction du projet de la personne, entrée progressive, liberté la plus grande possible, accompagnement individualisé, autorisation de l'alcool et du tabac, projet de vie revu tous les six mois. Grande tolérance qui permet à cette population particulière de se fixer.

#### **4. Coordination / Partenariats**

- La coordination marche peu ou pas avec les hôpitaux du secteur, malgré des conventions, bien mieux avec les autres, pour Saint Roch comme pour les autres services, bonnes relations avec les tutelles.

#### **5. Prise en charge : freins / leviers et préconisations ?**

- Avoir des lits habilités Aide Sociale et un service dédié.
- Il y a 6 places pour les moins de 60 ans, une sorte de dérogation permanente. Le CG des Bouches du Rhône est un partenaire attentif et conscient des problématiques.
- Un EHPAD, mais avec un service dédié à cette population, avec des professionnels formés autour de la spécificité. Un errant qui demande un abri, demande plus qu'un toit, souvent il demande aussi des soins et une présence. Cette solution peut être généralisée, mais c'est en accord avec une certaine philosophie, de locaux qui s'y prêtent, et au prix de compromis entre liberté individuelle et contraintes collectives.
- Actuellement une personne est accueillie avec ses chats, cela n'a pas été possible pour une autre avec des chiens (accompagnement tous les 15 jours pour les voir), le projet ce serait de pouvoir accueillir la personne avec ses animaux.
- L'autre projet en cours c'est l'accueil de personnes vieillissantes sortant de prison.

## Annexe 7

### **Entretien avec Emmanuelle GAUVILLE, Association Ciliohpaj Avenir et Joie – Maison Relais Agen et Monsempron-Libos**

Présentes : Laëtitia TAMARELLE et Sophie LEMBO.

Le 30/04/2014 : heure de début 14h00 - heure de fin 16h

#### 1. Présentation de l'interlocuteur.

- Directrice des études du groupe : elle s'occupe du portage politique des projets (écriture, traduction, recherche de partenariats opérationnels et financiers).
- Secrétaire générale de la structure depuis la création de « Ciliohpaj Avenir et Joie ».
- Formation : juriste et urbaniste. A fait ses armes dans le logement social et a travaillé pendant 5 ans dans une grosse structure lyonnaise qui gérait des foyers de travailleurs migrants. La question de la PA en difficulté lui est particulièrement sensible.

#### - Présentation de la structure.

##### Présentation de l'association.

L'association Ciliohpaj Avenir et Joie est intégrée au groupe Ciliopée qui est une PME de 150 salariés, dont le territoire d'intervention historique est le Lot-et-Garonne. Groupe constitué autour d'une ancienne société anonyme d'HLM qui date de 1924 (= office HLM), soit une structure de droit privé sans gouvernance politique. Autour de cette société un certain nombre d'autres structures satellites se sont créées (structure ciblée pour public jeune, structure spécialisée dans l'accession à la propriété...) => Leur fil conducteur est l'accompagnement des parcours résidentiels.

Ciliohpaj = regroupement de 3 structures associatives depuis 2011 : l'Hermitage (gestion la 1<sup>ère</sup> maison-relais d'Aquitaine), la Pergola (gestion du 115, SIAO, accueil de jour et CHRS (urgence, insertion et stabilisation) et Avenir et joie qui gérait le CHRS pour femmes victimes de violences.

##### Présentation de ses deux maisons relais spécialisées personnes âgées.

Elles ont été créées en 2007, dans le cadre opportun de l'appel à projet de l'Etat pour créer des maisons relais spécialisées personnes âgées. cf. Circulaire Versini 2002: les maisons relais n'ont à l'origine pas une vocation à accueillir un mono public, mais cette année-là l'appel à projet portait sur la création en France de 100 places de maisons-relais dédiées aux personnes âgées => dès lors, l'association a saisi l'opportunité.

L'association a d'abord créé une structure pour personnes âgées issues de l'immigration, en lien avec l'histoire du département : La maison relais Saint-Fiary à Agen qui dispose de 16 places réparties sur deux sites (1 de 10 et 1 de 6).

*Contexte de création* : En 2006 la société anonyme HLM du groupe a été associée par la ville d'Agen, avec deux autres opérateurs du département, à une procédure d'urbanisme de résorption de l'habitat insalubre à Agen => au moment du diagnostic, en lien avec le PACT 47, il a été constaté que les populations qui y vivaient étaient en grande partie des migrants vieillissants de la 1<sup>ère</sup> génération.

Dès lors, ils ont eu l'idée de reconstruire un habitat adapté à ce public, pour regagner un lieu dans lequel il a ses repères historiques où il pouvait retrouver une vie compatible avec ses ressources et son mode de vie => d'où la maison relais comme solution la plus adaptée. Sur le département, beaucoup de personnes migrantes : 38 nationalités différentes, plusieurs vagues de migrations, traditionnellement département rural, beaucoup d'activités agricoles, donc beaucoup de passages d'ouvriers agricoles (Espagne, Maroc, Tunisie, etc.).



À celle-ci s'ajoute une autre structure spécifique personnes âgées en difficultés : La maison relais Le Foulon à Monsempron-Libos à côté de Fumel (37 places). Public assez homogène, personnes très isolées socialement et qui vivent avec des ressources souvent en-deçà du minimum vieillesse.

*Contexte de création* : Il y a eu une 2<sup>ème</sup> vague migratoire plus ancienne qui ne s'est pas positionnée au même endroit géographique d'où la création d'une 2<sup>nde</sup> maison relais : il s'agit d'une vague d'immigration post-industrielle près du Fumélois où il y avait de grosses usines.

A noter depuis 2013 : orientation vers leurs maisons-relais passent par le SIAO.

#### Mode de fonctionnement de ces deux maisons relais.

Très respectueux de l'esprit des textes en vigueur: il y a des parties privatives qui sont les plus confortables possibles (T1 équipés) + des espaces communs dans lesquels est mis en œuvre le projet social adapté à ce public âgé avec des actions de type ouverture aux droits, maintien à domicile, santé sécurité + prévention de l'isolement, de la perte d'autonomie.

Maison-relais Agen : professionnels qui y travaillent => 1 animatrice et 1 professionnel du travail social.

Maison-relais du Foulon : 1 agent de proximité qui habite sur place et 1 professionnel du travail social.

#### Leurs sources de financement.

Structures qui demandent beaucoup d'ingénierie sociale : notamment pour le fonctionnement et l'accompagnement (moins pour le bâti -cf. Pour la maison relais d'Agen, la MSA a été très généreuse sur le financement du mobilier).

Mobilisation de 2 professionnels par maison relais or 1 seul poste est financé par l'Etat, d'où les travaux de mutualisation, les recherches de financement (FEI, Fondation de France...). Ils ne pourraient pas s'en tenir au prix de journée (16€/jour/place) Si le prix baissait ça deviendrait vraiment compliqué de gérer ces structures, mais ne demande pas pour autant que l'enveloppe soit augmentée.

### 3. Publics accueillis

#### Définition des termes.

Définitions « SDF » et « sans-abris » : Elle préfère « sans domicile stable », car suite à son expérience professionnelle dans le secteur du logement très social, elle n'a pas rencontré beaucoup de personnes qui étaient vraiment à la rue en permanence.

D'après leurs maraudes (chiffres 2013) ils ont peu de personnes SDF, par contre ils ont plus de personnes qui sont logées dans des conditions très précaires (surpopulation dans logements insalubres par exemple, pas de ressources) avec un isolement social maximum. Ce ne sont pas des gens à la rue au sens du SDF qui vit tout le temps dehors.

Maison-relais Le Foulon : moyenne d'âge assez élevée, 82 ans. Sachant que l'entrée en EHPAD en moyenne 86 ans dans le département. Il s'agit d'un public qui a connu un parcours d'instabilité majeure, qui se sont stabilisées sur des courtes périodes, mais qui n'ont pas de logement depuis très longtemps avec des pathologies associées.

Maison-relais Agen : moyenne d'âge plus jeune 65 ans : s'explique par les parcours de vie des personnes : pas mal de personnes issues de l'immigration d'Afrique du nord, métiers difficiles physiquement ce qui explique des problèmes de santé importants malgré le plus jeune âge ; Notons qu'aujourd'hui, une nouvelle vague d'immigration (personnes âgées) venant du Portugal et de l'Espagne se fait beaucoup ressentir depuis 2 ans.

#### Pathologies et fragilités des résidents

Diabète souvent dégradé parce que pas soigné à temps (question de la prévention alimentaire pour ce type de pathologies), gêne respiratoire en lien avec une mauvaise

hygiène de vie, pneumopathie, pneumonie, suspicion de tuberculose etc. Personnes qui se sont souvent oubliées dans le domaine de la santé. Les pathologies de santé peuvent engendrer une perte d'autonomie vite si elles ne sont pas prises en charge rapidement.

L'association a observé que de plus en plus de famille/partenaires les sollicitent pour des personnes plus jeunes en perte de repères (spatiales, temporelles) en difficulté pour se maintenir dans un logement autonome mais sans être atteinte forcément d'Alzheimer et sans avoir de problèmes d'autonomies au niveau de la motricité.

À cela s'ajoute un parcours très chaotique au niveau du logement : habitats indignes, surpeuplement etc., d'où un travail important mené sur l'appropriation du logement, en plus du lien fait avec les aides ménagères et le portage de repas. Plus facile d'intervenir dans une maison relais qu'en HLM parce que petites unités avec des moyens humains qui permettent de faire une alerte rapidement. Mais : personnes concernées en logement autonome vont souvent refuser d'intégrer un dispositif maison relais refus de voir la perte d'autonomie et de demander de l'aide.

#### Les ruptures auxquelles ils sont confrontés.

- Ruptures d'ordre économique : cf. ancien bassin minier (métallurgie) qui a été sinistré il y a environ 30 ans : d'où une tombée dans la précarité suite à la perte d'emploi.

- Éclatements familiaux/isolement familial. Sur le public des migrants âgés il y a davantage d'isolement lié aux parcours de vie, à l'histoire des migrations. Ils n'ont pas pu procéder à des regroupements familiaux, donc ils restent seuls en France.

#### 4. Coordination/Partenariats.

Dans le domaine médical

L'association a tissé un réseau et a un pôle santé soutenu par l'ARS qui est géré et coordonné par une infirmière diplômée d'État présente depuis 10 ans sur le département : cette dernière met en musique l'accompagnement des parcours de soins (forte de son expérience). C'est incontournable dès lors qu'on fait le choix d'accueillir ce public. Présence aussi de partenariat et de liens avec les professionnels libéraux (médecins) le secteur hospitalier et le secteur de la psychiatrie.

À noter qu'il est rare d'avoir un temps d'infirmière dans les structures sociales, mais le financement est à aller « chercher » tous les ans. L'association a prouvé ses capacités et son apport.

Avec des maisons de retraite : ils ont mis en place il y a 2 ans, un service d'aide aux résidents âgés handicapés où l'idée est de nouer des partenariats avec les maisons de retraite à proximité de leurs structures pour permettre à leurs résidents de pouvoir accéder aux activités proposées.

Avec les EHPAD : pour la prise en charge de sortie du dispositif maison relais (au moment de la perte d'autonomie), travail de maillage territorial non conventionnel.

Avec le Conseil général : il est autour de la table pour ce qui est du schéma gérontologique, ils sont soutenus lorsqu'ils ont des difficultés, mais Conseil Général absent sur la question des migrants âgés, alors que c'est une réalité départementale.

Rôle de la DDCSPP : pour elle il est fortement souhaitable que ce soit la DDCSPP qui pilote la coordination entre tous les acteurs pour ce public à la croisée des interventions entre sanitaire social et médico-social car c'est l'autorité qui délivre l'agrément. Bien d'avoir une DDCSPP très présente, qui joue un rôle de médiation, rôle de rappel de la règle, d'animation, d'accueil de nouveaux opérateurs.

#### 5. Prise en charge : freins/ leviers et préconisations ?

Considère que la maison-relais spécialisée pour les personnes âgées n'est pas adaptée.

S'il y avait un nouvel appel à projet maison-relais personnes âgées: pas sûr qu'elle le referait : s'est aperçue que le fait d'avoir une mixité de parcours, de sexe et d'âge était vraiment important en terme de levier pour remettre les gens en mouvement et stabiliser les personnes.

Elle rappelle que la maison relais selon la circulaire Versini de 2002 = habitat intermédiaire pour retrouver une dynamique, se reconstruire. Difficile avec 16 individus confrontés aux mêmes problématiques et sans possibilité de se réinsérer professionnellement.

Existe déjà des maisons relais avec mixité âge : les problématiques ne sont pas si éloignées que ça : pôle santé : peut gérer un problème de soins pour un jeune comme pour une personne vieillissante. Les difficultés ne sont pas liées à l'âge, mais au parcours : le fait de se poser à un moment ou à autre, d'accepter de sortir de l'errance est compliqué quel que soit l'âge. Se pose plus la question de prendre la décision de sortir de ça et de « rentrer dans le rang ».

Privilégier des maisons relais mixtes et ne pas écarter le droit commun c'est à dire l'accueil dans les EHPAD au moment de la perte d'autonomie.

Créer des structures spécifiques pour les errants/SDF : elle n'est pas convaincue que ce soit la bonne entrée. Elle ne croit pas au spécifique. Les EHPAD devraient accueillir plus de personnes précaires, devraient y avoir leur place, comme dans les MARPA, les résidences pour seniors. Nécessaire de faire de la mixité sociale.

Pour elle, l'orientation en EHPAD pour un public PA en difficulté sociale ne pose pas de grandes difficultés, par contre : problématique pour le public âgé migrant (adaptation mode de vie, exemple des Chibanis). La plus grande difficulté est toujours de convaincre la personne elle-même : rejoindre un EHPAD = fin de vie, accompagnement nécessaire.

Pas la peine de construire des structures car l'offre existante ne rencontre pas son public qui s'est diversifié. Cf. taux de vacances : résidences seniors plus de 70% (problème de prix)

Faire un diagnostic de l'existant sur le territoire, voir l'offre et la demande. Réflexion sur possibilité d'ouvrir à un public plus diversifié. Nécessité de solvabiliser la demande via des tarifs plus accessibles. Pas besoin d'innovation au sens architectural. Ce n'est pas le toit qui importe mais ce qu'on propose comme accompagnement et à partir du lieu.

L'intégralité des places sont-elles occupées dans ces deux maisons relais ? Oui

### **Vision de l'évolution de la population ciblée dans les années à venir.**

Il s'agit d'un département vieillissant: moyenne d'âge est un peu au-dessus de la moyenne nationale pour la part des personnes de « 60ans et + ».

Depuis 2007 constats lors des maraudes de la présence de personnes âgées sans domicile : nouveau d'avoir des personnes vieillissantes dans la rue. Pour elle le phénomène va s'accroître pour des raisons démographiques (papy-boom) et économiques (la génération des 30 dernières années a connu des parcours professionnels tellement chaotiques que leurs droits à la retraite sont trop faibles, ou encore arrivée à la retraite de personnes qui n'ont vécu qu'avec des minimas sociaux RMI, API, ASS, ou arrivée à la retraite des mères ou pères de familles monoparentales, temps partiels et contrats précaires).

Selon elle « avant » les personnes vieillissantes n'étaient pas à la rue, car il y avait une solidarité familiale, ou des possibilités de se loger modestement.

Pour elle il faut avoir une approche « vieillesse et précarité » et non pas se concentrer sur les SDF au risque de passer à côté de la question.

Question de l'investissement de l'État : pour elle c'est une cause nationale, la question de l'évolution démographique transcende les territoires, même au niveau européen. Fait déjà 4 ou 5 ans que les pouvoirs publics se mobilisent (rapports, audits), mais il faut voir ce qu'il va en ressortir ; il y a beaucoup de consultations menées. Le ministère travaille en lien avec l'Union Sociale de l'Habitat (USH), un travail est effectué également avec la CNAM, la CARSAT, les Maisons de santé, etc. => tout le monde est mobilisé sur cette question-là. Il faudra forcément faire évoluer la législation.

## **Annexe 8**

### **Entretien avec Monsieur Jean-Pierre MASCLET, directeur du Pôle de Vitré (35)**

Présentes : Chloé RAMIREZ, Marie GOAILLARD

Le 29 avril 2014. Heure de début 15h30, heure de fin 17h00

#### **– Présentation de l'interlocuteur**

Nous avons rencontré le mardi 29 avril Monsieur Jean-Pierre MASCLET, Directeur des établissements et des services du pôle Vitré (35) regroupant notamment un CHRS, une maison-relais et une maison de retraite non médicalisée. Il était auparavant directeur de l'association Emmaüs Dunkerque pendant 11 ans.

#### **– Présentation de la structure**

Le pôle de Vitré est composé d'un CHRS qui accueille tous les publics, d'une maison de retraite non médicalisée et habilitée à l'aide sociale, d'une maison-relais, d'une permanence SAV, d'un point accueil orientation, d'un accompagnement social lié au logement et d'une gestion locative adaptée.

Ce pôle dépend de l'Association pour l'Insertion Sociale (AIS 35) née le 6 septembre 1966. Elle était initialement dénommée Association d'Aide aux Indigents sans domicile et a été rebaptisée en 1977. Depuis près de 40 ans, cette association œuvre pour réduire les inégalités sociales, permettre l'accès aux mêmes droits pour tous et développer le sens de la responsabilité de chacun.

La maison de retraite non médicalisée et habilitée à l'aide sociale a été construite il y a 20 ans. Elle a vu le jour quelques années après la création du CHRS. En effet, le CHRS avait vocation à accueillir des personnes ayant un projet d'insertion. Or, le public y était vieillissant. Ainsi, la maison de retraite a initialement été créée afin de répondre à un besoin : l'accueil d'anciens ouvriers agricoles vieillissants venant de CHRS et qui ne pouvaient plus y rester. La maison de retraite s'est par la suite ouverte à tous types de publics.

La maison de retraite est viable seulement dans la mesure où elle est adossée au CHRS, ce qui permet de mutualiser les moyens comme par exemple pour la restauration (les repas du midi et du soir sont pris en commun avec les résidents du CHRS) ou les veilleurs de nuit que la maison de retraite ne pourrait pas financer à elle seule. Cette maison de retraite dispose de 11 places et s'adresse uniquement aux personnes autonomes. Elle accueille des hommes et des femmes de plus de 60 ans pour un hébergement temporaire ou permanent. Une convention est passée avec l'ADMR, elle permet une présence quotidienne midi et soir d'un infirmier. La maison accepte les animaux de compagnie mais ceux-ci sont hébergés au chenil pour la nuit.

En ce qui concerne les sources de financement :

CHRS : BOP 177 DDCSPP.

Maison-relais : BOP 177 DDCSPP.

PAO : BOP 177 DDCSPP.

Maison de retraite : Conseil Général.

ASL et GLA : Conseil Général.

Ministère de la justice.

## **– Public accueilli**

La moyenne d'âge du public accueilli à la maison de retraite est de 66 ans. La fourchette des âges s'étale de 57 à 80 ans. Les personnes doivent être autonomes. Il s'agit en majorité de personnes issues de la rue, provenant de maisons d'arrêt ou d'hôpitaux psychiatriques. Ces personnes sont pour la plupart d'abord passées par le CHRS avant d'intégrer la maison de retraite. Il s'agit d'un public bénéficiant de l'aide sociale. Il y a régulièrement des demandes de dérogation qui sont formulées afin de pouvoir accueillir des personnes avant l'âge de 60 ans, d'où la moyenne d'âge assez faible. Il y a au moins une demande de dérogation par an et celle-ci a toujours été acceptée jusqu'à présent. La population provient en grande partie du département mais parfois il existe des demandes hors département. Ces demandes émanant de personnes hors département posent des problèmes en termes de financement de la part du Conseil général. Certaines personnes ne restent pas suffisamment longtemps dans un même département (en raison de leur importante mobilité) pour pouvoir bénéficier du financement du Conseil général et cela complique donc considérablement leur admission en maison de retraite.

Cette maison de retraite est unique dans le département, elle constitue une solution intermédiaire à mi-chemin entre l'EHPAD et le Foyer-logement. Dès que les personnes deviennent dépendantes, elles sont orientées vers un EHPAD.

Le CHRS accueille tous les publics dont les SDF mais aussi les personnes hors UE en attente de papiers. Ces personnes ne disposent pas de la capacité à habiter. Aujourd'hui la durée de séjour au CHRS est de 9 / 10 mois contre 1 à 2 ans auparavant. Ceux qui n'ont pas de projet peuvent éventuellement être orientés vers la maison de retraite en fonction de leur âge, de leur autonomie et de leur comportement.

Concernant les évolutions constatées : J-P MASCLET souligne l'augmentation des personnes étrangères qui n'ont aucun droit et parmi lesquelles on compte des personnes âgées. En l'absence de titre de séjour, ces personnes ne peuvent bénéficier que d'un hébergement d'urgence. Il n'a pas spécialement constaté une augmentation du nombre des personnes sans-abri vieillissantes. Mais il souligne que les problématiques rencontrées peuvent être différentes d'une région à une autre.

## **– Coordination et partenariats**

L'association et ses établissements sont connus sur le territoire qui est relativement petit. La coopération avec les autres maisons de retraite pour le placement des personnes en perte d'autonomie se fait facilement. Il y a par ailleurs un travail de partenariat entrepris avec tous les secteurs: convention signée avec le CMP, rencontres trimestrielles avec le CSAPA, liens avec le CCAS, la Mission locale, pôle emploi, l'animatrice santé du territoire de Vitré, le CLIC, inscription dans le schéma gérontologique...

Les personnes passent souvent en transition par l'hôpital de Vitré.

Sur ce petit territoire, l'association qui est bien connue n'a pas de problèmes de coopération.

## **– Prise en charge: freins, leviers et préconisations.**

Pour M. J-P MASCLET, l'accueil d'un SDF dans un EHPAD traditionnel est possible. Mais il serait intéressant de développer des structures intermédiaires à l'image de la maison de retraite de Vitré qui est une réponse possible mais provisoire, il s'agit en effet seulement d'une étape car l'accueil devient impossible lorsque la personne perd son autonomie.

Des solutions intermédiaires sont envisageables comme les maisons-relais, les habitats regroupés, les foyers-logements, les familles d'accueil : il faut réfléchir à des parcours de logement, pouvoir proposer une offre de logement diversifiée. Il faut adapter le logement à la personne et non l'inverse.

Pour les SDF, une des solutions peut être de maintenir la personne en maison-relais ou en foyer logement. Il est éventuellement possible de les médicaliser mais cela soulève des problèmes en termes de coût et les normes à respecter sont de plus en plus contraignantes. Une lourdeur est introduite à cause des règles imposées par l'Etat. Il serait donc intéressant de simplifier les textes de loi, d'assouplir les obligations des structures d'accueil et d'hébergement.

Selon J-P MASCLET, les EHPAD réservés aux personnes SDF ne sont pas une bonne idée. Il s'y oppose car les personnes accueillies seront stigmatisées.

En amont des EHPAD il accepte l'idée de prévoir des solutions destinées aux SDF car sa maison de retraite constitue une étape préalable (avant l'entrée en EHPAD) pour resocialiser la personne quand elles sortent de la rue mais par la suite il n'est pas favorable à l'idée de séparer les publics en créant des établissements spécialisés. Toutefois, force est de constater que les professionnels des EHPAD ne sont pas formés pour accueillir ce type de public. Il est donc nécessaire de créer des passerelles entre le social et le médical et d'encourager la formation du personnel pour s'adapter à ce public.

L'État est pour lui défaillant, il essaie de mettre les gens dans des cases et ces cases ne s'adaptent pas aux publics hors normes ce qui engendre des difficultés.

Il faudrait partir de la problématique spécifique de la personne pour ensuite revenir vers les structures de droit commun.

Concernant la prise en charge, il souligne certaines difficultés rencontrées. Il y a en effet souvent une grande négligence du corps, de l'hygiène, les personnes issues de la rue ont l'habitude de s'absenter et refusent souvent de se séparer de leur animal de compagnie. Par ailleurs, les SDF qui arrivent en maison de retraite sont la plupart du temps des hommes contrairement à la majorité des résidents dans les EHPAD. Des difficultés sont également liées à leur comportement, à leurs problèmes d'addictions...

Une autre solution : l'habitat partagé pour recréer un environnement familial, réinventer la famille.

Il existe un Projet sur Vitré: regroupement maison de retraite, maison-relais, centre mère enfant afin créer un lieu d'échanges, dans le but de rapprocher les personnes. Proximité repensée.

Il ne faut pas se figer sur des modèles fixes. Il faut s'adapter aux personnes et aux territoires, se reposer sur les associations, qui sont porteuses de projets, il faut oser de nouvelles initiatives en l'absence de dispositif national.

## **Annexe 9**

### **Entretien avec Jean-Louis GALDIN, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) du Lot-et-Garonne**

Présente : Laëtitia TAMARELLE  
Mercredi 7 mai 2014, de 14H à 15H40

#### **Présentation**

Jean-Louis GALDIN est travailleur social à la DDCSPP 47 où il s'occupe du logement adapté et du relogement dans le parc social. Il est éducateur spécialisé de formation et a longtemps travaillé auprès des jeunes en difficultés (sociales, scolaires, psychiques, etc.).

La DDCSPP gère l'ensemble des politiques liées au logement (social et adapté/accompagné) et à l'hébergement ainsi que la protection des populations vulnérables (SDF, personnes précaires, demandeurs d'asile, déboutés, personnes handicapées, personnes sous tutelles, etc.). Elle finance les associations gestionnaires des dispositifs développés conjointement et suite à l'accord délivré par la DDCSPP. Elle gère également les fonctions sociales du logement, c'est-à-dire le contingent préfectoral, le DALO (Droit Au Logement Opposable), les expulsions locatives et la prévention des expulsions locatives. Et Elle est le pilote et l'animateur de ces politiques sur le département en lien avec le Conseil Général.

C'est un champ d'action demandant une coordination et une intervention interministérielle à développer et à renforcer, et nécessitant également un maillage et un réseau associatif et institutionnel avec les secteurs du sanitaire et du médico-social à créer ou à renforcer en lien avec le secteur social.

#### **Projet social des maisons-relais pour personnes vieillissantes sur le Lot-et-Garonne**

Les deux maisons-relais du département prennent en charge des personnes âgées relevant des Groupe Iso-Ressources (GIR) 5 et 6. Lors du passage à un GIR 4 (lien avec le médecin traitant lorsqu'il est connu ou avec un référent médical), la structure se met en relation avec d'autres dispositifs pour les orienter vers des endroits plus adaptés à leurs besoins. Le projet social des deux maisons-relais précisent qu'elles hébergent des personnes âgées à faible revenus et isolées socialement avec un besoin d'accompagnement social et un faible suivi médical. On y retrouve des personnes de 60 ans et plus n'ayant pas de besoins médicaux avancés, car les maisons-relais ne sont pas des structures médico-sociale vu qu'elles ne dispensent pas de soins, elles ont en charge l'accompagnement social de la personne. L'idée générale est de recréer un environnement propre à chaque personne dans lequel elle peut vivre, évoluer et se rétablir.

Concernant la maison-relais personnes âgées du secteur Fumélois, elle est juxtaposée à une structure d'accueil médico-sociale pour personnes âgées, d'où la possibilité de faire des liens et d'amener les résidents de la maison-relais si constat d'une dégradation de leur santé afin d'avoir accès aux personnels médical et paramédical présent. Il y a également une mutualisation au niveau de l'animation collective où les résidents de la maison-relais profitent des animations proposées par la structure.

#### **Les maisons-relais pour personnes vieillissantes : rôles, atouts, limites et perspectives**

Lors du lancement de l'appel à projet par le Ministère en 2007, l'idée était de créer 100 places de maisons-relais pour personnes vieillissantes, mais il n'y avait pas de cahier des charges spécifiques ; c'est donc l'association Ciliopée qui l'a élaboré pour ce type de public (cf. cahier des charges adossé au présent compte-rendu). Malgré la création de deux

maisons-relais sur le département et de leur efficacité, le Ministère a décidé d'arrêter ce projet suite à l'évaluation par le cabinet d'étude Lyonnais.

En effet, l'étude faite par un cabinet Lyonnais sur l'intérêt des maisons-relais pour personnes vieillissantes remet en cause ce dispositif spécifique. L'idée étant de ne pas ghettoïser mais plutôt de brasser les populations et les problématiques. On en revient donc aux fondamentaux des textes sur les maisons-relais prévoyant d'accueillir tous les publics dont les personnes âgées et non de continuer à réaliser des maisons-relais spécifiques pour personnes âgées.

Sachant que le Ministère a arrêté ce projet et suite à un travail de fond entre la DDCSPP et l'association Ciliopée il a été décidé de conserver ces deux maisons-relais telles quelles ; pour celle du secteur Fumélois il a été convenu d'y intégrer quelques personnes ayant des âges et des profils variés, par contre celle du secteur d'Agen reste spécifique pour les personnes migrantes puisqu'ils ont constaté qu'ils n'étaient pas possible de brasser car ces personnes ont besoin d'un accompagnement spécifique, ce qui est le cas avec la présence d'une animatrice en langue maternelle Arabe, ils ont besoin d'être rassuré, de sentir qu'on ne va pas profiter de leur situation et d'être ensemble suite aux parcours qu'ils ont connus (ils vivaient jusqu'à présent dans des logements indignes).

Ce changement de position intervient parce que les politiques publiques ont évolué et que les pouvoirs publics ont demandé d'arrêter ce dispositif. Néanmoins, lorsqu'il a été interrogé par le cabinet d'étude Lyonnais, il a défendu ces maisons-relais spécifiques car pour lui ce public demande un accompagnement spécifique et qu'on ne peut mélanger tout le monde.

Intérêt de ce dispositif : Pour lui, c'est moins cher qu'une structure médico-sociale, car c'est un hébergement à moindre coût pour des personnes âgées nécessitant peu d'accompagnement et de suivi médical. C'est une structure adaptée pour les personnes vieillissantes encore mobile et autonome ayant eu des parcours de vie chaotiques.

Pour lui, l'avantage d'une maison-relais c'est que l'on peut se reconstruire et surtout il n'y a pas de délais de sortie. Les personnes ont le temps de se reconstruire et ceci laisse du temps pour trouver un logement ordinaire ou un habitat adapté aux problématiques des personnes. Il n'y a pas de contrainte d'âge et de délais de séjour.

L'autre aspect positif c'est que ce sont des petites unités de vie mêlant espace collectif et individuel.

Il est donc favorable à ce dispositif spécifique et il faut le renforcer, mais il faut que l'hôte de maison soit spécialisé et formé à ce public-là et au niveau des pathologies associées, afin d'éviter les ruptures dans les prises en charge.

### **Mixité ou spécificité ?**

Pour lui, ce public ne peut être mélangé à des personnes en errance jeunes, des personnes ayant des problèmes d'addictions ou psychiques, etc., car c'est trop complexe à gérer en terme d'accompagnement. Dès lors, il n'est pas favorable à la mixité pour ce public lors de la prise en charge en logement ou en hébergement.

Il faut savoir que sur l'ensemble des maisons-relais présentes sur le département, la plupart des personnes hébergées ont des troubles psychiques pas toujours reconnus par le secteur psychiatrique, ils ont des problèmes d'addictions forts, et il y a régulièrement des problèmes de décompensation, contrairement aux maisons-relais pour personnes âgées où l'ambiance est plus sereine et se stabilise. Les attentes ne sont pas les mêmes.

Selon lui, il est difficile de mixer des personnes vieillissantes avec d'autres publics qui ont des problématiques complexes.

Il lui paraît pertinent de développer la mixité lors d'activités partagées et donc dans le cadre d'animation collective. Néanmoins, il ne faut pas la développer dans les dispositifs, c'est trop complexe en terme de gestion, pour lui il faut prôner une stabilité, créer un endroit calme et Secure pour les personnes âgées.



L'autre problème de la mixité relève de l'accompagnement multimodal de l'ensemble de ces publics, où les besoins et les modalités ne sont pas forcément les mêmes, ce qui peut mettre les personnes en difficulté, mais aussi l'équipe socio-éducative.

Pour lui, la cohabitation dans le même lieu n'est pas toujours stratégique, la mixité est peut-être plus facile à développer dans des dispositifs en diffus mais pas dans du collectif.

### **Définitions**

SDF et sans-abris à au préalable il ne fait pas de distinction ! Mais il apporte un bémol concernant ceux qui sont nomades qui sont pour lui des SDF (squats, rue, dispositifs d'hébergement, etc.), alors que des personnes sans-abris vivent dans la rue depuis un moment et elles ont des pathologies diverses et variées et ils sont très éloignés du logement.

Il connaît peu ce public-là. Néanmoins, il a déjà interpellé par les bailleurs et les centres d'hébergements qui ont des personnes vieillissantes aux parcours chaotiques, qui ont connu la rue mais pas seulement et qui vivent dans leur logement comme s'ils étaient encore à la rue.

Ce qui pose problème dans le cadre d'un relogement possible c'est que les bailleurs sociaux ne veulent pas de ce public, d'où l'idée des maisons-relais pour venir prendre en charge ces personnes vieillissantes abimées par leur histoires de vie complexe et à qui on offre la possibilité d'avoir un logement individuel tout en ayant un espace de vie collectif.

Pour lui les personnes sans-abris vieillissantes représentent un petit nombre et elles n'ont pas connu que la rue.

Néanmoins, s'il devait définir une personne sans-abri vieillissante ce serait 60 ans, car c'est à ce moment-là où ils peuvent réellement alerter les partenaires. Qu'ils soient SDF ce n'est pas la nature de leurs parcours qui permet d'avoir des aides, mais l'âge à partir duquel ils peuvent être aidés lorsqu'ils sont âgés et c'est 60 ans et pas avant. Il n'entre en contact avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) que lorsque les personnes ont 60 ans, car avant c'est difficile d'obtenir quelque chose.

Il m'explique le cas d'une personne vieillissante qui a vécu à la rue pendant 15 ans et même s'il a un logement il y vit comme dans une tanière, où il conserve son ancien mode de vie et le temps de se familiariser avec ce nouveau chez-soi lorsque l'on a vécu longtemps à la rue est un processus long et qu'il ne faut pas brusquer. Néanmoins, ce sont des cas isolés.

Pour lui, il y a beaucoup de personnes vieillissantes qui ont des difficultés sociales importantes mais peu de SDF vieillissants qui ont besoin d'un logement ou d'une structure. Il met plus l'accent sur le lien entre « précarité et vieillesse »

### ***Est-ce que la problématique doit plus porter sur l'aspect SDF plutôt que vieillissante ou est-ce que c'est une problématique supplémentaire ?***

Pour lui, il ne faut pas rester bloqué seulement sur les personnes âgées SDF, mais porter la focale sur les personnes vieillissantes précaires en général. La DDCSPP est submergée de demandes d'aides financières, constat d'une augmentation des dossiers de surendettement et beaucoup ne se soignent plus car ils n'ont plus les moyens et ils priorisent, c'est-à-dire qu'ils préfèrent manger plutôt que d'aller se faire soigner. Ils ont des difficultés pour s'en sortir car les retraites sont trop faibles.

Il y a des SDF âgés mais c'est discret, est-ce qu'elles sont prises en charge par les dispositifs de droit commun ou est-ce qu'elles sont cachées, il se pose la question ?

Dans le monde rural, elles ne sont pas très visibles, c'est caché ! Sinon c'est la solidarité au sein des villages qui se met en marche et aide les personnes vieillissantes à la rue ou vivant dans des conditions de logements très précaires (c'est le cas d'une personne âgée vivant

dans une caravane, ou une autre vivant dans les bois...). Mais pour lui ça représente une à deux situations par an.

Pour lui, l'intervention est plus complexe pour les retraités précaires car ils ne peuvent prétendre aux aides lambdas car ils sont juste au-dessus du plafond, or, ils n'ont pas assez pour vivre dignement à d'où l'endettement car ouverture de crédits revolving par exemple.

Au final, s'il devait définir un SDF vieillissant, il reste sur le cadre institutionnel en termes de définition et de prise en charge. Ceci signifie qu'un SDF vieillissant va passer d'un secteur institutionnel à un autre sur le seul critère de l'âge. Pour lui c'est dramatique en terme de suivi mais c'est l'âge définit institutionnellement qui permet de débloquer certaines aides.

Au final, il explique qu'il faut développer non plus une approche par dispositif mais plutôt une approche populationnelle et trouver la conciliation des deux, permettant de mieux répondre aux besoins de ces populations en difficultés sociales forte.

### **Rôle de l'État, partenariats et préconisations**

Il doit renforcer et développer son contrôle sur l'accompagnement social prodigué au sein de l'ensemble des structures qu'ils financent, car il existe des lacunes fortes dans le secteur diffus où on ne sait pas toujours si la personne est bien suivie et si on répond à ses besoins. Pour lui, ce sont les structures qui doivent aller au-devant des personnes et non à elles de venir.

Il faut se poser les bonnes questions sur les dispositifs existants, faire une évaluation, un diagnostic, un bilan et ce temps peut être mobilisé lors de la réécriture du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) et du Plan Départemental d'Accueil d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI). Ceci permet de voir si nos structures répondent aux besoins des personnes, s'il faut les améliorer ou pas, de quelles manière et quels sont les manques...

D'où le besoin d'associer d'autres services ministériels pour élargir leur prise en charge, et les associations se doivent de tisser leur réseau pour pouvoir éviter les ruptures de prises en charge et savoir vers qui se tourner en cas de besoin, surtout lorsque la question de la prise en charge médicale se pose.

Le rôle de l'État est de trouver et de développer des logements adaptés, un habitat alternatif et de les adapter aux personnes vieillissantes.

Pour lui, il faut ouvrir l'existant à ce public, il faut des structures spécifiques adaptées. Il ne pas développer du collectif mais plutôt des structures disposant de logements individuels avec des temps collectifs pour rencontrer d'autres personnes et les sortir de l'isolement.

Enfin, il explique que dans le cadre du contingent préfectoral (25% des logements des bailleurs publics sont réservés au Préfet) il peut mobiliser des places au sein des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) et des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) pour des personnes reconnues prioritaires et en vulnérabilités sociales et économiques. Mais il n'a jamais eu de sollicitation, de demande et il se voit mal l'imposer aux directeurs de ces structures.

## **Annexe 10**

### **Entretien avec Christine MELINE, Cheffe du service du Samu social de Bordeaux, Association Laïque Le Prado**

Présente : Laëtitia TAMARELLE  
Vendredi 9 mai 2014, de 14H30 à 16H15

#### **Présentation et fonctionnement**

Elle est cheffe de service au Samu social depuis 2012 ; auparavant elle était infirmière au Samu social depuis 1997. Elle a connu les débuts du Samu social car il a été créé en 1996 sur Bordeaux. Elle dispose d'une formation d'IDE.

Le Samu social n'était pas ouvert la journée au départ, il était situé dans un local petit, peu équipé et peu adapté. Il y a eu des améliorations au fil du temps en termes de service rendu aux usagers.

Le Samu social est ouvert toute l'année et 24h/24 et il dispose de quelques places d'hébergements en plus des missions de maraudes et d'accompagnements sociaux et médicaux qu'il prodigue.

Fonctionnement du Samu social est atypique par rapport à la plupart des autres Samu sociaux : toute l'équipe est salariée alors que dans beaucoup de Samu sociaux il y a une forte proportion de bénévole à un médecin intervenant 3 fois par semaine, 5 IDE, un psychiatre de l'EMPP intervenant une fois par semaine, des travailleurs sociaux, une secrétaire, une cheffe de service, un directeur et un veilleur de nuit. On dénombre 23 salariés. Son champ d'action et d'intervention couvre Bordeaux et la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), soit presque 1 million d'habitants, ce qui est compliqué pour eux à gérer au quotidien car ils n'ont que 2 camions et pas assez de personnel pour faire leur tournée car il faut assurer l'accueil au public de 18 h à 20 h et effectuer la gestion de l'hébergement jusqu'à l'arrivée du veilleur de nuit à 23h30.

Contrairement aux autres Samu sociaux, celui-ci n'apporte pas d'alimentation et des kits d'hygiène, c'est seulement des temps de parole avec la présence d'une infirmière et d'un travailleur social où ils approchent les personnes à travers le corps et le rapport à celui-ci. Leur objectif est de tisser du lien et des relations de confiance avant de pouvoir engager une démarche sur le plus long terme et pouvoir réellement intervenir plus en profondeur auprès de ces personnes qui vivent souvent à la rue depuis des années et qui ont connu des histoires de vie chaotiques et beaucoup de ruptures dans leur parcours. Une fois que le lien est créé ils peuvent engager une démarche d'accompagnement à la fois médical et social. La relation sociale et sanitaire est étroitement imbriquée, et l'un ne va pas sans l'autre.

Concernant l'hébergement, le Samu dispose de 7 places où il assure la gestion des repas, de l'hygiène, les personnes ont quasiment toutes des traitements médicaux plutôt lourds. Présence conjointe d'une IDE et d'un travailleurs social le soir jusqu'à la fermeture de l'accueil (soit jusqu'à 20h) mais ce n'est pas toujours le cas d'avoir un binôme. Les personnes arrivent le soir et doivent repartir le matin, soit à 12h au plus tard. Le veilleur de nuit arrive à 23h30 sur le secteur hébergement.

Ces 7 places ne sont pas considérées comme de l'hébergement d'urgence traditionnel (même si ça en relève dans les faits) tout simplement parce qu'elles ne sont pas répertoriées au sein des places comptabilisées par le 115 ; elles sont gérées essentiellement et seulement par le Samu social.

Ces lits vont permettre à la personne éloignée de tout (SDF chronique) de pouvoir accéder à de l'hébergement d'urgence. L'équipe intervenante va travailler sur la re-sociabilisation.

Il faut savoir qu'au sein du Samu social ils ne sont pas des référents sociaux ; ils sont le point d'ancrage ou de démarrage au niveau social et sanitaire pour impulser une dynamique et commencer une intervention et ensuite accompagnent vers les travailleurs sociaux.

Les équipes « journée » et « soir » se rencontrent et font les transmissions de 17h30-18h; ensuite de 18h à 20h il y a l'accueil du public ; il faut savoir que l'accueil du soir est plus compliqué car les personnes sont plus toxiques, plus alcoolisées que le matin.

Horaires accueil : 9h-12h – 18h-20h à accueil physique du public et le reste du temps accompagnement, rendez-vous, hébergement ainsi que l'organisation des maraudes qui ont lieu l'après-midi et le soir.

Organisation et fonctionnement des maraudes : pas d'horaires précis pour les maraudes de l'après-midi tout dépend de l'activité, s'il y a beaucoup d'accompagnement, selon les déroulés des matinées, s'il y a des réunions ou des synthèses. Il y a une coupure des maraudes de 18h à 20h avec l'accueil physique du public. L'hiver, l'association bénéficie d'un renfort financier permettant d'avoir un salarié en plus pour partir plus tôt. Le soir les maraudes sont à partir de 20h00 jusqu'à 1h00. L'intérêt des maraudes est l'exploration des territoires couverts et l'intervention selon les signalements reçus. Le Samu social rencontre en moyenne 300 personnes par jour mais c'est peu par rapport aux nombres de personnes dehors et qui sont cachées. Elle me précise que 80% des personnes à la rue sont concentrées sur Bordeaux.

Elle apporte une critique au fonctionnement actuel des centres d'hébergements d'urgence, même si c'est à critique est à nuancer puisqu'elle est également dans la compréhension du fait des modalités actuelles de fonctionnement et des difficultés pour les associations à assurer une gestion impeccable des CHU faute de moyens humains et financiers. Elle explique que le problème de l'HU c'est l'accueil, les équipes prennent rarement des personnes souillées car elles n'ont pas le temps de s'en occuper et surtout parce qu'elles n'ont pas de personnel soignant.

### **Missions : intervention sociale et médicale**

L'idée développée est d'aller vers les personnes très précaires, celles qui sont cachées et qui sont chroniquement à la rue.

Le Samu assure l'accueil du public, l'orientation vers le droit commun, l'accompagnement et élément un peu nouveau au sein de l'association c'est la coordination, car ils font du lien avec les interlocuteurs annexes (médecins, AS, tuteurs, etc.) et retissent le lien avec la personne. En 2013, ils ont initiés 90 synthèses en réunissant autour d'une situation tous les interlocuteurs pour trouver une solution adaptée, se partager les tâches.

En matière de prise en charge sanitaire : au départ les soins primaires étaient effectués seulement dans le point de chute des personnes. Maintenant qu'il y a un médecin, les soins sont également effectués au sein de la structure. Les soins signifient également donner des traitements car souvent les personnes sont refusées dans les centres d'hébergements si elles ne sont pas un minimum soignées.

Elle précise que l'état de leur santé est précaire et si elles ne sont pas accompagnées elles ne vont pas aux rendez-vous fixés par exemple, car elles sont éloignées de ces préoccupations, ce n'est pas une urgence vitale et première.

Au final, c'est un public qui demande rarement des soins, mais selon le Samu social c'est souvent la porte qui ouvre la relation avec l'équipe sociale.

### **Évolution du public à la rue**

Presque les  $\frac{3}{4}$  des personnes à la rue ont des troubles psychiques ; après il faut faire attention car on psychiatrise trop le social et il faut faire le distinguo entre « troubles psychiques » et « troubles psychiatriques ». Ils ont souvent des problèmes de dépression, d'anxiété, de paranoïa, de schizophrénie, etc. ; en effet, la rue engendre des troubles du fait des conditions de vie très précaires. Il y a un réel problème sur la question somatique et on le relègue au 2<sup>nd</sup> plan derrière la psychiatrie (ex : de plus en plus de personnes diabétiques, ayant des problèmes respiratoires, des problèmes de peau, etc.).

Problématique du « saucissonnement » des dispositifs et découpage du social, du sanitaire et du médico-sociale.

### **Financeurs :**

Le principal financeur est la DDCS, mais il y a également l'intervention du CG, de l'ARS avec le personnel soignant, une petite participation de la mairie de Bordeaux et une subvention de la mairie de Pessac puisque les maraudes couvrent l'ensemble de la CUB.

### **Définitions :**

SDF chroniques : très peu de personnes ont vécu toute leur vie à la rue, c'est plutôt des parcours chaotiques remplis de ruptures ; ils connaissent la rue depuis longtemps mais ils n'ont pas connu que ça ; par contre, ceux qui viennent à l'accueil ont connu beaucoup d'aller-retour et sont à la rue depuis moins de temps.

Espérance de vie à la rue : 45-50 ans.

SDF et sans abris : pas de distinction.

Sans-abris vieillissants : le SIAO lui demande d'écrire un article sur les SDF vieillissants, est-ce une personne âgée ? Ou est-ce que c'est une personne qui est à la rue depuis longtemps ?

La plupart des gens ne parlent pas de la même chose. Est-ce une personne qui vieillit à la rue ?

Constat : de plus en plus de personnes âgées à la rue de plus de 60 ans (entre 60 ans et 70 ans) ; pour la plupart ce sont des personnes exclues pour non-paiement de loyer, insalubrité, qui ont vécu dans la précarité ; il y a quelques-uns qui sont à la rue depuis des années mais en général ils sont morts.

Reste une énigme de savoir comment on définit une personne sans-abris vieillissante ?

Pour elle, une personne à la rue depuis l'âge de 18 ans et qui a 35 ans c'est une personne vieillissante et peut intégrer la problématique au vu des pathologies associées et du vieillissement prématuré ; c'est à bien délimiter.

C'est arrivé qu'il y ait une demande de dérogation pour des personnes de 52 ans pour intégrer une structure médico-sociale, mais souvent ça n'aboutit pas.

Pour elle, les problématiques des personnes SDF chroniques c'est la même problématique que la personne vieillissante.

C'est de moins en moins à la marge les personnes sans-abris vieillissantes

Au sein du Samu social, ils hébergent 4 personnes de 60 ans ou un peu plus de 60 ans. Il y a un couple qui était à la rue depuis très longtemps, mais ils ont eu un parcours chaotique ; et pour l'autre il est à la rue depuis 1 an. Le dénominateur commun de ces situations est le problème de santé (diabète, problèmes cardiaques...).

### **Intégration d'un EHPAD et intérêt :**

Déjà arrivé d'en inscrire mais ils font ça par défaut ! Ce n'est pas l'idéal pour elle. Il faut étudier une structure spécifique pour ça. Elle voit une structure médico-sociale mais pas de type EHPA ou EHPAD, il faut une structure souple en termes de règles, de prise des repas par exemple, où un aller et retour est possible à la rue car ils ont vécu des années à la rue donc on ne peut les couper de leur ancien mode de vie.

**Structure spécifique ou mixte :**

Pour les personnes très chroniques (qui ont connu longtemps la rue) il faut plutôt une structure spécifique, même si c'est lourd à gérer pour le personnel. La mixité n'est pas forcément la réponse adaptée au vu de leurs modes de vie, de leurs parcours.

**Coordinations/Partenariats :**

Il existe un partenariat fort avec l'EHPAD de la Croix Rouge sur Bordeaux. Ils ont écrit un projet pour collaborer ensemble car la Croix Rouge prend des personnes du Samu social. La directrice de l'EHPAD prend des SDF car elle se sent en sécurité vu qu'elles ont été suivies par le Samu social. Mais beaucoup de maisons de retraite refusent ces personnes. Néanmoins, il faut savoir qu'elle ne reçoit plus l'aide sociale versée par l'État (BOP 177 sous action 11 – frais d'hébergement personnes âgées) depuis environ 3 ans – aujourd'hui l'État règle les dettes des frais qu'il n'a pas payé depuis des années.

**Freins, leviers et perspectives :**

Pour elle, il est illusoire de vouloir mettre toutes les personnes dans les hébergements (pas en état de santé par exemple) ; ce n'est pas adapté à tout le monde, surtout pour ceux qui ont été très longtemps à la rue. Tout dépend des gens. CHRS c'est mieux car il y a un accompagnement et un suivi quotidien et la MR ça fonctionne pour les personnes qui sont plutôt autonomes.

Pour elle, la problématique porte sur l'accompagnement social et médical qui n'est pas suffisant, pas assez développé.

On ne peut favoriser un parcours direct de la rue au logement voire à l'hébergement ; pour elle, ce sont des soins d'abord, de l'hygiène, pas pour l'idée du « logement d'abord ». Elle est plus favorable aux structures collectives pour les personnes très précaires car ce sont des gens isolés.

Pour elle, l'EHPAD est la solution la plus proche de ce qu'il faudrait faire avec une vie collective et un suivi, mais ce n'est pas complètement adapté. Il faudrait une structure spécifique ; ce serait plutôt avoir une structure intermédiaire qui permettrait de les préparer à ça, il manque quelque chose car souvent ils ne sont pas assez âgés pour aller en EHPAD, mais ils ont les mêmes besoins que la population présente dans les EHPAD.

Il manque une structure adaptée pour ces personnes chroniques (ayant vécu longtemps à la rue, même si elles n'ont pas connu que ça – parcours chaotique) avant qu'elles puissent intégrer une maison de retraite. Il faudrait une structure ouverte tout le temps, sans les remettre dehors le matin ou le midi, mais qui les préparent au passage progressif vers une structure spécialisée pour personne âgée ; car elles sont souvent « jeunes » (entre 50 et 65 ans) pour intégrer des maisons de retraite et ça peut créer des décalages et ça ne colle pas toujours au vu du public déjà présent dans ces structures qui est âgé. Il faut impérativement une structure mêlant intervention sociale et médicale ; comme un EHPAD mais avec des règles de vie plus souple.

Il faut plutôt créer, pour elle, une structure intermédiaire entre les structures sociales qui les accueillent et les structures médico-sociales, telles qu'on les connaît à travers les EHPAD qui ne sont pas forcément adaptées à ces personnes (plus jeunes que la moyenne d'âge d'un EHPAD et règlement trop contraignant et pas adapté à leur parcours chaotique)

*Peut-être un appel à projet en Gironde en 2015 sur les personnes vieillissantes, mais rien est officiel à ce jour ?*

## Annexe 11

### **Entretien avec Jacques HASSIN, médecin du pôle social, Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, CHAPSA et EHPAD**

Présentes : Rebecca SAY, Cécilia HOUMAIRE, Catherine QUINIO, Marielle MONTOUT, Sonia ROCHATTE

Mercredi 30/04 de 10h à 12h

A exercé 10 ans au CASH en tant qu'anesthésiste-réanimateur avant de devenir « clodologue » en remplacement de Patrick Henry. P Henry avait été le 1<sup>er</sup> à créer une consultation médicale pour les SDF. Cependant, il n'existait pas réellement de consultation générale au CHAPSA (Centre d'Hébergement des Personnes Sans Abri), le CASH ne voulait en effet pas que les SDF soient pris en charge médicalement

Formé à l'éthique médicale (DEA), docteur en sociologie, co-fondateur du Samu social avec Xavier Emmanuelli (1992), a été conseiller auprès de Dominique Versini, secrétaire d'Etat chargée de la lutte contre la précarité et l'exclusion (2002-2003).

#### **Historique**

- Maison de Nanterre fondée en 1887, inaugurée par le Président de la République (Félix Faure) et le préfet de police d'alors (Lépine), et pensée comme une maison de répression (architecture carcérale), notamment pour les vagabonds
- Se transforme ensuite en dépôt de mendicité
- Parallèlement installation d'une congrégation religieuse pour soigner les incurables : petit à petit se développe une infirmerie, qui est ensuite autorisée à soigner les populations des villes alentours dépourvues d'hôpital
- Mais statutairement reste rattachée à la préfecture de police, c'est pourquoi n'est pas concerné par la loi de 1975 séparant les activités sanitaires et sociales
  - Aujourd'hui c'est une position qui peut être considérée comme « à la pointe » pour la prise en charge de ce type de public
- 1981 : la « maison de Nanterre » est un hospice, insalubre à tel point que le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées de l'époque en demande la fermeture
  - Finalement est transformée en maison de retraite et bénéficie de l'humanisation. A ce moment-là, la moitié des pensionnaires est transférée à Villers-Cotterêts, à la campagne. Mais certains sont revenus car ils ont mal vécus cette vie « plus rurale »
- Première consultation réservée aux sans-abri créée en 1984 à Nanterre, afin de la substituer à la prise en charge par les urgences, qui sont inadaptées
- 1989 : fin de la tutelle de la préfecture, entrée dans le droit commun, même si de droit le Président du CA reste le préfet de police
- L'idée d'un SAMU social est déjà aboutie, mais les crédits précarité/pauvreté déjà fléchés. C'est le maire de Paris, Jacques Chirac, qui va porter l'initiative : le Samu social est créé en 1993
  - Logique du SAMU : c'est l'hôpital qui se déplace sur le lieu de l'urgence
  - Appliquée pour le SAMU social : idée que les personnes les plus en danger sont celles qui ne demandent plus rien, qu'il faut donc aller les chercher
- Puis Patrick Henry, qui quitte la consultation en 1992 et est remplacé par Jacques Hassin. A ce moment-là, l'activité est fortement dévalorisée
  - Pose la question des valeurs sur lesquelles s'appuyer : J.Hassin fait valoir ses « 2 % de temps militant » aux côtés de ses 98 % de temps professionnel

#### **3 approches dans le traitement des SDF constatées historiquement :**

- Approche caritative et religieuse, la prise en charge des pauvres était vue par l'Eglise comme une de ses missions spécifiques. Ces origines chrétiennes se

retrouvent encore aujourd'hui dans beaucoup d'associations, même les associations laïques comme les petits frères des pauvres ou Emmaüs Solidarité

- Approche coercitive et répressive (parallèle avec le Grand renfermement sous Louis XIV) : n'a pris fin que récemment, puisque le délit de mendicité disparaît du Code pénal en 1994 seulement. A cette époque les pauvres servaient dans les hôpitaux pour les « expériences médicales »
  - o Le Code des transports de la RATP parlait « d'indésirables » jusqu'à il y a peu. Les gens étaient raflés de Paris et enfermés au CASH jusqu'au lendemain. Cette situation entraînait des effets négatifs puisque les SDF buvaient tout le long du trajet pour supporter l'enfermement. Nombreuses crises de delirium tremens le lendemain
- Approche sanitaire et sociale qui vise à aider les pauvres mais en demandant une contrepartie (logique du « i » d'insertion dans le RMI..). C'est un problème avec les personnes prises en charge au CASH, car au moins au début « on ne peut rien leur demander ». Aujourd'hui, enjeu de la poursuite du développement de cette approche « sanitaire et sociale ». Regard vis-à-vis de cette population a changé grâce au SAMU Social, aux Restos du Cœur et mise en place de nouveaux dispositifs comme le LHSS ou les maisons-relais.

### **3 cercles de l'exclusion :**

- Les grands marginalisés (les clochards), qui sont aujourd'hui en voie de disparition
- Les personnes à problèmes : toxicomanes et addictions, pathologies psy, etc.
- Un 3<sup>e</sup> cercle dépendant des conditions économiques est plus ou moins versé dans l'exclusion (travailleurs au noir, intérimaires, travailleurs pauvres etc.)
  - Rappel que différence entre pauvreté et exclusion, cette dernière situation se définissant dans le regard de l'autre

### **3 caractéristiques chez les SDF, qui prennent de l'ampleur avec l'âge :**

#### **Signes cliniques de désocialisation autour de 3 axes**

- le rapport au corps : la santé n'est pas une préoccupation pour eux, pas une priorité
- le rapport au temps qui se caractérise par une circularité ; le seul temps est celui de la journée (le passé est douloureux donc gommé, le futur doit être comme le jour présent). Souvent le temps du SDF est le temps de la journée
- le rapport à l'alcool, « alcoolomanie » et les troubles somatiques et cognitifs (démences type Korsakoff, démence vasculaire) que l'alcool engendre

#### **Les personnes âgées à la rue**

- Dans le passé ce n'était pas un problème, puisque les personnes à la rue mourraient autour de 50 ans de maladies respiratoires ou autres non détectées
- Aujourd'hui les personnes à la rue rencontrent néanmoins le système de soins, on constate que l'état sanitaire s'est amélioré chez eux (on ne voit plus certaines plaies, certains parasites)
  - o La consommation d'alcool a diminué aussi : « seuls » 50 % des sans-abris sont alcooliques aujourd'hui contre moins de 5% dans les années 80
- D'où l'émergence d'une nouvelle population : vieille, malade, handicapée, alcoolique, avec des troubles psys, qui ne rentre dans aucune case. Les acteurs se renvoient donc le problème
  - o Importance de mettre la personne au centre et de faire en sorte que les acteurs se coordonnent en fonction (assistante sociale, médecins, IDE, travailleurs sociaux) pour les aider dans leur parcours d'errance. D'où l'importance de créer une véritable structure médico-sociale
- Avec un changement majeur que constitue l'éclatement des solidarités y compris dans des communautés qui avant s'occupaient de leurs vieux (maghrébins par exemple) : francisation des pratiques qui met à la rue plus de personnes



- Beaucoup de personnes âgées à la rue ne veulent pas être admises en EHPAD :
  - o Question des troubles du comportement. Certains troubles peuvent prendre des années à être régulés
  - o Question des moyens : on leur prend leur retraite en contrepartie de l'aide sociale (on leur laisse 90€ par mois)
  - o En plus, certaines personnes sont éligibles selon critère de l'âge mais en situation irrégulière, sans papiers et ne peuvent donc accéder à cet hébergement

### **Les projets au CASH**

- L'ARS a plaidé en faveur de la fermeture de la partie hôpital et rattachement à l'hôpital Louis Mourier et du maintien du pôle social et médico-social (l'EHPAD) il y a 2 ans, mais cela n'a pas été le scénario retenu : approche plutôt sous la forme d'un pôle médical ET social. Pour Jacques HASSIN, ce désir correspondait au maintien au sein du CASH des populations se regroupant sous les 5P (personnes alcooliques, prostituées, PA, Personnes enceintes et personnes atteintes de troubles psychiatriques)
- Perdurent aujourd'hui l'ensemble des structures :
  - o Hôpital qui accueille à 92 % des patients « de droit commun »
  - o EHPAD
  - o Structures sociales et médico-sociales :
    - CHRS et CHRS longue durée,
    - LHSS (lits halte soins santé, 50 places à 110€/jour) (séjours de moins de 3 mois) et LAM (lits d'accueil médicalisés, 190 €/jour) (séjours sans durée limite). LAM pour personnes trop malades pour être dans la rue et pas assez pour être hospitalisées
    - Halte de jour pour permettre aux personnes de rester au CASH la journée et la nuit elles dorment au CHAPSA
    - Avant même CADA et ESAT
- Sur l'EHPAD :
  - o Historiquement 80 % d'hommes, âge moyen bas, avec des quotas de dérogation en-dessous de 60 ans (aujourd'hui 10 places environ le sont)
  - o Mais constat d'une hausse de la charge en soins
  - o Logique d'ouverture à des personnes « normales » : 40 % des admissions actuellement
    - Cela se passe relativement bien, mais il faut souligner que les SDF qui sont à l'EHPAD n'y sont entrés immédiatement mais au terme d'un long parcours de prise en charge institutionnel (CHAPSA, CHRS, LHSS, etc.)
- Projet médico-social en cours au CASH sous la forme d'un établissement expérimental dans la continuité de LHSS et LAM : idée d'un « LAM expérimental »
  - o Serait financé conjointement par la DRIHL 92 et l'ARS (par le transfert des crédits SSIAD du fait de l'externalisation prochaine du CHRS vers une association)
  - o Vise à récupérer une partie des résidents du CHRS qui ne pourront être « externalisés » avec le CHRS car trop lourds à prendre en charge (démences, pathologies cancéreuses, etc.)
  - o Mais pas encore validé par les tutelles

Pour Jacques HASSIN, le CASH est la dernière structure publique de prise en charge de ce type de population. Cependant, selon lui, toutes les EHPAD pourraient accueillir les SDF malgré les problèmes que cela occasionne :

- Choc des cultures (population plus jeune, moins dépendante et plus masculine)
- Problèmes d'alcoolémie et de troubles liés à leur parcours d'errance

Les EHPAD classiques sélectionnent leur résident et n'intègrent pas cette population dans leur place disponible

Quelques phrases de Jacques Hassin :

*« Pour les pauvres, leur dernière dignité est qu'ils sont maîtres de leur destin et qu'ils ont choisi leur vie, cette pensée leur permet d'accepter leur vie » C'est ce qu'ils se disent pour tenir face à cette vie de précarité.*

*« Il existe de moins en moins de vrais clochards, la population des SDF a fortement changé. Ce sont plus aujourd'hui des toxicomanes, des marginaux, des personnes atteintes de troubles psychiatriques, des travailleurs pauvres »*

*« La précarité et la pauvreté sont deux concepts différents, l'exclusion se caractérisant par une absence de lien social »*

### **Entretien avec Constance Cardoen, directrice stagiaire à l'EHPAD du CASH et le Dr Boughida, médecin coordonnateur**

**14h-17h**

Transmission du rapport d'activité du CASH de 2012 (à récupérer) avec les profils de pathologies

Présence de 2 ETP de médecin coordonnateur et création prochaine d'un ETP de Cadre Socio-Educatif. Il s'agit d'une création de poste qui permettra de mieux prendre en compte le suivi des profils des résidents accueillis au sein de l'EHPAD et de mieux former les professionnels aux difficultés induites (problème de violence, de fugue, problématiques proches des structures d'insertion sociale)

120 salariés dont 90 personnes « soignants »

- Profils des résidents : (248 lits)

100% éligibles à l'aide sociale

Age moyen : 73 ans et une majorité de sexe masculin

En 2013 : 60% d'admission intra cash

39% extra cash (provenance CHRS ou maison relais)

Seule 1 seule personne venait du domicile

Beaucoup de personnes seules (sans liens familiaux) et ayant eu un parcours de vie « écorché » qui viennent majoritairement d'Idf.

Pathologies : liées à l'alcoolisme et au vieillissement

GMP à 754 points GMP élevé au regard de l'âge des résidents (moyenne d'âge 73 ans soit 10 ans de moins qu'un EHPAD classique) mais beaucoup plus de démence que de perte d'autonomie physique.

- L'EHPAD et accueil des « Sans-abris » ? :

Contrairement à un EHPAD classique, relative tolérance sur les allers et venues en dehors de l'EHPAD, consommation de l'alcool interdite dans l'EHPAD en dehors des repas ou autorisation à 50cl midi et soir !!!

Réel problème de recrutement, beaucoup de turn-over sur le personnel soignant : Pour les IDE : 11 postes autorisés et seuls 5 pourvus ; Pour les AS : pas de formation adaptée aux profils des résidents accueillis mais début de formation réalisée en interne pour mieux appréhender les problématiques rencontrées par les soignants.

Les autres EHPAD situés sur Nanterre ne veulent pas prendre ce « type de population »

Pour que les autres EHPAD puissent accueillir ce type de public, il faut être « outillé » afin d'assurer un bon suivi de ces personnes.

## Annexe 12

### Entretien avec Jean Claude LAURENT – Directeur général de l'Association Saint Benoit Labre et de la Maison de Veille Sociale

Présents : François GUILLAMO, Chloé RAMIREZ et Sophie LEMBO

Durée : de 14h30 à 17h30

La rencontre a débuté par une rapide visite du CHRS conduite par son directeur : espaces collectifs intérieurs et extérieurs, visite d'une chambre individuelle (en lits halte soins santé) et d'une chambre double.

#### 1. Présentation de l'interlocuteur

Jean Claude Laurent est le directeur général de l'Association Saint Benoit Labre qui intervient auprès de personnes et familles en difficultés sociales et professionnelles. Elle gère des services d'urgence sociale et d'insertion.

L'association existe depuis 1953 : JC. Laurent y est entré comme secrétaire comptable et a grimpé les échelons jusqu'à être promu Directeur général en raison de son ancienneté.

Plus de 1000 personnes sont accueillies quotidiennement par les services et établissements que gère l'association. Elle emploie plus de 120 salariés dans ses différents services, et participe à la Maison de la Veille sociale (SIAO urgence et insertion, 115, Samu social), dont JC Laurent est aussi le directeur.

#### 2. Présentation de la structure

L'action de l'association s'organise autour de 5 grands pôles :

2. *L'hébergement* : **CHRS de Vertou** (56 places mixtes, hommes femmes couples sans enfant) ; **CHRS Tannerie** (42 places mixtes, hommes femmes couples sans enfant), à celui-ci sont juxtaposés **15 appartements AVDL** (Accompagnement vers et dans le logement) spécialement dédiés aux publics seniors et qui bénéficient des espaces collectifs du CHRS tout en vivant dans un logement autonome.  
**Maisons-relais pour personnes âgées d'habitat diffus** accueillant uniquement des personnes sans-abri vieillissantes.
3. *L'insertion* : Ateliers CHRS d'adaptation à la vie active, chantiers d'insertion, action de dynamisation...
4. *La santé* : Service santé, les 2 CHRS comptent 3 médecins dans leurs personnels salariés (2 à 3h par semaine chacun. Lits Halte Soins Santé (15 lits répartis sur les deux CHRS).
5. *Le logement* : Logements ASUR, ATLAS, Les Alizés, ATOLLS...
6. *L'accueil des étrangers et minorités fragiles* : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile, programme conventionné pour ménages roms, permanence sociale pour familles étrangères en précarité, logement et accompagnement de mineurs isolés étrangers...

Pour notre thématique, seules deux de ces structures nous intéressent particulièrement :

Les maisons-relais en diffus spécialisées dans l'accueil des personnes sans-abri vieillissantes et l'AVDL spécialisé dans le public seniors.

Budget de l'association : 15 millions d'euros, financement public et participation des usagers à hauteur de 15%. Etat DDCS via BOP 177 pour les CHRS, les MR (uniquement le fonctionnement, soit 1 poste d'hôte de maison pour l'accompagnement

(16€/jour/personne) et sinon PLA Intégration pour le bâti (DREAL)). Pour la demande d'asile BOP 303. ARS pour les Lits halte soins santé. Le CG pour l'accueil des familles étrangères en précarité (entrée protection de l'enfance). Des financements européens et les communes (directement ou indirectement, ex : mise à disposition de locaux).

Sur le territoire de Nantes métropole : deux associations (Association Saint Benoit comprise) à faire de l'accueil de personnes sans-abri vieillissantes => la seconde = Habitat humanisme. Pas les mêmes pratiques (exemple : MR où le mobilier de base n'est pas fourni).

### **3. Publics accueillis**

Les SDF sont des personnes qui vivent depuis plus d'un an à la rue, qui ont un parcours chaotique fait d'une multitude de prises en charges avec des ruptures, des retours dans la rue et qui n'ont globalement pas vécu plus d'un an dans un logement.

Les intervenants de l'association ont insisté sur le fait que tout le monde ne pouvait pas devenir SDF. Il y a quasiment tout le temps des prédispositions (enfants de l'ASE + troubles psy...).

Certaines personnes ont des phases de leur vie où, suite à un licenciement, un divorce..., des périodes d'extrême précarité peuvent s'établir, mais la personne ne passera pas forcément plus d'un an à la rue. Les services sociaux fonctionnent plutôt bien et cette population n'a rien à voir avec les SDF de longue date.

Les personnes rentrent au CHRS de l'association Saint Benoit de Labre via le SIAO urgences (115) ou via le SIAO insertion (dossier travailleurs sociaux avec projet) ou encore sur des LHSS (via le médecin).

Beaucoup de ces personnes sont en situation de handicap (souvent en lien avec leur mode de vie). Selon M. Laurent, ces personnes devraient relever du champ du handicap mais personne ne veut les prendre dans les établissements spécialisés à cause des problèmes de comportement. Les institutions dédiées au handicap et celles dédiées à l'exclusion ne communiquent pas. Finalement, ces personnes n'ont pas été intégrées au champ du handicap, la loi n'a jamais été suffisamment loin pour ces personnes. Comparaison des maisons-relais aux foyers de vie pour personnes handicapées avec pour différence que les personnes SDF n'ont pas bénéficié d'un suivi de longue date.

Constat : pas nécessairement beaucoup plus de sans-abris vieillissants que par le passé.

Par contre, de plus en plus d'étrangers et donc d'étrangers vieillissants : pays de l'Est + travail avec les CADA... mais les étrangers sont des publics beaucoup plus classiques que les SDF de longue date.

Beaucoup de SDF ont un profil médical et psychologique lourd : addictions multiples, démences (liées ou non à la prise d'alcool) avec des problèmes pulmonaires, hépatiques, parfois cardiaques. Les médecins et infirmières viennent de temps en temps mais il est très difficile d'organiser une prise en charge digne de ce nom pour une personne qui vit au jour le jour. Beaucoup de ruptures dans la prise en charge psychiatrique et somatique : les équipes mobiles marchent bien mais sont insuffisantes. Le suivi est donc très compliqué, notamment en psychiatrie où il faut une adhésion de la personne. Il faut attendre que les gens aient envie car le monde dans lequel ils vivent est souvent plus confortable que le nôtre. On pense qu'ils n'ont pas de lien social mais en réalité ils en ont beaucoup.

Beaucoup de personnes viennent avec des chiens. Il existe à cet égard des chambres où les chiens peuvent venir avec un enclos donnant sur l'extérieur. Le CHRS dispose également d'un chenil.

Les sans-abri vieillissants nécessitent une prise en charge spécifique. L'entrée en EHPAD classique est possible mais nécessite de s'adapter à ce type de public. Les sans-abri vieillissants ont un passé dans la rue qui rend difficile toute inclusion dans des dispositifs

de droit commun type EHPAD. Quand ils arrivent, ils sont estampillés SDF. Toute structure demande la garantie que le CHRS reprenne la personne en cas de problème.

Le plus souvent les maisons-relais permettent de répondre aux besoins. Afin d'assurer la prise en charge sanitaire des SDF vieillissants, les équipes mobiles (SSIAD, HAD) viennent dans la maison relais. Les SDF sont envoyés à l'hôpital quand affection particulièrement grave + fin de vie.

On observe un également un phénomène de refus de soins très présent chez les personnes sans-abris vieillissantes.

Le principal frein à l'hébergement des personnes sans-abris vieillissantes, c'est la personne elle-même. Il n'y a pas de problème de logement, mais de mentalité façonnée par la rue.

#### **4. Coordination et partenariats**

Coopération avec la psychiatrie : petites conventions avec la psychiatrie mais moins que par le passé. Désormais, si on veut faire entrer une personne en psychiatrie, il faut passer par les urgences sauf si la personne a un suivi de secteur. Or, les personnes SDF perdent régulièrement leur suivi, il est difficile d'obtenir l'adhésion de ces personnes qui vivent souvent au jour le jour.

Une équipe mobile vient de temps en temps.

Travaille également avec les CMP.

Addictologie : cela suppose le volontariat.

Travail avec l'association Les Petits Frères des pauvres pour l'hébergement d'urgence des personnes âgées pendant l'hiver (dans le cadre du plan hivernal).

Partenariat avec les EHPAD de droit commun.

Mission Interface mise en place par la Maison de la Veille sociale de Nantes afin de faire l'interface entre les EHPAD et l'association, pour créer du lien entre les établissements mais chaque secteur reste cloisonné. Suivi pendant un certain temps des SDF accueillis en EHPAD avec soutien apporté aux équipes de la maison de retraite.

#### **5. Prise en charge: freins, leviers et préconisations**

Difficultés de la prise en charge des personnes âgées sans abri :

Pathologies souvent lourdes liées à une grande négligence de leurs corps, à leurs problèmes d'addictions notamment à l'alcool, à des problèmes psychologiques, psychiatriques. Ils sont par ailleurs souvent accompagnés de leurs animaux de compagnie, ce qui complique voire même empêche leur accueil dans certaines structures.

Le public SDF a souvent pour caractéristique de vivre au jour le jour. Il existe un important décalage entre notre monde et le leur, entre ce qu'ils veulent vivre et ce que nous avons envie de vivre. Donner un appartement à ces personnes n'est donc pas forcément la solution correspondant à leurs besoins.

Les structures qui apparaissent les plus adaptées :

Depuis 2000, travail réalisé avec la municipalité de Nantes et plusieurs associations. Ce travail a débouché sur le projet des maisons-relais. Dans ce même temps, réflexion menée sur les personnes marginales qui avaient des difficultés à trouver un logement car elles n'étaient pas vraiment autonomes, cela a conduit à la création d'appartements seniors où les personnes sont chez elles : 15 appartements aux alentours du CHRS et qui bénéficient de tous les services du CHRS et plus généralement de l'association. Cela pour éviter la rechute car, même si on est actuellement sur une politique du logement d'abord, des personnes éprouvent des difficultés à rester seules dans un appartement et ont besoin d'avoir un contact avec le collectif. Il y a dix ans, il y avait un gros collectif où l'individu était peu respecté. Aujourd'hui, quasiment toutes les chambres sont individuelles et on s'efforce de remettre des temps collectifs pour éviter que les gens s'enferment dans leurs

chambres et se replient sur eux-mêmes (éviter notamment le risque d'alcoolisation massive). Nécessité de recréer les rythmes de vie.

Ces appartements seniors constituent un outil parallèle aux maisons-relais, ce sont des appartements avec des lieux de vie éclatés satellisés autour du CHRS et visant un public plutôt urbain en raison de sa localisation en centre-ville. Ces appartements sont moins stigmatisants car les personnes vivent alors mélangées parmi les citoyens lambda.

Mise en place de maisons-relais pour SDF vieillissants qui ne peuvent pas accéder au droit commun, qui sont non ré-insérables. D'après M. Laurent, la maison-relais doit se spécialiser dans un public par ex. des SDF âgés car il est difficile de mélanger ces personnes avec les plus jeunes.

Limites des maisons-relais = la difficulté à gérer un groupe si beaucoup de personnes présentent les mêmes caractéristiques (ex. : alcoolisme). La configuration des lieux, l'architecture est alors importante. Il serait intéressant d'intégrer ces maisons-relais dans un quartier afin de favoriser les échanges, d'impulser une dynamique sociale.

Les maisons-relais portent mal leur nom car il y a très peu de mouvement, de rotation en maison-relais. Il est difficile d'y avoir une place, il faut parfois attendre plusieurs années (phénomène d'embouteillage). Dans ces maisons-relais, il y a à chaque fois une salle commune, un point de rencontre. Les maisons-relais recouvrent des réalités très diverses, l'accompagnement proposé n'est pas le même partout. Il n'y a pas d'unicité des pratiques. Pour les SDF vieillissants, l'accompagnement de proximité est indispensable. La maison-relais est un outil intéressant car souple, adaptable à un public en particulier.

Les cas les plus compliqués n'arrivent pas à intégrer les maisons-relais. Une sélection avant l'entrée est d'abord réalisée par le SIAO. Ensuite, les associations font des choix d'accueil qui les sécurisent (sélection souvent extrême).

**Il est nécessaire d'avoir un panel d'outils qui permettent de répondre aux situations des personnes aux stades où elles en sont.** Ces outils doivent donc être adaptables en fonction du public. Il ne doit pas y avoir une seule méthode pour héberger. Il est nécessaire d'harmoniser les solutions sans pour autant les uniformiser.

Quand la perte d'autonomie reste légère, les personnes peuvent se maintenir en maisons-relais ou dans les appartements seniors. L'APA est alors sollicitée. Il est possible de médicaliser la maison-relais comme un particulier pourrait le faire chez lui (enveloppe soins de la SS et APA du CG). Dès que la perte d'autonomie devient trop importante, l'orientation vers les EHPAD est alors envisagée.

Rares sont les personnes SDF qui entrent en EHPAD de droit commun. Il serait intéressant de développer davantage le partenariat avec l'EHPAD, c'est-à-dire une aide aux professionnels des maisons de retraites qui acceptent d'accueillir un ancien SDF, à l'image de ce qui est proposé par la mission Interface mise en place par la Maison de la Veille sociale de Nantes. Beaucoup d'EHPAD demandent par ailleurs une garantie de reprise par l'association si l'expérience se passe mal ou une intervention régulière et prolongée en EHPAD ce qui est difficilement supportable par l'association qui n'a pas forcément le budget pour intervenir dans la durée. Difficulté à mettre des personnes SDF dans un EHPAD de droit commun en raison du comportement, du mode de vie, de l'alcoolisme, du jeune âge, du sexe essentiellement masculin des SDF, des aller-retour EHPAD/rue, des animaux...

Pb pour la création d'un EHPAD spécialisé = Pb de financement. Il est difficile d'obtenir l'accord du Conseil Général. Une démarche a été faite en ce sens par l'association mais elle a été refusée. L'Etat et le CG se renvoient la balle. L'Etat dit que ce sont des personnes âgées donc que cela relève de la compétence du CG. Le CG dit que la caractéristique principale de ces personnes est qu'elles sont SDF et donc que l'Etat est compétent. A l'heure actuelle, il n'existe pas de gros financement prévu à destination de ces personnes.

## Annexe 13

### Entretien avec Bruno MOREL, Directeur Général, Emmaüs Solidarité

Vendredi 02 mai de 14h00 à 15h30

Présents : Marin CHAPELLE, Rebecca SAY

*Quelques phrases de Bruno Morel : « Il n'existe pas aujourd'hui de structures d'accueil des PA vieillissantes sans abris » ; « Il ne faut pas stigmatiser ses personnes en créant des structures sensées être adaptées à leur profil »*

#### **Présentation de l'association Emmaüs Solidarité**

Emmaüs Solidarité représente : 446 salariés, 428 bénévoles, 474 adhérents

Il a été créé en 1954. Ses missions sont accueillir et accompagner les personnes sans abri ou en situation de grande précarité. L'association dispose de structures principalement en Ile de France et 2 dans la région de Blois et 1 à Rouen.

Différentes structures sont gérés par cette association dont :

- 7 centres d'urgence et de stabilisation (482 places)
- 15 CHRS (618 places)
- 17 pensions de familles ou résidences sociales (385 places)
- 3 hôtels sociaux (128 places)
- 6 logements d'insertion (111 places)

En plus, existence de 11 centres d'accueil de jour et 4 maraudes quotidiennes.

#### **Constat de la population accueillie**

Aggravation de la situation, présence de problématiques de santé plus prégnantes notamment les maladies mentales et retour de certaines maladies (ex tuberculose). Le public vieillissant hospitalisé qui se retrouve ensuite dans la rue est de plus en plus important.

Autre grande problématique les sans papiers qui ne peuvent bénéficier d'un accès au logement (ni EHPAD ni pension de famille)

Existence d'une grande difficulté d'accès aux soins, ses personnes ont en général des problèmes de santé tels que le diabète, le cancer, des addictions (souvent alcooliques) et des souffrances mentales (en forte augmentation)

Les SDF existence de deux panels : les très jeunes paumés, les vieux avec un parcours de la rue assez long qui a entre 50 et 60 ans. De plus en plus d'hommes se retrouvent dans la rue après une rupture sentimentale en général des gens d'un certain âge. Pour les femmes la prise en charge est plus facile car la société est plus protectrice vis-à-vis de cette population

#### **Etablissement géré par l'association pouvant accueillir ces personnes :**

La pension de famille ou la maison-relais, pour B MOREL, il s'agit de la structure idéale permettant l'accès au logement tout en étant chez soi.

Cet établissement permet de répondre à la problématique de ses SDF vieillissants encore jeunes (moyenne d'âge 50 -59 ans) et d'éviter le choc générationnel et culturel s'ils sont placés en EHPAD à la frontière des 60 ans.

Cependant, aujourd'hui l'association face au vieillissement de cette population accueillie au sein de ces structures réfléchi à la question de l'accès aux soins et au portage de repas.

En effet au sein de chaque pension de famille, souvent 2 personnes de l'association gèrent ses pensions. Il s'agit souvent de travailleurs sociaux, hors ces personnes doivent gérer avec le vieillissement la délivrance des médicaments, le portage des repas, ce qui ne correspond pas à leur qualification initiale.

Un groupe de réflexion a donc été initié il y a deux mois pour réfléchir à cette problématique et voir notamment quelles coopérations pourraient être mises en place avec les services de soins à domicile (SSIAD, SAVS). Les pensions de famille (20 environ et projet d'ouverture de 5 nouvelles) sont assez récentes et aux normes pour accueillir les personnes à mobilité réduite.

Ces pensions de famille rencontrent actuellement les difficultés suivantes :

- Comment mesurer la dépendance des résidents
- Comment gérer les soins
- Comment mettre en place des conventions avec les structures sanitaires ou médico-sociales et notamment l'aide à domicile

Pour B MOREL, l'EHPAD n'apparaît pas être la structure idéale pour ce type de public et il n'est pas favorable à l'obligation de quotas de personnes âgées sans abris au sein des EHPAD classiques par contre il est plus favorable à l'intégration au sein d'un EHPAD plutôt qu'une structure d'accueil spécialisée dans la prise en charge des SDF type CASH de Nanterre.

Emmaüs solidarité s'inscrit plus dans le développement de partenariat pour permettre à ce public d'avoir accès aux dispositifs existants et notamment les pensions de famille.

Il y a eu une tentative de création d'un CHRS pour les personnes en grande problématique de santé, mais la structure était ingérable.

Partenariats actuels avec : les CLIC, la DHRIL, l'ARS, le CASVP, les établissements sanitaires

Emmaüs solidarité fait le constat qu'il existe peu de communication entre les structures institutionnelles et notamment entre le volet hébergement et le volet santé

### **Financement de ces structures :**

Très peu de financement public. Forte diminution du financement pour les CHRS. La convention globale signée avec l'ARS permet de financer des petits projets spécifiques.

Idéalement, dans les pensions de famille, l'association aimerait pouvoir embaucher un AMP et mutualisé un temps psychologue et IDE.

De plus les pensions de famille ont l'avantage d'être socialement plus en adéquation avec le profil de ces populations et financièrement moins coûteuses que des places en EHPAD

Pour permettre à ce public de s'adapter à cette nouvelle vie au sein des pensions de famille, il faut une phase transitoire de stabilisation soit au sein d'un centre d'accueil, d'un centre d'urgence ou de stabilisation. Cette phase transitoire a pour objectif de mettre en place un suivi de ces personnes par les bénévoles et travailleurs sociaux de l'association.

Emmaüs solidarité a tenté pour les personnes les plus vulnérables sanitaire de mettre en place une phase de stabilisation au sein d'un CHRS plus adapté pour la prise en charge sanitaire mais le résultat n'apparaît pas concluant.

Question autour de la réponse associative plus dynamique sur les réponses aux appels à projet :

Double raison : liberté associative et liberté financière. Pour l'association Emmaüs, 80% de financement public pour les 20% restant autour de 2% sur les Fonds Propres de l'association qui servent à répondre à des appels à projet.

En conclusion pour ce type de personnes la pension de famille reste l'accueil adapté mais qui doit être adapté au vieillissement de cette population. Cette adaptation doit passer par la mise en place de partenariat autour de la prise en charge des soins et de l'aide à domicile.



## Annexe 14

### **Entretien avec Armelle De Guibert, Directrice de Fraternité Ile de France, Association Petits Frères des Pauvres**

Vendredi 02 mai 2014 de 10h à 12h

Présents : Rebecca SAY et Marin CHAPELLE

#### **Présentation de l'association**

La Fraternité est une subdivision régionale de l'association Petits Frères des Pauvres.

Sa mission principale est l'accompagnement des personnes âgées, qu'elles soient pauvres ou non.

Ils disposent de deux centres thématiques, Saint-Maur pour les personnes sans abris et un autre pour les personnes en fin de vie.

La fraternité compte 17 salariés et 80 bénévoles.

#### **Structures d'accueil**

L'association reçoit 220 demandes par an de SDF qui correspondent aux critères, à savoir avoir plus de 50 ans et être isolé, pour seulement 40 places.

L'association gère 3 principaux types de structure :

- **Les petites unités de vie** (au nombre de 3, 2 à Paris et 1 à Nantes soit 36 places)

Elles sont à destination de personnes en perte d'autonomie, les PUV proposent le confort d'un logement autonome et la sécurité d'une présence de proximité. Un accompagnement selon les besoins de la personne permet de faciliter son maintien dans le logement tant qu'elle le désire

- **Les logements adaptés ou pensions de familles** (au nombre de 7, 4 à Paris, 1 dans le Var, 1 à Marseille et 1 en Rhône Alpes soit 130 places)

L'association met en place des unités de logements groupés (pensions de famille, résidence sociale) permettant à des personnes en difficulté sociale de pouvoir accéder à un logement autonome tout en évitant de se retrouver en situation d'isolement

- **L'hébergement transitoire** (A paris et Nantes soit 42 places)

Pour des personnes sans domicile, ces structures d'hébergement permettent de se stabiliser et de réapprendre à investir un logement

La demande est constante en dépit de la mise en place des SIAO qui fonctionnent bien.

L'association a créé la première pension de famille avant même que l'appellation apparaisse. Tellement innovant qu'elle n'était financée que par des fonds propres. Ces structures comprennent toujours deux salariés dont un au moins de formation travailleur social.

Ces pensions de famille sont maintenant financés par l'Etat ("Loi Apparu"), le prix de journée qui est de 16€ ne permet pas d'avoir le suivi suffisant (accompagnement des personnes accueillies). Il est dès lors nécessaire de sélectionner les résidents accueillis et ne pas prendre ceux trop dépendants. La pension de famille peut être un logement adapté pour quelqu'un de 65 ans qui n'a pas besoin d'être en EHPAD ni en foyer logement, valable pour les gens pas trop dépendant.

L'association veut créer des alternatives entre le domicile et l'EHPAD. Les foyers logements ne sont pas adaptés. Les dispositifs doivent s'adapter aux personnes. Il n'y a pas de solution toute faite. Mme DE GUIBERT est plus favorable au cousu main plutôt qu'à une seule solution pour tous.

Parfois l'association crée des structures sur fonds propres, sans autorisation et donc sans financement public. Disposant de fonds propres importants, l'association peut se le permettre. Mais il y a un risque de structures non financées.

En région parisienne, la DASES, la ville de Paris et l'ARS sont assez ouverts, donc ils acceptent parfois de sortir des cadres pour trouver des financements ad hoc. Exemple projet d'ouverture d'un CHRS accolé à un EHPAD. Aujourd'hui toutes les structures présentes à Paris sont financées par l'Etat.

En Loire-Atlantique, les structures sont financées par l'association. Au sein des PUV le CG n'accepte pas que les soins soient externalisés. Ils voudraient que les résidents soient hébergés dans une structure médico-sociale (donc financement par l'association et partenariat avec SAVS et SAMSAH).

### **Les partenariats instaurés**

L'association met en place différents partenariats actuellement pour l'accueil de cette population :

**Avec le CASVP** et notamment l'EHPAD de Belleville qui accueille quelques résidents. L'association intervient auprès des directeurs des EHPAD du CASVP pour les sensibiliser à la problématique mais actuellement seul l'EHPAD de Belleville a accueilli des SDF.

**Avec le CASVP partenariat aussi pour accueillir les SDF au sein des résidences appartement** que possède la Ville de Paris. Cela fonctionne parce que le CASVP sait que l'association va intervenir et qu'il y aura un suivi social dans la durée conduit par l'association.

De plus quand le résident doit bénéficier d'une hospitalisation à domicile, l'association s'arrange pour qu'un bénévole soit présent.

**Avec les services du CG** pour l'intervention des SSIAD afin que les résidents accueillis au sein des pensions de famille ou des PUV puissent bénéficier de soins médicaux ou paramédicaux.

### **Avec le CASH de Nanterre**

**Avec d'autres associations** et notamment **l'association Monsieur VINCENT** qui possède un parc d'EHPAD. L'association accepte d'accueillir des SDF. Les Petits Frères des Pauvres (PFP) viennent en soutien pour former les équipes à la prise en charge de cette population.

Pour faire suite à ce partenariat, 10 places au sein du futur EHPAD qui sera construit dans le 6<sup>ème</sup> arrondissement seront réservées pour l'accueil de SDF.

Les PFP s'est engagé à former les personnels et à intervenir par l'intermédiaire de ses bénévoles au sein de la future structure pour faciliter l'intégration de ses personnes.

L'association a également un partenariat avec **l'association St Benoît** à Nantes et soutien et forme les équipes qui prennent en charge cette population (structure dédiée pour l'accueil de SDF).

### **Propositions évoquées**

Il n'y a pas une solution, mais des solutions qui nécessitent de sortir des cadres.

Elle plaide pour :

- de petites structures de 20/24 places (notamment PUV).
- des quotas dans les EHPAD.,
- des CHRS et des EHPAD proches pour faire le lien entre les professionnels

L'hébergement temporaire ne doit pas forcément être accolé à un EHPAD. Cependant, l'idée de coller à des CHRS des structures pour personnes âgées vieillissantes un peu plus médicalisées type EHPAD ou autres permettrait de mutualiser les pratiques entre les professionnels soignants et les travailleurs sociaux. Mais pour l'instant l'association ne sait pas dans quel cadre rentrer.

- Des formations des équipes par exemple par les PFP pour l'accueil de ces publics
- L'instauration de partenariats pour permettre une continuité de la prise en charge et notamment au sein des PUV ou des PF pour assurer la prise en charge des soins.

Les petites unités de vie ont été créées pour les personnes âgées vieillissant à domicile et qui ne voulaient pas aller en EHPAD. Ces structures apportent autonomie et accompagnement médical. Les soins ne sont pas internalisés volontairement. Les personnes sont locataires et il est rare qu'elles sortent pour aller dans un EHPAD, elles meurent dans ces structures. De fait, l'association expérimente l'introduction de SDF dans ces PUV. Il y a un faible taux d'encadrement dans ces PUV et pourtant arrive à y insérer des SDF, les EHPAD devraient donc pouvoir le faire compte tenu de leur personnel.

### **Les personnes accueillies :**

De plus en plus de demandes venant de gens qui sont en fait logés par un tiers mais qui doivent changer parce que c'est pesant pour le tiers. Il y a quand même des gens qui n'ont jamais travaillé de leur vie ou alors qui n'ont jamais déclaré avoir travaillé.

Il y a également beaucoup de pathologies psychiatriques.

Le gros du public est représenté par un homme, qui a eu un travail peu qualifié qu'il a perdu, en lien avec son divorce, un alcoolisme, qui a éventuellement battu sa femme et qui par conséquent se retrouve en rupture familiale.

Il y a aussi des personnes de la génération 68 qui ont fait le choix d'un mode de vie marginal, routard. Autour de 57/58 ans, ils rencontrent des problèmes de santé et se rendent compte qu'ils n'ont rien.

Il y a également une nouvelle forme de pauvreté, des femmes qui se retrouvent à la rue à la suite de séparation et qui n'avaient jamais travaillé de leur vie.

L'association a fait le choix de ne pas prendre de personnes dont la situation administrative ne permet pas de revenus, donc elle ne prend pas en charge les personnes sans-papiers.

L'association prend en priorité les femmes, puis l'absence réelle de logement, si la personne est hébergée chez un tiers, elle n'est pas prioritaire, ensuite s'intéresse au niveau de revenu.

L'association est de plus en plus contactée par des personnes qui ont des retraites de 1200/1300€.

## Quel hébergement pour les personnes sans-abris vieillissantes ?

CHAPELLE Marin (EDH) ; GOAILLARD Marie (AAH) ; GUILLAMO François (EDH) ; HOUMAIRE Cecilia (IES) ; LEMBO Sophie (IASS) ; MONTOUT Marielle (AAH) ; RAMIREZ Chloé (D3S) ; REY QUINIO Catherine (MISP) ; ROCHATTE Sonia (D3S) ; RONGICONI Jean-Pierre (DS) ; SAY Rebecca (D3S) ; TAMARELLE Laetitia (IASS)

**Résumé :** Les progrès de la médecine ainsi que le développement de l'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale ont permis d'accroître l'espérance de vie des sans-abris. Cet état de fait a cependant en contrepartie fait émerger une nouvelle problématique : celle de l'hébergement des personnes sans-abris vieillissantes.

Les personnes sans-abris dépassant l'âge de 60 ans sont de plus en plus nombreuses et nécessitent une prise en charge différente de celle qu'ils ont pu connaître dans les différents services d'hébergement d'urgence et de réinsertion. Ces personnes ont parfois un lourd passé dans la rue et présentent souvent des pathologies multiples et complexes. Elles devraient cependant pouvoir accéder à une prise en charge de droit commun. Cependant, leur mode de vie, fortement marqué par des années passées dans la rue, est souvent incompatible avec la vie normée et cadrée d'un EHPAD. De plus, beaucoup d'EHPAD craignent d'accueillir au sein de leur établissement des SDF qui seraient difficilement contrôlables et dont l'intégration dans l'établissement pourrait être problématique.

Face à cette situation, différentes initiatives, le plus souvent portées par des associations, ont vu le jour. Du CASH de Nanterre à la Maison de vieilles sociales de Nantes, en passant par la maison relais Saint-Jean de Dieu à Marseille ou le CHRS Les Tertres Noirs de Vitry, des solutions locales très diverses ont été trouvées pour répondre à ce nouvel enjeu.

La prise en charge adéquate de ce public spécifique nécessite de s'adapter à toutes les situations et aux parcours de vie de toutes les personnes sans-abris. La coexistence de différents mécanismes permettant l'hébergement, en LHSS, en EHPAD ou en maison relais est un atout car la polyvalence des structures proposées permet de tenir compte du parcours de la personne et de lui proposer une solution adaptée à ses besoins.

Cependant, la prise en charge des sans-abris vieillissants est encore loin d'être optimale. De nouvelles structures devront être créées afin de répondre à un problème qui risque de concerner de plus en plus de personnes dans les années à venir. De surcroît, la formation des professionnels travaillant dans les EHPAD ou dans les maisons relais est encore un point à améliorer. Enfin, le décroisement entre le secteur des personnes handicapées, le secteur des personnes âgées, ainsi que le secteur des personnes en situation d'exclusion est nécessaire. Il permettra à terme d'assurer un accompagnement cohérent et de qualité pour les personnes sans-abris confrontées au vieillissement, quelque soit leurs spécificités.

**Mots clés :** Hébergement, sans-abris, vieillissantes, personnes âgées

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*