



Inspecteur de l'Action Sanitaire et sociale

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **mars 2015**

**Trop vieux pour la rue, trop jeunes
pour la maison de retraite :
l'accompagnement
des Personnes Sans Domicile Fixe
vieillissantes
dans le département de la Sarthe**

Hélène DESCOURTIEUX

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans le concours de toutes les personnes qui ont accepté de me consacrer du temps, en répondant à mes questions. Je les en remercie. Echanges réguliers ou rencontre d'un jour, les contributions de chacun ont été précieuses pour nourrir ma réflexion.

Je souhaite particulièrement remercier :

- toute l'équipe de la Direction Départementale de la Cohésion sociale de la Sarthe, et particulièrement M. Olivier LEHMANN, mon maître de stage, et Mme Anne COIGNARD, conseillère technique en travail sociale, pour les échanges que nous avons eus.
- l'équipe de l'accueil Cénomane pour sa contribution à l'enquête.
- l'équipe de la Résidence sociale Nelson Mandela, et son directeur, M. Jean-Jacques Jeulin pour leur accueil chaleureux lors de mon stage.
- Mme Sophie ROUAY-LAMBERT qui m'a autorisé à reprendre ses termes pour le titre de ce mémoire.
- Véronique, pour sa relecture attentive et bienveillante.

Sommaire

Introduction	1
1 ^{ère} PARTIE. DEFINITION. CONTEXTE GENERAL ET LEGISLATIF	3
1. LE CONTEXTE GENERAL FRANÇAIS : PAUPERISATION ET PRECARISATION	3
2. DEFINITION DU PUBLIC CONCERNE PAR L'ETUDE.....	4
3. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	7
3.1 Le cadre national : « Aller vers » et transversalité	7
3.2 La déclinaison locale : enjeux et principaux acteurs	11
4. LE CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE EN SARTHE.....	14
4.1 Une évolution sarthoise conforme à la tendance nationale.....	14
4.2 Quelques éléments sur les SDF	15
2 ^{ème} PARTIE. IDENTIFICATION DES BESOINS ET DIAGNOSTIC DE L'OFFRE TERRITORIALE	17
1. METHODOLOGIE ADOPTEE	17
1.1 Des enquêtes pour identifier les besoins du public.....	17
1.2 Des entretiens pour mieux connaître l'offre	19
2. CARACTERISATION DES BESOINS DU PUBLIC	20
2.1 Le nombre de personnes vieillissantes dans les dispositifs	20
2.2 Les besoins fondamentaux : pallier la perte d'autonomie	22
2.3 Les besoins de sécurité : logement et santé.....	22
2.4 Les besoins sociaux et ceux liés à l'estime de soi	25
3. L'OFFRE DEPARTEMENTALE : ATOUTS ET LIMITES	27
3.1 L'urgence et la veille sociale.....	27
3.2 Les solutions d'hébergement temporaires	27
3.3 Les solutions sans limitation de durée.....	30
3.4 Les services intervenants à domicile	34
3.5 Les dispositifs de coordination de parcours.....	37
4. PRESENTATION DE QUELQUES DISPOSITIFS SPECIFIQUES	40
4.1 Des EHPAD pour SDF	40
4.2 La Mission "Interface" de la Maison de la veille sociale de Nantes	42

3 ^{ème} PARTIE. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES SDF VIEILLISSANTS.....	45
1. UN ACCOMPAGNEMENT COORDONNE ET ETAYE	45
1.1 Un référent au sein du SIAO.....	45
1.2 La mise en place d'un pôle ressources	46
1.3 La place des bénévoles	47
2. L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE LOGEMENT/HEBERGEMENT	47
2.1 Des petites unités en partenariat avec une structure médicalisée.....	48
2.2 Le rôle des EHPAD et des familles d'accueil	49
2.3 L'adaptation des maisons-relais.....	50
3. ANTICIPATION ET PREVENTION.....	51
3.1 Améliorer les dispositifs d'observation	51
3.2 Suivre et décliner les réflexions portées au niveau national	51
4. MISE EN ŒUVRE	52
 Conclusion.....	 55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte handicapé
ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
BOP	Budget Opérationnel de Programme
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAPEX	Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDPA	Centre d'Information Départemental Pour l'Autonomie
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNLE	Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
DALO	Droit au Logement Opposable
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EMGP	Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
FSL	Fonds de Solidarité pour le Logement
GET LCE	Groupe d'Etude Technique de Lutte Contre l'Exclusion
IASS	Inspecteur de l'Action sanitaire et Sociale
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MONALISA	MObilisation NAtionale contre L'ISOLEment des Agés
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDALPD	Plan départemental pour l'Accueil et le Logement des Personnes Défavorisées
PRAPS	Plan Régional d'Accès aux Soins des Personnes en situation de précarité
PSRS	Personnes Sans Résidence Stable
RSA	Revenu de Solidarité Active
SDF	Sans Domicile Fixe
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Auxiliaire de Vie Sociale
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

Introduction

Depuis le milieu du XVIII^{ème} siècle l'espérance de vie n'a cessé de progresser, sous l'effet conjugué des progrès réalisés dans les domaines économiques, médical, culturel et social. Les personnes sans domicile ont bénéficié de cet allongement de l'espérance de vie de la population générale, grâce au développement des dispositifs de veille, d'urgence sociale et d'insertion, à la création de lieux dédiés leur permettant de se soigner, et à l'instauration d'une couverture maladie universelle. Le Dr Jacques Hassin du Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de Nanterre explique¹ : « *il y a quelques années encore, on ne parlait pas de personnes sans-abris vieillissantes. Les personnes à la rue décédaient aux alentours de la cinquantaine [...]. C'est encore parfois l'avis de certains professionnels de santé, non confrontés dans leur pratique quotidienne à ce type de patients. Aujourd'hui, 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* ».

De fait, les solutions développées pour l'accompagnement des personnes âgées n'ont pas été pensées pour ce public, pour lequel, le plus souvent, âge biologique et âge biographique ne correspondent pas. « *Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite* », c'est ainsi que la situation est résumée par Sophie Rouay-Lambert², docteur en urbanisme et maître de conférences en sociologie à l'Institut catholique de Paris.

Si le vieillissement de ces personnes est parfois évoqué au détour d'un rapport³, il s'agit malgré tout d'une thématique qui n'est pas traitée en tant que telle par les pouvoirs publics, peut-être parce que le nombre de personnes concerné est relativement faible. Pour autant, des situations individuelles complexes peuvent survenir, face auxquelles les acteurs de terrain peinent à trouver des solutions d'accompagnement adaptées.

¹ Propos recueillis par les étudiants de l'EHESP à l'occasion du Module interprofessionnel de santé publique 2014, sur le thème « Quel hébergement pour les personnes sans abri vieillissantes ? »

² ROUAY-LAMBERT S., 2006, « La retraite des anciens SDF », Les annales de la recherche urbaine, n°100, pp. 137-143

³ Direction générale de la Cohésion Sociale. Evaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé. Rapport final du 12 février 2013, p. 128 ;

⁴ Agence régionale de santé des Pays de Loire, 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande précarité, Evaluation intermédiaire du projet régional de santé des pays de la Loire 2012-2013 de juin 2014, p. 29

Dans le département de la Sarthe, les personnes sans domicile fixe vieillissantes peuvent trouver un toit, si elles le souhaitent; dans l'attente d'une solution adaptée, elles sont accueillies au sein du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale "l'Accueil Cénomane". De plus, plusieurs structures permettant d'accueillir des personnes très désocialisées sans limitation de durée ont été créées au cours des dernières années. Cependant l'évolution liée à l'avancée en âge de leurs habitants n'a pas été envisagée, les solutions sont recherchées au coup par coup.

Face à ces constats, deux groupes de professionnels ont travaillé sur ce thème, le premier animé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation en 2011, et le second animé par le Conseil général au cours du premier semestre 2014. Profitant de cette dynamique, il est intéressant de poursuivre la réflexion initiée, afin de passer d'une logique d'action ponctuelle en réponse à des situations individuelles, à une démarche partenariale formalisée. Le présent mémoire poursuit cet objectif, en s'intéressant aux atouts et limites de l'accompagnement des SDF vieillissants dans le département de la Sarthe.

Ce thème se situe à la croisée des deux principaux domaines au sein desquels un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale peut exercer : la "Cohésion sociale", à travers l'hébergement et le logement des personnes en situation de précarité, et la "Santé", en lien avec les dispositifs de soins (addictologie, psychiatrie, dispositifs de prévention), et l'offre médico-sociale pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. Il offre la possibilité d'appréhender le sujet en dépassant l'approche habituelle par dispositifs, et favorise un traitement de la thématique mettant l'utilisateur au centre de la réflexion. De façon plus générale, ce sujet, qui pourrait s'intégrer dans une démarche de planification, constitue un exemple de phase d'approche indispensable, préalablement à la mise en œuvre de tout projet.

Afin de mener ce travail à bien, il est important de définir précisément qui sont les personnes concernées par cette étude, et de comprendre le contexte législatif et réglementaire qui s'applique (partie I). Les besoins de ce public spécifique sont explicités. Ils sont étayés par des enquêtes menées auprès des structures qui l'accompagnent actuellement, et par des entretiens semi-directifs avec les professionnels de terrain. Un état des lieux des dispositifs existants est réalisé, en mettant en exergue leurs atouts et limites (partie II). Enfin des pistes d'action et de réflexion sont proposées pour adapter au mieux les réponses (partie III).

1^{ère} PARTIE. DEFINITION. CONTEXTE GENERAL ET LEGISLATIF

Cette première partie vise à répondre à la double question : de qui et de quoi parle-t-on ? Dans un contexte de pauvreté croissante, une définition des situations étudiées est proposée. Les politiques nationales et leurs déclinaisons sarthoises sont ensuite exposées, permettant de comprendre les enjeux, afin d'élaborer un diagnostic pertinent et de construire des réponses appropriées.

1. LE CONTEXTE GENERAL FRANÇAIS : PAUPERISATION ET PRECARISATION

La pauvreté a fortement augmenté en France suite à la crise économique qui a cours depuis 2008. Dans son rapport⁵ de juillet 2014, intitulé "Les effets d'une crise économique de longue durée", l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) constate une forte progression de la quasi-totalité des indicateurs qu'il suit. Ceux-ci pointent une augmentation du nombre de personnes les plus modestes : entre 2007 et 2011, le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian⁶ a augmenté de 690 000. En 2012 8,7 millions de personnes (soit 14,3 % de la population) étaient en situation de pauvreté monétaire⁷, et le nombre d'allocataires des minima sociaux a atteint 2,8 millions de personnes d'âge actif (4,6%).

De plus, la pauvreté s'intensifie. Depuis le début de la crise, l'intensité de la pauvreté⁸ est ainsi passée de 18,2% en 2007 à 19,1% en 2011. Parmi les 690 000 personnes précitées, 83% (soit 575 000 personnes) vivent sous le seuil de pauvreté à 50% du niveau de vie médian.

⁵ Rapport 2013-2014 de l'ONPES. <http://onpes.gouv.fr/Les-Rapports.html>

⁶ Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport au niveau de vie médian de l'ensemble de la population (40%, 50%, 60% ou 70%). En Europe on privilégie l'utilisation du seuil à 60%. En 2012 en France, le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian était légèrement inférieur à 1000€.

⁷ Le taux de pauvreté correspond à la proportion de ménages dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Ici le taux de pauvreté est mesuré au seuil de 60 % du niveau de vie médian.

⁸ L'intensité de la pauvreté permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

Cette évolution s'accompagne d'une précarisation dans bien des domaines. Ainsi, selon une enquête⁹, dite « Enquête sans domicile », réalisée début 2012 par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) et l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas des villes de plus de 20 000 habitants, le nombre d'adultes sans domicile a progressé d'environ 50% entre 2001 et 2012. On estime que 141 500 personnes (adultes et enfants) étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012.

Dans ce contexte général de pauvreté, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a effectué une étude¹⁰ sur les personnes retraitées allocataires du "minimum vieillesse"¹¹, parue en janvier 2014. Au 31 décembre 2011, 572 600 personnes percevaient le "minimum vieillesse", soit 3,4% de l'ensemble des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les allocataires étaient majoritairement locataires (57%) - le loyer représentant alors une charge importante sur le budget du ménage - et un quart ne disposait pas de son propre logement. 83% d'entre eux étaient confrontés à une situation financière difficile, qui se traduisait par des privations dans de nombreux domaines. La moitié d'entre eux s'estimait en mauvaise santé, et un sur cinq ressentait un sentiment d'isolement.

2. DEFINITION DU PUBLIC CONCERNE PAR L'ETUDE

Au regard des éléments exposés ci-dessus, on assiste actuellement à un double phénomène convergent :

✓ les personnes âgées de plus de 60 ans se "précarisent" : en raison de difficultés le plus souvent liées au logement ou au revenu, qui peuvent en outre être combinées à l'isolement, certaines d'entre elles en viennent à faire appel aux dispositifs d'hébergement sociaux ;

✓ les personnes précaires vieillissent : les personnes sans domicile ayant vécu en marge de la société ont vieilli ; les résultats de l'enquête "sans domicile 2012"¹² estiment que 25% des personnes sans-domicile francophones de France métropolitaine ont 50 ans ou plus.

On voit également arriver aujourd'hui à l'âge de la retraite les premières personnes ayant vécu toute leur vie avec les revenus issus du dispositif « RMI/RSA¹³ ». Pour ces dernières, le passage à la retraite peut être source de rupture, due notamment à l'arrêt de l'accompagnement social, et au non recours aux droits. En effet, l'accompagnement dont elles

⁹ YAOUANCQ F., LEBRERE A., MARPSAT M. et al., 2013, « L'hébergement des sans-domiciles en 2012 », Insee première n° 1455, pp. 1-4

¹⁰ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2014, « Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie », Etudes et Résultats n°863, 8 pages

¹¹ Le minimum vieillesse recouvre un ensemble d'allocations visant à garantir un minimum de ressources aux personnes retraitées ne disposant pas d'une pension ou ayant de faibles ressources. Il se monte à 800 euros mensuels pour une personne seule.

¹² Op. Cit.

¹³ Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources ou disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu ; il a succédé au Revenu Minimum d'Insertion (RMI) à partir de 2009.

bénéficiaient s'arrête le plus souvent au passage à la retraite, ce qui les désoriente. De plus, les dossiers de demande de retraite ou de minimum vieillesse sont difficiles à monter. Pour le directeur de la résidence sociale "Nelson Mandela", « *les gens ne connaissent pas leurs droits ; ils ne savent pas, par exemple, que l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) peut venir en complément de la retraite, à hauteur du "minimum vieillesse" ».*

S'agissant des personnes sans domicile, une étude¹⁴ menée conjointement par le collectif « Morts de la rue » et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) sur la période 2008 – 2010 fait état d'un écart de 28 ans entre la moyenne d'âge au décès des personnes sans domicile (49 ans) et celle de la population générale en France (77 ans). Au sein de la population sans domicile, environ 90% des décès surviennent avant 65 ans, contre 25% dans la population générale. De plus, la répartition des causes de décès au sein de la population sans domicile est assez similaire à celle à l'œuvre au sein de la population générale.

Ce chiffre illustre ce qui est communément appelé le "vieillessement prématuré" des personnes ayant vécu de façon prolongée en situation d'exclusion. Celui-ci peut se traduire notamment par une baisse des capacités fonctionnelles, une augmentation de la survenue des maladies, et une évolution des attentes et des besoins d'accompagnement des personnes. Ce décalage entre âge biographique et âge biologique se traduit également souvent par des stigmates physiques. Parmi les personnes de moins de 60 ans qu'il accompagne, le service "RSA" du Centre communal d'action social du Mans estime à 2% le nombre de personnes pour lesquelles l'âge civil ne correspond pas à l'aspect physique (soit 38 personnes).

Cette notion de "vieillessement prématuré" reste vague. Aussi est-il nécessaire de se doter d'une définition plus précise, qui permettra d'asseoir les travaux d'investigation. Le groupe de travail animé en 2011 par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS 72) et le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), a retenu la définition suivante :

« Une personne est vieillissante lorsque ses difficultés physiques et psychiques sont telles que la personne devient trop vulnérable pour supporter des conditions de vie à la rue, en situation d'errance, ou des conditions de vie trop précaires. La population concernée est celle des personnes de plus de 50 ans, en situation de grande précarité, hébergées en structure sociale ou à la rue, pour lesquelles le dispositif actuel de logement et d'hébergement n'apporte pas de réponses adaptées en raison des effets du vieillissement. »

¹⁴ Source : ONPES. La Lettre n°3 septembre 2013 « La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010 » 9 pages

Cette définition est retenue pour la suite du mémoire. Elle comporte deux critères sur lesquels il convient de revenir :

✓ « Des personnes qui ont plus de 50 ans » : cette barrière d'âge ne possède aucun étayage objectif. Elle a été choisie d'après les observations empiriques des professionnels de terrain relatives à la dégradation de l'état de santé des personnes qu'ils accompagnent.

Il est intéressant de noter que, pour les personnes de moins de 60 ans, le vieillissement prématuré peut conduire, dans certains cas, à ce qu'elles soient reconnues comme étant "en situation de handicap". En effet la définition du handicap (article L.144 du CASF) est la suivante : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Cependant la réglementation française prévoit que les personnes peuvent obtenir une "reconnaissance de handicap" et bénéficier ainsi d'aides spécifiques (matérielles et humaines), dès lors que le handicap est survenu avant 60 ans. Au-delà les aides à rechercher sont celles dévolues aux personnes âgées.

✓ « Des personnes pour lesquelles le dispositif actuel de logement et d'hébergement n'apporte pas de réponses adaptées en raison des effets du vieillissement » : cette caractérisation fait référence à une situation de vie, et non pas à une catégorie de personnes. Le public concerné par l'étude peut non seulement être à la rue ou hébergé chez un tiers, mais également être hébergé ou logé au sein d'une structure sociale.

Afin de simplifier la lecture du document, les personnes concernées par l'étude seront désignées pour la suite sous le terme de "Personnes en situation d'exclusion vieillissantes".

La situation des personnes immigrées âgées a par ailleurs fait l'objet d'un rapport récent¹⁵, mais ne sera pas traitée de façon spécifique. En effet, même si le vieillissement possède une dimension multiculturelle - une personne âgée immigrée est avant tout une personne âgée, avec les mêmes difficultés d'isolement et d'accès aux droits -, il peut être nécessaire d'adapter l'accompagnement en fonction de la culture d'origine et de la manière dont les personnes âgées immigrées se sont adaptées en France. Le directeur de la Résidence sociale "Nelson Mandela" explique : « *Le processus de vieillissement des travailleurs migrants à la résidence apparaît complexe, multiforme et demande aux professionnels de la résidence d'appréhender cette*

¹⁵ JACQUAT, Denis, BACHELAY, Alexis. France-Assemblée Nationale, 2013. Rapport d'information n°1214 sur les Immigrés âgés. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1214.asp>

problématique d'une façon différente comparée à un public d'origine française. On peut penser que la vieillesse des immigrées en résidence sociale ou en foyer est une construction sociale particulière ». Il s'agit donc là d'une thématique à part entière ; un guide¹⁶ relatif à l'accompagnement des personnes immigrées âgées est d'ailleurs en préparation. C'est pourquoi cette question ne sera pas abordée.

3. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Le public étudié se situe à la confluence des trois champs dits de "l'Exclusion", des "Personnes âgées" et des "Personnes en situation de handicap". Chacun d'eux possède ses priorités nationales et une législation qui lui est propre. Dans ce chapitre un bref historique et l'évolution des réflexions sont présentés, afin d'éclairer les enjeux actuels.

3.1 Le cadre national : « Aller vers » et transversalité

3.1.1 Lutte contre l'exclusion : de la loi de 1998 au plan de 2013

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 fonde l'action publique en matière de lutte contre les exclusions. Son article 1^{er} dispose que « *la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* ».

Cette loi présente deux orientations principales¹⁷ :

- ✓ le traitement des exclusions : la loi affirme la complexité et la diversité des processus d'exclusion qu'elle entend combattre, et couvre de ce fait de multiples domaines tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé, la justice, l'éducation, la formation, la culture, les loisirs ou encore les transports ;
- ✓ l'accès aux droits fondamentaux : la loi considère que le problème des personnes en difficulté n'est pas de disposer de nouveaux droits mais d'avoir effectivement accès aux droits fondamentaux existants.

Malgré ces priorités affirmées, les difficultés d'accès aux droits ont perduré. Dans le domaine de l'hébergement et du logement, **la loi du 5 mars 2007 instituant le Droit Au Logement Opposable – DALO** - opère un tournant. Instaurant un dispositif contraignant, la loi « DALO » fait évoluer le cadre de mise en œuvre du droit au logement ; celui-ci passe d'une obligation de moyens à une obligation de résultats pour l'Etat. La loi rend ainsi les droits à l'hébergement et au logement opposables : elle ouvre des voies de recours, amiables et contentieux, à toute personne n'ayant pas accès à un hébergement (ou à un logement) malgré ses démarches.

¹⁶ La préparation de ce guide est portée par l'ODAS en réponse à un appel à projet national

¹⁷ <http://www.cnle.gouv.fr/Loi-d-orientation-du-29-juillet.html>, consulté le 5 janvier 2015

La loi « DALO » renforce également le principe de continuité de la prise en charge : « *toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée* » (article 4). **La loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions, dite "loi MOLLE"**, complète cette disposition, en introduisant les principes d'accueil inconditionnel, sans condition de nationalité ni de régularité de séjour - « *toute personne sans-abri et en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence* » (article L. 345-2-2 du CASF), et d'égalité de traitement, sans distinction de race ou d'origine.

La mise en œuvre de ces principes entraîne notamment la suppression de toute notion de durée maximale de séjour dans les structures d'hébergement. Afin de préserver la qualité d'accompagnement, l'accent doit alors être mis sur les actions tendant à fluidifier les parcours. Pour les populations les plus fragilisées et les plus éloignées de l'accès au logement, le développement des maisons relais-pensions de famille, offre de logement "très social" accompagné sans limitation de durée, est accentué à partir de 2008. Destinées à tout public, celles-ci offrent en particulier une solution de logement aux publics vieillissants éloignés de toute démarche d'insertion.

Parallèlement, la "stratégie nationale pour la prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées" (2009-2012), accorde la priorité à l'accès au logement, aussi bien pour les personnes qui sont proches de l'autonomie que pour les plus vulnérables. La politique publique du « logement d'abord »¹⁸ vise à « *mettre en place les conditions pour que tous ceux qui attendent dans des hébergements ou logements temporaires n'y restent que le temps strictement nécessaire, et accèdent à un vrai logement. L'hébergement lui-même ne doit pas être un point de passage obligé* »¹⁹. Cette politique s'accompagne d'une évolution de l'offre de service, avec par exemple le développement d'hébergement en diffus (délocalisation d'hébergement dans des logements, avec accompagnement social) ou la création de dispositifs d'Accompagnement Vers et Dans le Logement – AVDL -.

Les services intégrés d'accueil et d'orientation – SIAO - mis en place en 2010, jouent un rôle pivot dans cette organisation. Ils ont pour mission d' « *articuler les champs de la veille sociale, de l'hébergement et du logement, avec comme objectif de replacer la personne au cœur du système, et de coordonner et fluidifier les parcours* »²⁰. Après quatre années de fonctionnement, **la loi du 24 mars 2014 pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové** – loi ALUR – leur confère une assise juridique, et légitime leur action.

¹⁸ Circulaire du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord.

¹⁹ Dossier de presse pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DP_Apparu_refondation_service_public_logement_nov_09.pdf.

²⁰ Circulaire du 8 avril 2010 relative au Service intégré d'accueil et d'orientation

Malgré ces avancées législatives, le phénomène d'exclusion s'est aggravé ces dernières années. Aussi le Premier Ministre a-t-il édicté un nouveau plan en janvier 2013 : le **Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale**. Celui-ci consacre le caractère transversal des politiques de lutte contre l'exclusion ; il est fondé sur cinq principes directeurs :

- ✓ Objectivité et non-stigmatisation : « *on ne peut plus considérer les personnes pauvres ou précaires comme une minorité marginale, peu ou prou responsable de sa situation* »,
- ✓ Participation des personnes en situation d'exclusion à l'élaboration des politiques les concernant,
- ✓ Juste droit, avec notamment la lutte contre le non recours ; en effet, même si l'accès aux droits fondamentaux avait été affirmé en 1998, il n'en demeure pas moins que de nombreuses personnes n'exercent pas aujourd'hui leurs droits,
- ✓ Décloisonnement des politiques sociales : la gouvernance de l'action publique est l'un des trois grands axes du plan.

3.1.2 Handicap et dépendance

La prise en considération de difficultés particulières liées au vieillissement apparaît en 1945, avec la création de la Sécurité sociale, et de sa branche "vieillesse". En 1962, le rapport Laroque²¹ propose une nouvelle approche de la vieillesse, en prenant en compte l'ensemble de la population âgée, et non plus uniquement les plus malades et les plus démunis. Il pose le principe du libre choix des personnes, de pouvoir rester vivre à leur domicile si tel est leur souhait. L'accompagnement des Personnes âgées dépendantes se divise désormais en deux grandes catégories : l'accueil en établissement d'une part, et le soutien à domicile d'autre part. Respectant la volonté de la grande majorité des personnes, ce dernier constitue encore aujourd'hui un axe majeur de l'action publique dans le domaine.

La mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance – PSD – en 1997, puis de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie²² – APA - en 2002 a permis de solvabiliser les personnes, et de soutenir financièrement le maintien à domicile (en complément des crédits de la sécurité sociale, de la contribution solidarité autonomie²³ et des dispositifs privés assurantiels). De nombreux dispositifs ont ainsi été créés, qui appartiennent à différents secteurs – sanitaire, social ou médico-social – et relèvent de multiples financeurs. Ils participent de la prise en charge directe, mais également d'actions de coordination (Centre locaux d'information et de coordination - CLIC, réseaux gérontologiques...).

²¹ Laroque Pierre, 1962, Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. ed. l'Harmattan, p. 448 pages.

²² Le montant de la prestation étant calculé en fonction des niveaux de dépendance et de revenus, l'APA intervient selon une double logique d'aide aux plus démunis, et d'universalité (au-delà d'un certain seuil de revenus, une participation des usagers est exigée).

²³ Instituée après la vague caniculaire de 2003, la contribution solidarité autonomie est une cotisation sociale qui participe au financement de la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Dans son rapport²⁴, Pierre Laroque appelait à appréhender les problématiques liées au vieillissement de façon globale : « *La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société* ». Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement actuellement discuté poursuit cet objectif, en affichant une volonté de transversalité, s'intéressant non seulement aux domaines du soin et de l'autonomie, mais également à ceux du logement, des transports ou encore de la vie sociale et citoyenne. Il entend changer les représentations du grand âge et renforcer la lutte contre les inégalités sociales.

Ce projet de loi fait suite à la nécessité d'anticiper le vieillissement de la population française, dans la mesure où, « *en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans et que les plus de 85 ans seront près de 5 millions, contre 1,4 million aujourd'hui* »²⁵. Il a été présenté au Conseil des Ministres en juin 2014 ; son examen par le Parlement est prévu au deuxième semestre 2015. Il repose sur trois piliers : l'Anticipation des risques (actions de prévention et de mobilisation face à l'isolement des personnes âgées), l'Adaptation des politiques publiques (aménagement des logements mais également des espaces publics, développement des échanges intergénérationnels), et l'Accompagnement (vigilance renforcée sur les droits et libertés des personnes âgées, travail sur l'accessibilité financière, soutien des aidants, poursuite de la modernisation et professionnalisation des services d'aide à domicile). Un volet est en outre consacré à la transversalité de la gouvernance locale, instaurant un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie qui rassemble l'ensemble des acteurs intervenant sur les champs « Personnes âgées » et « Personnes en situation de handicap », et la mise en place d'une maison départementale de l'autonomie

Dans le champ du handicap, **la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** met l'accent sur l'inclusion en milieu ordinaire. Combiné au nouveau droit à compensation (instauration de la Prestation de Compensation du handicap – PCH²⁶ – finançant aide humaine et technique), cela permet de soutenir les personnes à domicile, avec par exemple la création de nouveaux services tels que les Services d'Aide Médico Sociale pour les Adultes Handicapés (SAMSAH). La loi introduit également une nouveauté qui peut avoir un impact sur l'accompagnement des personnes en situation d'exclusion vieillissantes : elle reconnaît, dans son article 2, le handicap psychique, conséquence d'une maladie psychique, à distinguer du handicap mental, dû à une déficience intellectuelle.

²⁴ Ibid.

²⁵ Communiqué de presse projet loi d'adaptation de la société au vieillissement du 3 juin 2014, <http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-06-03/adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>, consulté le 15 juin 2014

²⁶ La PCH est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement.

Cette analyse des priorités nationales met en évidence deux priorités communes aux trois secteurs : le soutien des personnes à leur domicile, par le développement de « l'aller vers », et la volonté de décloisonner les politiques. Il convient d'examiner comment les acteurs locaux les mettent en œuvre.

3.2 La déclinaison locale : enjeux et principaux acteurs

Les lois de décentralisation (1982 puis 2004) ont érigé les Départements en "chefs de file" de l'action sociale. L'article L121-1 du CASF est ainsi rédigé: « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* ».

Le Conseil général de la Sarthe est donc responsable de la coordination des actions. Il constitue également un acteur dominant dans leur mise en œuvre. Suivant les secteurs, il collabore avec les services compétents, notamment la DDCS 72, dans le domaine de l'urgence sociale et de l'insertion des personnes en grande précarité, et l'ARS sur le volet "santé".

Afin de mieux cerner les enjeux locaux inhérents au sujet des personnes en situation d'exclusion vieillissantes, les principaux éléments des politiques menées en matière d'organisation sociale, d'hébergement/logement des personnes défavorisées, de santé-précarité et de lutte contre l'exclusion, sont exposés à travers quatre outils de planification.

➤ Le schéma unique d'organisation sociale et médico-sociale

Dans les secteurs des Personnes âgées et des personnes en situation de handicap, les précédents schémas départementaux ont mis l'accent sur le soutien à domicile, via l'amélioration, la modernisation et la diversification des services. Les dispositifs de coordination ont fait l'objet d'un important travail de refondation. Des actions visant à promouvoir la bientraitance et à protéger les personnes vulnérables ont également été développées.

Pour la période 2015-2018, le Conseil général de la Sarthe a choisi d'élaborer un schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale, qui rassemblera les quatre schémas sectoriels antérieurs (Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Enfance-Famille et Insertion). Il est en cours de réflexion, pour être adopté fin 2015. L'une des finalités de ce schéma unique est de conforter l'approche globale et décloisonnée de la personne, dans une logique de complémentarité des politiques et de leurs dispositifs.

➤ Le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

Le PDALPD, récemment adopté (juin 2014), est copiloté par le Conseil général et la DDCS. Il définit la politique d'hébergement et de logement des personnes en situation de précarité. Dans le département de la Sarthe, les objectifs de développement de l'offre du précédent plan, en matière

d'hébergement (CHRS) et de logement adapté et accompagné (maisons relais, dispositifs d'accompagnement dans le logement...), ont été atteints. Les nouveaux enjeux dans ce secteur portent essentiellement sur l'adaptation de l'offre existante (évolution des CHRS collectifs vers de l'habitat en diffus accompagné). Dans le domaine du logement, contrairement à d'autres départements plus urbains, l'accès au logement est facilité par un marché détendu et un parc locatif social accessible. Les priorités dans ce domaine portent sur l'accès au droit, l'amélioration de la qualité des logements, et l'amélioration de l'accompagnement dans le logement. Elles constituent le premier axe stratégique du plan.

Le second axe met l'accent sur la transversalité, à la fois opérationnelle (axe n°2), et institutionnelle (axe n°3). En effet les publics étant les plus en difficulté pour l'accès ou le maintien dans le logement s'avèrent cumuler à la fois des difficultés de précarité financière, et des problèmes d'insertion et/ou de santé :

- ✓ *des ménages sans ressources ou ayant des ressources faibles et irrégulières dues à des difficultés d'accès aux droits, la précarité de l'emploi, des problèmes de gestion budgétaire et d'insolvabilité,*
- ✓ *des personnes connaissant des difficultés de santé fragilisant leur accès ou leur maintien dans le logement : addictions, santé mentale notamment.*

Au regard des besoins, le partenariat entre les acteurs du logement, de l'hébergement mais aussi du social et de la santé est incontournable. Or les dispositifs sont relativement cloisonnés selon ces différents domaines de compétence, ce qui ne permet pas toujours d'organiser une prise en charge cohérente. La méconnaissance des pratiques professionnelles constitue également un frein à une collaboration efficace. Pour autant des coopérations existent autour de situations concrètes. C'est pourquoi le plan prévoit des actions visant à organiser et formaliser les partenariats, afin d'insuffler une dynamique plus large à l'action publique.

➤ Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Le PRAPS est élaboré par l'agence Régionale de Santé – ARS. Il constitue le volet du Projet Régional de Santé – PRS (2012-2016) - dédié au thème de la santé des populations en grande vulnérabilité. Sur le territoire de santé de la Sarthe, la mise en œuvre du PRAPS fait l'objet d'une feuille de route révisée annuellement.

Au plan régional, le PRAPS a fait l'objet d'une évaluation dont le rapport a été rendu public en juin 2014. Celui-ci fait en particulier le constat du « *vieillesse de la population en grande précarité qui interpelle la question de l'hébergement et de l'accompagnement de ces populations, y compris en EHPAD* ». A l'instar du PDALPD, il souligne que « *les échanges d'information entre professionnels de santé et professionnels du social sont rapportés comme assez souvent difficiles* » et met en avant la nécessité « *d'organiser le partage des informations à caractère sanitaire* ». C'est pourquoi il se prononce résolument pour une « *approche médico-*

psycho-sociale » puisque « *la résolution d'une situation problématique de santé peut nécessiter la prise en compte simultanée des dimensions médicales, psychologiques et sociales* ».

De façon générale, l'approche par catégories de population (migrants, grands exclus, jeunes en errance, gens du voyage ...) « *sous-estime la singularité des parcours individuels, tout en risquant de stigmatiser ces publics* ». Aussi, le rapport d'évaluation du PRAPS recommande d'appréhender les difficultés liées à la santé-précarité en les centrant sur « *des situations problématiques et des risques de ruptures, plutôt que sur des catégories de publics* ».

Pour la mise en œuvre, il préconise de mobiliser les multiples dispositifs existants, pour « *développer les démarches d' "Aller vers", dans un objectif de retour au droit commun* ». De façon plus détaillée, ce rapport émet une soixantaine de recommandations opérationnelles, auxquelles il est intéressant de se référer pour la réflexion. Certaines, comme celles concernant la médecine de premier recours, relèvent intégralement de l'ARS. D'autres font appel à la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux. Citons par exemple :

- ✓ le développement d'une culture commune des acteurs de terrain, par exemple « *Destigmatiser le public en hébergement social vis-à-vis de certains professionnels de santé via la mise en place de sessions d'échange de pratiques intersectorielles (sanitaire/social)* »,
- ✓ la clarification des fonctions d'orientation et d'accompagnement professionnel, par exemple « *Inciter les établissements de santé à alerter le SIAO dès le début d'une hospitalisation pour envisager d'emblée les modalités de sortie* »,
- ✓ le soutien à la complémentarité des acteurs, par exemple « *Soutenir la mise en place de coordinations locales de proximité rassemblant les différents acteurs du sanitaire et du social* ».

➤ Le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a donné lieu à l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé²⁷ du sans-abrisme au mal logement, dit "à 360°". Celui-ci permet de disposer d'une vision objective, globale et partagée des difficultés, mise en perspective avec l'offre existante. Il présente notamment les intérêts suivants :

- ✓ rassembler dans un seul document l'ensemble des données disponibles quelque soit le champ : veille sociale, santé, hébergement, logement, indicateurs socio-économiques... ;
- ✓ trier et analyser les données ;
- ✓ disposer d'un diagnostic partagé actualisé régulièrement, source de données pour élaborer les documents programmatiques (schéma domiciliation, etc.).

Le département de la Sarthe a fait partie des 10 départements expérimentateurs de la démarche (2013-2014). Celle-ci a permis de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux concernés, notamment le Conseil général. La première version de ce diagnostic multidimensionnel a été source d'informations pour la présente étude.

²⁷ Instruction gouvernementale du 18 août 2014 relative à l'élaboration des diagnostics partagés à 360°.

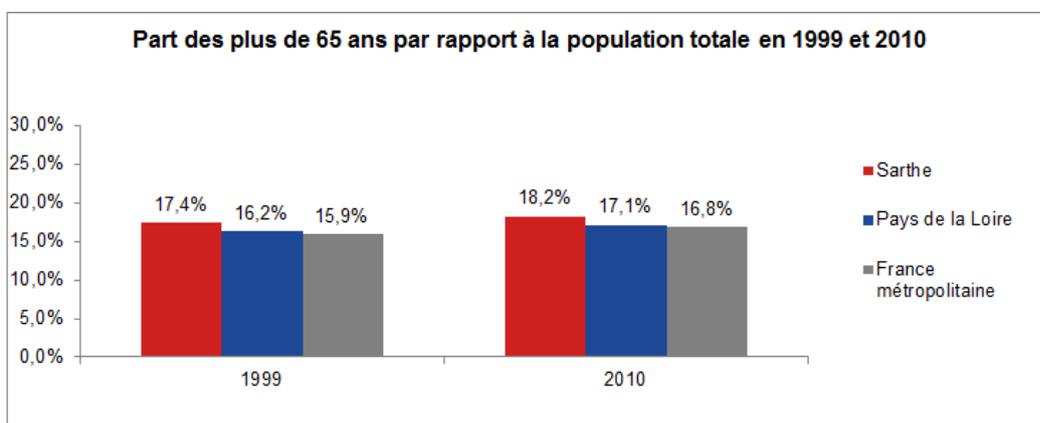
→ L'action sociale s'est développée depuis 30 ans dans une logique cloisonnée, multipliant les dispositifs en fonction des publics visés et des problèmes. Aujourd'hui, les documents programmatiques affichent une volonté inverse, mettant le bénéficiaire au centre des préoccupations. La réflexion menée dans le cadre de ce mémoire s'intégrera dans cette logique.

4. LE CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE EN SARTHE

La Sarthe est un des cinq départements de la région des Pays de Loire. En dépit d'un positionnement excentré à l'ouest, celle-ci est une région fortement attractive. Le département est situé au 37^{ème} rang national pour la superficie, et au 46^{ème} rang pour sa population (au 1^{er} janvier 2011). Elle se caractérise par une opposition entre le Mans et les territoires ruraux, ainsi que le montre la carte de la densité de population en annexe n° 1; Le Mans Métropole, au 22^{ème} rang national, représente 35% de la population du département. Les quatre autres communes de plus de 5000 habitants représentent 7, 5% de la population. 58% de la population vit en milieu rural (villes de moins de 5000 habitants).

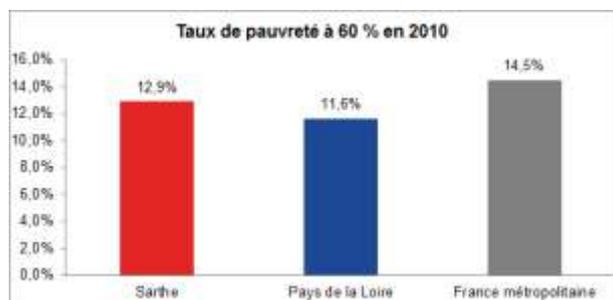
4.1 Une évolution sarthoise conforme à la tendance nationale

L'évolution démographique, bien qu'inférieure à la moyenne régionale, correspond à la moyenne nationale (le taux de croissance annuel moyen entre 2000 et 2012 est de 0,61% contre 0,93% pour la région et 0,62% pour la France). Le diagnostic partagé à 360° identifie deux publics à suivre particulièrement : les jeunes, avec un phénomène de sous-qualification, et les personnes âgées, dont la part augmente, et est supérieure à la moyenne régionale et nationale.

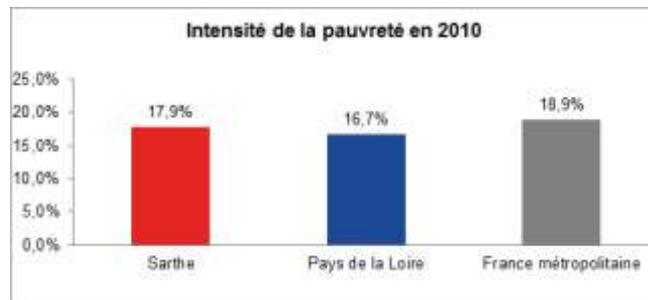


Source : INSEE - Estimation de population au 1er janvier, de 2000 à 2010

La population est plus précaire que dans le reste de la région avec un taux²⁸ et une intensité de pauvreté qui restent toutefois inférieurs à la moyenne nationale. Les indicateurs²⁹ de l'ONPES montrent cependant un accroissement de la pauvreté entre 2007 et 2011 parmi les plus importants en France.



Source : INSEE - Taux de pauvreté en 2011



Source : INSEE – Intensité de pauvreté en 2011

Les professionnels et les partenaires réunis au sein du groupe de travail animé par le Conseil général soulignent par ailleurs la précarisation grandissante des personnes âgées. Ce ressenti de terrain est confirmé par l'augmentation du nombre de dossiers présentés par les ménages de plus de 60 ans devant la commission de médiation relative au droit au logement opposable, et devant la commission de prévention des expulsions (CCAPEX). En outre, parmi les personnes accompagnées par le service social du Centre hospitalier du Mans en 2013, 72% des personnes accompagnées avaient plus de 60 ans, et 30% plus de 85 ans.

4.2 Quelques éléments sur les SDF

Il est difficile d'estimer le nombre de personnes sans domicile fixe. Les seules données objectivables portent sur les personnes qui utilisent les services d'accueil de jour et d'hébergement (CHRS).

➤ Le nombre de personnes sans domicile fixe

L'enquête³⁰ réalisée auprès des utilisateurs des services d'hébergement et de distributions de repas, dite "enquête sans-domicile", réalisée début 2012 par l'INSEE et l'INED, estime à 141 500 personnes le nombre de personnes sans domicile en France métropolitaine. Une règle de 3 avec la population de la Sarthe donne une première estimation du nombre de SDF dans le département : 1300 personnes.

²⁸ Définition : cf. page 3

²⁹ ONPES, rapport 2013 – 2014, Cartes n°3 p.40 et n°4 p.41 : variation du taux de pauvreté à 50% et 60% entre 2007 et 2011

³⁰ YAOUANCQ F., LEBRERE A., MARPSAT M. et al., 2013, « L'hébergement des sans-domiciles en 2012 », Insee première n° 1455, pp. 1-4

Cet ordre de grandeur est corroboré par les données des services, issues des rapports d'activité 2013 :

- ✓ Appel d'urgence au 115 : 1445 personnes différentes (dont 725 personnes seules),
- ✓ SIAO : 1257 personnes différentes ayant fait une demande d'hébergement, dont 644 personnes seules (491 hommes et 153 femmes),
- ✓ Accueil de jour "Halte Mancelle" : 1383 personnes, et 15 225 passages (+ 14% entre 2012 et 2013, traduisant une augmentation du nombre de passages par personne)

Se fondant sur le chiffre estimé de 1300 personnes, le nombre de SDF représente 0,25% de la population sarthoise.

➤ Le nombre de personnes en situation d'exclusion vieillissantes

La présente étude porte sur les personnes de plus de 50 ans. Au plan national, les résultats de l'enquête "sans domicile 2012" ³¹ estiment que 25% des sans-domiciles francophones de France métropolitaine ont 50 ans ou plus (à comparer avec le chiffre de la population de 18 ans ou plus vivant en logement ordinaire en France métropolitaine, qui est de 47 %).

Cette proportion est difficile à comparer avec les données sarthoises. En effet, les données issues des rapports d'activité sont disparates, n'étant pas toutes basées sur le même découpage par tranches d'âge. De plus le distinguo "francophone-non francophone" n'est pas effectué par tranches d'âge. Les chiffres sarthois sont les suivants pour 2013 :

- ✓ l'appel d'urgence 115 donne un chiffre pour les plus de 60 ans : 3% des appelants ;
- ✓ l'accueil de jour "La Halte mancelle" se base sur les plus de 56 ans : 4% du public accueilli ;
- ✓ le SIAO a reçu 5% de personnes de plus de 56 ans ;
- ✓ le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "L'Accueil Cénomane" : 7% de plus de 56 ans, et 18% entre 46 et 55 ans.

Concernant les structures qui ont vocation à accueillir les personnes sur des durées plus longues, 47% des habitants des maisons relais de la Sarthe avaient plus de 50 ans au 31 janvier 2013, dont seulement deux personnes au-dessus de 65 ans (au plan national, plus d'une personne sur deux à plus de 50 ans). Au sein de la résidence sociale Nelson Mandela, 40% de locataires avaient plus de 60 ans (dont 18% plus de 70 ans).

Une meilleure connaissance des personnes de plus de 50 ans dans les dispositifs s'avère nécessaire. Des investigations complémentaires ont donc été menées.

³¹ Ibid.

2^{ème} PARTIE. IDENTIFICATION DES BESOINS ET DIAGNOSTIC DE L'OFFRE TERRITORIALE

Afin de développer une offre adaptée, il est nécessaire d'effectuer un diagnostic complet, en cernant précisément les besoins des personnes en situation d'exclusion vieillissantes d'une part, et les dispositifs départementaux, leurs atouts et limites d'autre part. La méthodologie exposée ci-dessous poursuit ce double objectif.

1. METHODOLOGIE ADOPTEE

1.1 Des enquêtes pour identifier les besoins du public

Afin de préciser le nombre de personnes en situation d'exclusion vieillissantes pour lesquelles les solutions actuelles de logement et d'hébergement n'apportent pas de réponses adaptées en raison des effets du vieillissement, et de mieux comprendre leurs besoins, le recueil de données a pris trois formes : le recueil de la parole des usagers, le recueil par enquêtes, et la collecte de renseignements via des entretiens semi-directifs avec des professionnels.

Les informations recueillies ont été enrichies par une recherche documentaire. Les comptes-rendus des deux groupes de travail départementaux présentés en introduction de ce mémoire ont été une source de renseignements précieux (pour mémoire groupe de travail SIAO-DDCS en 2011 et groupe de travail Conseil général en 2014).

➤ Le recueil de la parole des personnes en situation d'exclusion de plus de 50 ans

A l'occasion du groupe de travail qu'il a animé début 2014, le Conseil général a recueilli la parole des personnes en situation d'exclusion vieillissantes. Une enquête a été élaborée, à la fois par questionnaires, diffusés par le biais des participants au groupe de travail, et par entretien individuel, sur la base du volontariat. Trente personnes ont répondu au questionnaire, mais faute de candidat, aucune n'a été rencontrée en entretien. Tous les répondants résident dans une structure de logement adapté ou accompagné, ce qui a orienté certaines réponses aux questionnaires.

➤ Les enquêtes auprès des structures

Au préalable, les structures susceptibles d'accompagner les personnes vieillissantes ont été identifiées. Elles appartiennent à quatre catégories : les accueils de jour, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les dispositifs médicalisés dédiés aux personnes en situation d'exclusion du département (Lits Halte Soins Santé – LHSS - et Appartements de Coordination Thérapeutique – ACT), les maisons relais.

○ **Les accueils de jour, CHRS, LHSS et ACT**

Une fiche de recueil de données a été élaborée ; elle figure en annexe n°2. Elle a été soumise à l'avis des équipes. Elle s'attache à décrire :

- ✓ la situation socioprofessionnelle,
- ✓ la situation de vie : les items utilisés sont inspirés de la grille européenne Ethos³² (annexe n°10), qui a été reprise pour le diagnostic partagé à 360°,
- ✓ les difficultés de santé : les items permettant de décrire l'état de santé restent volontairement généraux afin de pouvoir être renseignés facilement par du personnel non médical ; ils sont calqués sur ceux de l'enquête menée par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement – DIHAL – auprès des maisons relais/pensions de famille en juin 2014 (voir supra). Un item relatif aux problèmes dentaires a été ajouté après recueil de l'avis d'un des médecins bénévoles de l'accueil de jour "La Halte mancelle",
- ✓ les difficultés liées au vieillissement : la description des difficultés liées au vieillissement est empruntée à la grille AGGIR³³. Cet outil, normalement destiné aux personnes âgées, peut permettre d'objectiver la perte d'autonomie indépendamment de l'âge. Cependant, la détermination du niveau de dépendance (ou groupe iso ressources – GIR) prend uniquement en compte les variables dites "discriminantes" de la grille, qui se réfèrent aux difficultés physiques et mentales. Cette évaluation ne répond que partiellement aux questions posées en termes d'autonomie par la population des personnes en situation d'exclusion vieillissantes. Les variables dites "illustrative" de l'outil, qui n'entrent pas dans la détermination du GIR, sont en effet celles qui prendraient le mieux en compte leurs difficultés. Elles font référence à ce qui est nommé "dépendance domestique et sociale", et correspondent classiquement aux difficultés rencontrées par les personnes en situation d'exclusion, indépendamment des problèmes de santé (cuisine, transport, suivi du traitement...).

La démarche d'enquête a été facilitée par le fait que l'accueil de jour "La Halte mancelle", les CHRS susceptibles d'accueillir des personnes vieillissantes et les LHSS sont tous gérés par l'association TARMAC. Le recueil de données a été exhaustif : les items sélectionnés ont été renseignés pour l'ensemble des personnes de plus de 50 ans (âge retenu comme critère d'inclusion, avec une souplesse laissée à l'appréciation des équipes). Les résultats sont présentés en annexes n°3 et 4.

³² Instruction du gouvernement n°DGCS/SD1/DHUP/DIHAL/2014/227 du 18 août 2014 relative à l'élaboration des diagnostics partagés à 360°, p.9

³³ La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Voir annexe n°9

- **Les Pensions de famille-Maisons relais**

Les pensions de famille-maisons relais ont vocation à accueillir des personnes en situation d'exclusion sans limitation de durée. En conséquence, elles sont susceptibles d'accompagner des personnes vieillissantes. C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser également au public qui y loge. Cependant, la DIHAL a mené en juin 2014 une enquête nationale très complète auprès de ces structures. Consciente que les structures sont régulièrement amenées à répondre à des enquêtes, j'ai choisi d'exploiter celle de la DIHAL, plutôt que de les solliciter à nouveau. Les items concernant spécifiquement le sujet traité ont été sélectionnés, soit 10 questions parmi les 85 de l'enquête nationale.

Les données retenues ont été renseignées de façon exhaustive pour les 3 maisons relais du département en fonctionnement au 31 décembre 2013. Les résultats sont présentés en annexe n°5.

- Les entretiens avec les professionnels

En complément des deux enquêtes ci-dessus, des entretiens semi-directifs ont été menés avec les intervenants sociaux et/ou les responsables de différentes structures, afin de comprendre les difficultés posées par le vieillissement des personnes qu'ils accompagnent, et d'identifier leurs atouts et limites dans l'accompagnement. La trame d'entretien, ainsi que la liste des personnes rencontrées, figurent en annexes n°6 et 7. Douze entretiens de une à deux heures ont été menés.

1.2 Des entretiens pour mieux connaître l'offre

Il est également nécessaire de tenir compte de la sociologie des territoires pour effectuer des préconisations pertinentes. Bien caractériser la situation sarthoise revêt à cet égard un caractère important. Certains dispositifs, tels que l'équipe mobile psychiatrie précarité – EMPP - ou l'équipe mobile de géronto-psychiatrie - EMGP, semblent présenter un intérêt pour l'accompagnement des personnes sans résidence stable vieillissantes. Quatre entretiens ont été menés afin de comprendre leur fonctionnement et leur rôle. La liste des personnes rencontrées figure en annexe n°7. Cinq entretiens avec des services administratifs ont également été réalisés.

2. CARACTERISATION DES BESOINS DU PUBLIC

Afin de prévoir les réponses adaptées, il est nécessaire de caractériser le besoin, sur les plans quantitatif et qualitatif. Les parcours de vie et les situations sociales des personnes sans domicile vieillissantes sont très variés, la diversité des profils est grande. Analysant par type de situation et non par catégories de public, il est possible de dégager des points communs, tant sur le plan sanitaire que social.

Le point de vue des usagers, recueilli dans le cadre du groupe de travail animé par le Conseil général, montre que, face aux difficultés rencontrées, les aides qui s'avèrent nécessaires aujourd'hui sont souhaitées sur du long terme. Elles concernent un accompagnement administratif, financier et médical. Quant à l'hébergement ou l'habitat, les répondants, qui habitent tous en résidence sociale ou en maison relais, ne semblent pas souhaiter, ni se projeter, dans un autre modèle que celui qu'ils connaissent actuellement. Dans un éventuel futur habitat, les besoins exprimés seraient de bénéficier d'une aide administrative, infirmière et/ou une aide à domicile pour permettre aux personnes de rester dans leur logement.

2.1 Le nombre de personnes vieillissantes dans les dispositifs

La majorité des personnes susceptibles de présenter prématurément des difficultés liées au vieillissement sont des hommes seuls. Afin de connaître plus précisément leur nombre, les résultats quantitatifs des enquêtes sont présentés par type de structure.

➤ Accueil de jour "La Halte mancelle"

L'accueil de jour de l'association TARMAC a remonté 9 situations. Les personnes concernées ne présentent à ce jour pas de difficultés liés au vieillissement à proprement parler. Elles ont été sélectionnées par le responsable de la structure sur la base de la question suivante : "Comment vont-ils vieillir?". Celui-ci émet en effet des inquiétudes sur le devenir de ces personnes.

➤ CHRS de l'association TARMAC, à vocation d'hébergement temporaire :

Pour le CHRS "Hélios", le rapport d'activité 2013 mentionne 5 personnes vieillissantes, dont la pathologie et la dépendance mettent en question la présence au CHRS.

Pour le CHRS "Accueil Cénomane", parmi les 840 personnes ayant été accompagnées en 2014, 4 ont une orientation pressentie vers un établissement pour personnes âgées (plus de 60 ans) ou vieillissantes, dont 3 personnes résident au CHRS depuis plus d'un an, et une depuis plus de 9 mois.

En outre, 10 personnes rencontrent une difficulté pour accomplir au moins 2 ou 3 des actes recensés par la grille AGGIR (variables discriminantes), 7 personnes pour au moins 5 situations, et 5 personnes pour au moins 7 (annexe n°4).

Parmi les 7 personnes qui ont des difficultés pour accomplir au moins 5 des actes recensés 2 sont décédées pendant leur accompagnement au CHRS, et 3 sont accueillies depuis plus de 10 mois, ce qui laisse présumer des difficultés pour leur proposer une orientation adaptée à leurs besoins.

La méthodologie présente plusieurs limites qui pourraient donner lieu à amélioration :

- ✓ l'enquête porte sur l'année 2014, l'antériorité dans la structure ne dépasse alors pas 12 mois. Or quelques personnes (4 à 5) sont régulièrement accompagnées par les CHRS depuis plus de 4 ans ;
- ✓ la barrière d'âge à 50 ans a été strictement respectée. Or une personne de 48 ans correspond complètement à la définition retenue ;
- ✓ l'évaluation de la perte d'autonomie pourrait être plus précise si elle était effectuée par les médecins du Conseil général, habilités à évaluer le Groupe Iso Ressource³⁴ d'une personne.

➤ Maisons relais, à vocation d'hébergement sans limitation de durée : 12 personnes présentent des difficultés liées au vieillissement³⁵, soit 20% des habitants. C'est le double du chiffre constaté au niveau national³⁶.

➤ Appartements de Coordination Thérapeutique : Une personne présente des difficultés liées au vieillissement. Elle a moins de 60 ans.

→ ***Au total, une vingtaine de personnes pour lesquelles les solutions actuelles d'hébergement ou de logement ne sont pas adaptées, sont recensées. Ce chiffre confirme les estimations des deux groupes de travail animés en 2011 et 2014. En complément, un phénomène nouveau est à souligner ; les structures constatent une augmentation des décès : 5 décès en 8 mois à la résidence sociale Nelson Mandela, et 2 décès parmi les personnes accueillies par le CHRS de l'association TARMAC. Parmi ces 7 personnes décédées, 5 avaient entre 50 et 60 ans.***

³⁴ Op. Cit.

³⁵ Dans l'enquête menée par la DIHAL, les difficultés liées au vieillissement sont définies sur la base des conditions d'obtention de l'APA : « avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, ou être dans un état suscitant une surveillance régulière ».

³⁶ Les pensions de famille et résidences-accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. Etude-bilan du Cerema pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP. Décembre 2014

2.2 Les besoins fondamentaux : pallier la perte d'autonomie

Outre les difficultés liées à la perte d'autonomie dénombrées ci-dessus, les intervenants sociaux soulignent également que certaines personnes ne savent pas s'alimenter correctement. Certaines substituent l'alcool à la nourriture ; d'autres « *ne s'alimentent pas le midi, soit parce qu'elles ont des difficultés à cuisiner ce qu'elles rapportent des « Restos », ou parce qu'elles n'ont pas envie de manger seules* ».

→ ***Dans la réflexion, il est nécessaire de prévoir l'aide et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (se laver, manger, se déplacer...) en tant que de besoin. Cette aide peut être apportée par des professionnels salariés et/ou par des services ad hoc d'aide à domicile.***

→ ***Il faut également veiller à l'accessibilité des locaux pour les personnes connaissant des difficultés de mobilité.*** Cette difficulté a été pointée par les groupes de travail, et également lors des entretiens menés. Au sein des maisons relais, un tiers des personnes présente un handicap physique.

2.3 Les besoins de sécurité : logement et santé

2.3.1 Disposer d'un logement : nécessaire mais pas suffisant

Les personnes qui ont eu un parcours de rue important, peuvent avoir des difficultés à occuper un logement. Elles perdent leurs repères ; « *entamer une démarche de réinsertion sociale signifie rompre avec un mode de vie, certes construit dans l'adversité, mais composé d'un réseau de ressources humaines et matérielles, d'un espace connu* »³⁷. « *La solitude est un frein très important à l'entrée en logement ou en hébergement. A la rue il se passe toujours quelque chose* » déclare de le responsable de l'accueil de jour "La Halte mancelle".

Des difficultés liées à la gestion du budget, à l'entretien du logement ou encore au relations de voisinage peuvent se poser. Malgré l'accession au domicile, les anciens SDF conservent les "habitudes de rue" : ils reçoivent leurs anciens compagnons de rue, parfois pour combattre leur isolement, parfois malgré eux. Ils possèdent des horaires atypiques et sont la plupart du temps toujours sous addiction.

→ ***Pour pallier la perte de repères, il faut donc veiller à une taille de logement appropriée, et proposer en tant que de besoin un accompagnement socio-éducatif.***

³⁷ ROUAY-LAMBERT S., 2006, « La retraite des anciens SDF », Les annales de la recherche urbaine, n°100, pp. 137-143

Les résultats d'enquête menée auprès de "L'Accueil Cénomane" montrent que la moitié des personnes de plus de 50 ans qu'il a accompagné en 2014 sont d'origine sarthoise. Hors la Sarthe présente un double visage rural/urbain. Le responsable de l'accueil de jour "La Halte mancelle" cite l'exemple d'un monsieur originaire de la campagne qui est en "errance institutionnelle". Il est venu en ville (Le Mans) par nécessité, afin d'obtenir de l'aide (il n'y a pas de structure en milieu rural), ce qui l'a déraciné et a contribué à lui faire perdre complètement ses repères.

→ ***Dans le développement de solutions, il peut être intéressant de veiller à respecter cet équilibre rural/urbain.***

2.3.2 Un état de santé somatique et psychique dégradé

De mauvaises conditions de logement favorisent la dégradation de la santé physique, mentale et sociale : mauvaise alimentation, difficultés face à l'hygiène, pathologies diverses non soignées, souffrance mentale, contribuent à rendre les personnes précaires plus vulnérables sur le plan sanitaire, et conduisent à un vieillissement prématuré des personnes ayant vécu dans la rue. Une enquête³⁸ réalisée en 2001 auprès des personnes sans domicile fréquentant les services d'aide met en évidence que l'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue. C'est pourquoi, les personnes de plus de 50 ans présentent en général plusieurs pathologies de façon simultanée. Cette poly-pathologie est illustrée par les chiffres issus de l'enquête réalisée à l'"Accueil Cénomane" : 39% des personnes cumulent 3 ou 4 difficultés de santé. Rentrant plus avant dans le détail des pathologies, les 19 résidents présents le jour de ma visite à l'EHPAD "L'Escale" de La Rochelle, spécialisé dans l'accueil des SDF vieillissants, présentaient tous au moins 5 pathologies différentes, la moitié d'entre eux cumulant plus de 13 pathologies.

Il n'existe pas de maladies spécifiques de la précarité. Différentes études et enquêtes font ressortir certaines pathologies rencontrées plus fréquemment. Les chiffres issus des données 2001 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du Monde³⁹ font état d'une souffrance psychique deux fois plus présentes chez les SDF que dans la population générale. Une enquête⁴⁰ réalisée en 2001 auprès des personnes sans domicile fréquentant les services d'aide montre qu'une personne sur

³⁸ DE LA ROCHERE B., 2003, La santé des sans domicile usagers des services d'aide, INSEE PREMIERE n°893

³⁹ Simonnot N., 2005, Pas de santé sans toit ni droit : l'expérience de la mission France de Médecins du Monde, in Santé et recours aux soins des populations vulnérables / CHAUVIN Pierre, Parizot Isabelle. pp. 133-145 Ed. INSERM

⁴⁰ Op. Cit.

quatre déclare connaître des états dépressifs fréquents. Les pathologies psychiatriques sont également deux fois plus présentes⁴¹. Au sein du groupe de travail de 2011, le centre hospitalier du Mans faisait état de « 4 à 5 situations de personnes âgées d'environ 50 ans, présentant des troubles cognitifs, trop jeunes pour entrer en maison de retraite, et qui ne dépendent pas du secteur du handicap, et pour lesquelles les troubles du comportement font obstacle à une intégration durable en collectivité ».

Viennent ensuite les maladies respiratoires, les pathologies digestives, les troubles ostéo-articulaires et les affections cardio-vasculaires. Un des médecins bénévoles à l'accueil de jour "La Halte mancelle" fait le même constat : « Les personnes qui sont ici ont des problèmes de peau (pieds abîmés, mycose, gale), des infections respiratoires, des problèmes digestifs aigus et des troubles psychologiques. Les problèmes dentaires reviennent souvent également ».

Cette même enquête⁴² met en évidence qu'un tiers de ces personnes déclare boire souvent de l'alcool. Parmi ce tiers, la moitié déclare avoir besoin d'alcool pour se sentir bien le matin. L'étude⁴³ menée en 2009 auprès des sans-abri de plus de 60 ans accueillis au centre d'hébergement d'urgence du Leydet de Bordeaux souligne également l'importance des addictions liées à l'alcool, avec 39% présentant un alcoolisme chronique. Pour le Dr Jacques Hassin, du Centre d'Accueil de Soins Hospitalier de Nanterre l'"alcoolomanie" est un des signes cliniques de la désocialisation, engendrant des troubles somatiques et cognitifs spécifiques (démences type Korsakoff, démence vasculaire). Dans la réflexion sur l'accueil des personnes à la rue, il faut traiter cette question et établir des règles claires concernant la consommation d'alcool. Alcool et tabac sont souvent combinés. Au sein des maisons relais de la Sarthe, un résident sur deux présente une addiction (annexe n°5). Cette proportion est identique parmi les personnes de plus de 50 ans ayant séjourné à l' "Accueil Cénomane" en 2014 (annexe n°4).

Les difficultés de santé des personnes en situation de grande précarité sont synthétisées par le rapport d'activité de la coordination sanitaire du SIAO : « une comorbidité importante des troubles somatiques, addictifs et psychiatriques, pour lesquels un suivi régulier est difficile, d'où la nécessité d'organiser la possibilité d'un suivi médicalisé rapproché ». Même si les plus âgées présentent des signes de vieillissement prématuré, il ne s'agit cependant pas de pathologies classiquement liées à l'âge : « il ne s'agit pas d'arthrose, ni de problèmes de vue ou de difficultés à la marche ».

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ GLANDUS L., 2009, *Vieillesse des sujets en situation de précarité. Analyse de la littérature et étude du profil médico-social des sans-abri de plus de 60 ans accueillis au centre d'hébergement d'urgence Leydet de Bordeaux du 2 au 18 juin 2008*, Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université Bordeaux II

2.3.3 Un accompagnement complexe, à inscrire dans la durée

Les personnes en situation de grande précarité sont dans le déni de leurs problèmes de santé. Cela se conçoit assez facilement pour certaines maladies mentales, pour lesquelles il peut s'agir d'un symptôme lié à la pathologie. Pour les pathologies somatiques, on est confronté au même processus. Une étude⁴⁴ menée sous l'égide de la Fondation de France en 2011 explique que l'invisibilité sociale pour les personnes vivant à la rue a des effets directs sur les corps. « *Cette invisibilité sociale conduit à ce que les corps deviennent invisibles aux yeux des personnes elles-mêmes, qui délaissent alors les formes de soins les plus élémentaires* »

Ainsi, la santé ne fait pas partie des préoccupations prioritaires. Pour beaucoup, il est difficile de se maintenir dans une démarche de soins en respectant les traitements prescrits, ou en se rendant aux rendez-vous médicaux. Or, « *plus que le manque d'accès aux soins, c'est le manque de régularité des traitements qui aggrave les pathologies* »⁴⁵. Les intervenants sociaux sont alors amenés à effectuer un accompagnement polyvalent, qui demande une vigilance quotidienne et répétée : accompagnement administratif et socio-éducatif, mais également dans certains cas vigilance sur la prise des repas, l'hygiène, et l'observance thérapeutique.

→ ***Eu égard à l'état de santé dégradé, l'accompagnement des soins doit être formalisé.***

2.4 Les besoins sociaux et ceux liés à l'estime de soi

L'isolement relationnel et familial revient de façon récurrente dans l'ensemble des témoignages. Les enquêtes montrent que la grande majorité des personnes sont des hommes célibataires. Parmi ceux qui ont de la famille (fratrie, enfants), rares sont ceux qui renouent le contact, soit parce le lien est conflictuel, soit par « *honte ou peur de déranger* »⁴⁶.

Par ailleurs, pour les personnes de moins de 60 ans, la plupart des dispositifs d'insertion utilisent le travail comme principal vecteur. Or les personnes précaires vieillissantes sont en général très éloignées de l'emploi. La sociologue Stéphanie Rouay Lambert explique en outre que le passage à la retraite est particulièrement délicat⁴⁷. « *Pour ceux qui étaient exclus du système, la retraite représente la possibilité d'un dernier*

⁴⁴ Groupe Recherche Action, 2011, Etude des maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris, page 53

⁴⁵ Actualités sociales hebdomadaires n°2805, 2013, « Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissantes », pp. 24-27

⁴⁶ Pacheco G., Mémoires d'oubliés, Edition de l'Association de gestion de logements accompagnés Nelson Mandela (2012), 93 pages

⁴⁷ ROUAY-LAMBERT S., 2006, « La retraite des anciens SDF », Les annales de la recherche urbaine, n°100, pp. 137-143

rattachement à la société ; ils seront retraités, comme toutes les autres personnes de leur âge. [] Les démarches permettant l'ouverture de droits sociaux afin de percevoir sa pension, confrontent "l'ancien" SDF à tout ce qui l'avait autrefois fait fuir (difficultés personnelles, familiales, professionnelles, etc.) ».

→ **L'insertion sociale revêt donc une dimension importante. Une organisation de logements combinant lieux de vie privatifs et collectifs paraît pertinente.**

Cependant l'équilibre est fragile : « l'alcool, les pathologies psychiatriques et les rivalités sont autant d'éléments qui rendent la vie en communauté délicate » témoigne la responsable de l'EHPAD "L'Escale " de La Rochelle. **Il faut donc porter une vigilance particulière sur la taille, qui ne doit pas être trop importante, et la composition du groupe (dans ce domaine la sur-représentativité des hommes peut occasionner des difficultés).**

→ **La possibilité de posséder un animal est également à prendre en compte.** Cet item n'a pas été intégré dans les enquêtes menées, il est donc impossible de savoir combien de situations sont concernées. Néanmoins, ce sujet a été régulièrement abordé au cours des différents entretiens.

Une difficulté supplémentaire mise en avant par les personnes rencontrées est la différence des temporalités adoptées par les bénéficiaires des accompagnements, les professionnels de terrain et les services administratifs. Pour les personnes à la rue, le seul temps est celui de la journée, il se conjugue au présent. Modifier ce rapport au temps afin d'élaborer un projet peut s'avérer difficile. Cette démarche est pourtant nécessaire ; la recherche d'adhésion de l'usager est en effet un principe fondamental, depuis les lois 2002-2 (loi de rénovation de l'action sociale déclinant les droits des usagers) et 2004 (loi relative au droit des malades).

→ **Compte tenu des besoins repérés et analysés, il convient d'examiner si les solutions développées sont adaptées. Les avis des personnes rencontrées, administratifs ou professionnels de terrain, sont partagés pour savoir s'il vaut mieux créer des structures spécifiques ou améliorer les conditions d'insertion dans les structures pour personnes âgées existantes. Il apparaît néanmoins que pour les personnes les plus jeunes (45 – 55 ans), il est nécessaire de réfléchir à des solutions intermédiaires.**

3. L'OFFRE DEPARTEMENTALE : ATOUTS ET LIMITES

Pour confronter les besoins aux solutions développées sur le territoire, il est nécessaire de les connaître toutes, de comprendre leurs atouts et limites tout en saisissant leurs particularités. Dans ce chapitre, un état des lieux de l'offre existante est réalisé, en faisant ressortir les spécificités de la Sarthe. Les dispositifs sont regroupés selon une logique de filière, de la rue à l'accès au logement : urgence et veille sociale, structures d'accompagnement temporaire, et solutions d'hébergement ou de logement sans limitation de durée.

3.1 L'urgence et la veille sociale

Le dispositif de veille et d'urgence social repose sur l'intervention combinée du SAMU social, des accueils de jour et du 115, numéro d'appel unique qui permet un fonctionnement sans interruption, régule les situations d'urgence et gère les capacités de mise à l'abri. Depuis 2010⁴⁸, ce fonctionnement est complété par les services intégrés d'accueil et d'orientation – SIAO -. Ces plateformes ont pour mission⁴⁹ « *d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état* ». Elles englobent le 115 et le service d'accueil et d'orientation, qui évalue les situations et effectue les orientations. En Sarthe, ces deux dispositifs sont portés par une seule et même association – l'association TARMAC -, ce qui favorise leur complémentarité.

Après trois années de montée en charge, le SIAO 72 a pris en 2013, toute sa place auprès des acteurs du département, avec notamment la création d'un comité technique, et la mise en place d'une commission chargée de se prononcer sur les situations complexes : la commission partenariale d'orientation (CPO). Le SIAO est devenu le guichet unique des demandes d'hébergement et de logement adapté et accompagné.

3.2 Les solutions d'hébergement temporaires

➤ L'accueil d'urgence

Le dispositif de mise à l'abri repose en Sarthe sur 9 places d'accueil d'urgence au sein du CHRS "Athnor" situé au Mans. Elles sont complétées par une dizaine de places d'accueil en milieu rural (locaux d'urgence mis à disposition par des collectivités ou des associations), ce qui pose des difficultés d'organisation, liées au transport notamment.

⁴⁸ Circulaire du 8 avril 2010 relative au fonctionnement des SIAO

⁴⁹ Article L345-2 du CASF

➤ Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les logements "ALT"

Les CHRS assurent⁵⁰ « *l'accueil, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse* ». En sus de la mise à l'abri en urgence, ces structures proposent deux types d'accompagnement : la stabilisation (ouverture de droits, élaboration d'un projet) et l'insertion (par l'emploi). En Sarthe, elles sont au nombre de trois, dont deux sont gérées par l'association TARMAC ; elles représentent 290 places.

Pour permettre aux associations qui accueillent des personnes défavorisées de se doter d'un parc plus important, l'offre de stabilisation est complétée par un parc de 350 logements financés par l'Allocation de Logement Temporaire – ALT⁵¹.

En Sarthe, une politique active de redéploiement des hébergements collectifs de CHRS vers des logements en diffus accompagné est actuellement menée. Mettre les personnes en situation de "chez soi" favorise en effet la démarche d'insertion. Cela permet en outre de pouvoir mobiliser l'ensemble des services qui interviennent à domicile, ce qui n'est pas possible en établissement d'hébergement.

Appliquant le principe d'inconditionnalité de l'accueil, le CHRS "Accueil Cénomane" héberge les personnes les plus âgées, à la fois très désocialisées et bien avancées dans le processus de vieillissement physique et psychique. Pour ces personnes vieillissantes, la période de stabilisation est généralement plus longue. Or les CHRS appliquent également le principe de continuité de la prise en charge : « *toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée* ». Ainsi certaines personnes vieillissantes peuvent passer plusieurs mois, voire plusieurs années au sein du CHRS, alors que les conditions d'accompagnement ne leur sont pas adaptées.

En effet les locaux n'ont pas été pensés pour des personnes susceptibles d'avoir des difficultés de déplacement. Les rythmes ne sont pas non plus adaptés : le CHRS ne permet pas l'accueil dans la journée, alors que certaines personnes vieillissantes, auraient besoin de "se poser". Il n'y a pas de lieu pour des activités occupationnelles.

Les projets d'accompagnement développés, axés sur l'insertion par le logement et par l'emploi, ne sont pas adaptés à ce public. L'accès et l'accompagnement aux soins représentent en effet la part la plus importante dans leur prise en charge. Or L'Accueil Cénomane, bien que disposant de personnels infirmiers et aide-soignant, connaît des difficultés pour répondre à cette demande.

⁵⁰ Article L312-1 du CASF alinéa 8

⁵¹ Instituée par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, l'ALT a été créée pour se substituer exceptionnellement aux aides au logement, quand le versement de ces aides n'est pas possible, notamment du fait d'une durée de séjour trop brève pour permettre l'ouverture d'une telle aide à la personne.

Enfin l'hétérogénéité des publics hébergés crée de l'incompréhension, entraînant des comportements agressifs. L'équipe mentionne également le rejet par ses pairs d'une personne en situation de handicap avec des difficultés relatives à l'hygiène, l'alimentation et l'élimination.

L'Accueil Cénomane permet à ces personnes de ne pas "mourir à la rue". Eu égard à la complexité des situations, il accueille certaines personnes vieillissantes sur de longues périodes alors qu'il connaît des limites importantes dans leur accompagnement.

➤ Les dispositifs de soins dédiés aux personnes sans domicile

Il s'agit de structures médico-sociales. En Sarthe, il en existe de deux sortes :

- ✓ **Les appartements de coordination thérapeutiques**⁵² - ACT, 13 places – hébergent des « *personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements* ». Ils permettent également « *un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* ». Créé à l'origine pour des personnes en situation de précarité sociale atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ce dispositif est aujourd'hui élargi à toutes les pathologies invalidantes. En Sarthe, l'hébergement est organisé en diffus. Le projet de service prévoit l'accompagnement de pathologies physiques, des pathologies mentales pouvant y être associées.
- ✓ **Les lits Halte soins santé** – LHSS, 11 places - accueillent les personnes qui, « *en l'absence de domicile, permettent aux personnes de "garder la chambre", de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient* »⁵³. Ils évitent ainsi les ruptures dans la continuité des soins, et une aggravation de l'état de santé. Afin de répondre à cet objectif, ils ont une vocation temporaire (2 mois renouvelables). Cette limitation de durée peut poser problème pour certaines situations "lourdes" de personnes vieillissantes pour lesquelles les réponses sont inexistantes ou inadaptées, ou que les EHPAD, en principe compétents, refusent de les admettre.

En Sarthe, les LHSS sont adossés au CHRS "L'Accueil Cénomane". Côté CHRS, la mutualisation des moyens entre les deux structures permet d'héberger dans de meilleures conditions que dans un CHRS classique les personnes vieillissantes.

⁵² Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique

⁵³ Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « Lits halte soins santé » Annexe I Cahier des charges

➤ Les hébergements temporaires en EHPAD

Certains EHPAD proposent un accueil temporaire, dans la limite de 90 jours par an. Celui-ci peut se dérouler sur plusieurs périodes dans l'année. Cette forme d'accueil alternatif peut être mise à profit pour organiser des séjours d'adaptation.

3.3 Les solutions sans limitation de durée

3.3.1 Les solutions de logement adapté pour les personnes défavorisées

Le statut de logement, commun à toutes les formules présentées ci-dessous, offre la possibilité, par opposition au statut d'hébergement, de mobiliser tous les moyens "de droit commun" de soutien et d'accompagnement à domicile.

➤ Les résidences sociales

Une résidence sociale propose des logements à bas coût. Les logements conventionnés dans ce cadre bénéficient d'une aide au logement majorée, permettant de proposer un soutien socio-éducatif. Il s'agit d'une forme d'habitat intermédiaire, pour avoir un toit : "le logement accompagné", qui constitue un tremplin vers le logement autonome.

En Sarthe, la résidence sociale qui accueille les personnes vieillissantes est gérée par l'Association de Gestion de Logements Accompagnés (AGLA) "Nelson Mandela". C'est un lieu de "double hospitalité", avec 69 studios individuels, comportant cuisine et salle de bains privatives. Des locaux collectifs, espace de rencontre et d'activités collectives, contribuent à rompre l'isolement et à créer du lien social, et peuvent aider ces résidents au parcours chaotique à reprendre confiance en eux.

La présence socio-éducative de proximité permet également des observations pour poser des diagnostics. Elle connaît pourtant des limites, liées au consentement aux soins, ainsi qu'à son statut (les personnes étant locataires et non pas hébergées, les professionnels n'ont aucune légitimité pour entrer dans les lieux de vie privés). Le rapport d'activité 2013 utilise l'expression d' "urgence sanitaire" pour décrire l'état de santé dégradé et les difficultés d'accompagnement aux soins de certains résidents. La précarisation des situations conduit aujourd'hui à la diminution du taux de rotation.

➤ Les Maisons Relais

Créées en 2002 et renforcées par la loi de programmation sur la cohésion sociale du 18 janvier 2005, les Maisons Relais - Pensions de famille constituent une modalité particulière de résidence sociale. En conséquence, elles relèvent, non pas du secteur social et médico-social, mais du secteur du logement (article L301-1 du Code de la Construction et de l'Habitation). Leur spécificité réside dans le caractère durable des logements. C'est pourquoi une place particulière est accordée à leur présentation.

Elles accueillent en priorité des « *personnes qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent, du fait de leur isolement social et affectif, trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome* »⁵⁴. Grâce à un logement semi-collectif, l'objectif des Maisons Relais est de permettre aux personnes logées une « *réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté* »⁵⁵. Il s'agit de structures généralistes accueillant des publics variés dans des logements individuels, ce qui implique une certaine autonomie des résidents.

En Sarthe, elles sont au nombre de 3, pour un total de 71 logements organisés en petits collectifs (de 15 à 25 places). Leurs locaux ne sont pas adaptés aux personnes ayant des difficultés de mobilité (les locaux sont aménagés au cas par cas, en fonction des moyens disponibles, notamment de la PCH⁵⁶ si la personne a une reconnaissance de handicap).

Dans le domaine des soins, les professionnels veillent au bon déroulement des soins en ambulatoire. Même lorsqu'un temps infirmier est mis à disposition (une des maisons relais dispose d'une infirmière une journée par semaine), les intervenants sociaux effectuent un suivi des rendez-vous, et parfois accompagnent les résidents directement. Les professionnels des maisons relais rencontrés rapportent que les usagers sont demandeurs de cet accompagnement lors de leur rendez-vous médicaux. Ils se heurtent au refus de certains médecins, qui tiennent à préserver le secret médical.

Au-delà du fait que toutes les structures ne sont pas en mesure de proposer un tel accompagnement, cela pose la question de la responsabilité et de la légitimité de ces professionnels, qui ne sont pas formés. Cela pose également la question de la continuité de l'accompagnement dans les structures de logement adapté, notamment lorsque des situations de fin de vie se présentent (dans les 3 maisons relais de la Sarthe, les équipes reconnaissent un besoin de formation sur cette thématique).

Suite aux remontées d'information des réseaux associatifs, et aux observations de certains gestionnaires de Maisons Relais - Pensions de famille confrontés au vieillissement parfois prématuré d'un nombre important de leurs résidents le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 12 juin 2006 a souhaité l'expérimentation de Maisons Relais pour personnes vieillissantes.

L'évaluation de cette expérimentation a donné lieu à un rapport⁵⁷, qui propose notamment de « *ne pas pérenniser les Maisons Relais - Pensions de famille dédiées aux publics vieillissants, en tant que telles, mais de prévoir explicitement et précisément les modalités d'accueil de ces publics dans les dispositifs de logement adapté* », avec comme

⁵⁴ Circulaire DGAS/SDA n°2002 – 595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Cf. page 10

⁵⁷ Evaluation des expérimentations « Résidence accueil » – « Maison relais-Pension de familles pour personnes vieillissantes », Rapport de mars 2010

argumentaire principal que « *la mixité des publics, si elle n'est pas systématiquement souhaitable, peut constituer une véritable richesse pour le groupe, dans ce dispositif dont la vie semi-collective est une caractéristique essentielle* ».

Dans certains cas, on pourrait imaginer que la maison relais puisse constituer une étape préalable avant une orientation possible vers un EHPAD, dans une logique de filière : démarche de stabilisation, avec observation et analyse des difficultés, pour identifier les obstacles à une entrée en EHPAD, et mettre en place les soins et l'accompagnement appropriés pour faciliter cette intégration. En tant que logement, les maisons-relais ne s'inscrivent pas dans cette logique. Certains des professionnels rencontrés expliquent ne pas admettre une personne s'ils estiment que la perte d'autonomie est trop importante ; le délai de sortie est en effet long lorsque les problèmes surviennent, mettant en danger à la fois le résidant et l'équipe.

➤ Les Résidences Accueil

Il s'agit de maisons relais qui accueillent des personnes présentant des difficultés psychiques. La majorité des personnes logées par ces structures ont une reconnaissance de handicap. En Sarthe, il y en a deux, dont une a été créée début 2014. A l'occasion d'un entretien téléphonique, la plus ancienne a formulé le constat que certains de ses résidents commencent à présenter des difficultés liées au vieillissement. Ceci est à prendre en compte dans la réflexion globale sur le vieillissement des personnes handicapées, qui est menée dans le cadre de l'élaboration du schéma unique d'organisation médico-sociale.

3.3.2 Les solutions développées en direction des personnes âgées

➤ Les logements foyers

Les logements foyers sont destinés à accueillir les personnes âgées de plus de 60 ans autonomes dans les actes de la vie quotidienne, et disposent de peu de personnel salarié. *A priori* ils n'offrent pas un cadre adapté pour les personnes en situation d'exclusion vieillissantes. Ils sont cependant nombreux (47), si bien qu'ils offrent un bon maillage du territoire, mais ont un taux d'occupation bas, à 70%. Cela fait d'eux une piste à exploiter pour d'éventuels projets.

Le projet loi d'adaptation de la société au vieillissement⁵⁸ prévoit deux axes pour les futures "résidence autonomie" (nouvelle appellation des logements foyers) : la mise en place d'un forfait autonomie pour renforcer leur mission de prévention, ainsi qu'un programme d'aide à l'investissement pour les travaux de réhabilitation.

⁵⁸ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1994.asp>, consulté le 9/11/2014

Des expériences pour loger en logement foyer des personnes handicapées vieillissantes, anciens travailleurs d'ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), ont été menées avec succès.

➤ L'accueil familial

Il existe en Sarthe une tradition d'accueil familial, notamment dans les territoires ruraux du sud Sarthe (au 31/12/2008 le taux d'équipement était de 5 personnes accueillies pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, contre 1,2 au niveau national⁵⁹). Sous réserve de formation adaptée, il peut s'agir d'une réponse pour les personnes qui s'adaptent mal à la collectivité. Lors du groupe de travail de 2011, le Centre hospitalier du Mans a témoigné que l'accueil familial a été une solution d'accueil pour 4 à 5 personnes en 2010. Cependant, il s'agit d'une forme d'accueil qui reste à professionnaliser. C'est pourquoi des actions de formation et l'élaboration d'un guide et d'une charte de l'accueil familial ont été mises en place dans le cadre du schéma d'organisation médico-social "Personnes âgées" 2010-2014. Une expérimentation vient d'être lancée en collaboration avec le Centre hospitalier spécialisé de la Sarthe (CHSS, spécialisé en psychiatrie), afin d'accompagner les accueillants familiaux pour l'accueil de personnes sortantes du CHSS (compréhension de la problématique et gestion du quotidien).

➤ Les établissements pour Personnes Agée Dépendantes

Les EHPAD sont des structures médicalisées ; ils représentent la solution de droit commun, permettant d'accueillir les personnes à partir de 60 ans, quelque soit leur dépendance. D'un point de vue strictement réglementaire, ils peuvent donc accueillir les personnes en situation d'exclusion vieillissantes de plus de 60 ans, voire plus jeunes sur dérogation. Dans la réalité, de nombreuses difficultés se posent, la première d'entre elles étant liée à l'âge des résidents. En Sarthe, la moyenne d'âge en EHPAD est en effet supérieure⁶⁰ à 86 ans, ce qui constitue un frein important pour l'accueil de personnes beaucoup plus jeunes. Le métier des EHPAD est la grande vieillesse. Vu la pression de la demande, ils orientent légitimement leur politique d'admission vers des personnes plus âgées.

Vient ensuite la question des ressources ; une des difficultés importantes concernant l'accueil en EHPAD pour la population générale porte en effet sur le financement de la prestation. Cette difficulté est accrue pour les personnes qui ont vécu en marge de la société, et qui, pour la très grande majorité, ont comme unique ressources les minima sociaux. En Sarthe, plus de 80 % des places en établissements pour personnes âgées

⁵⁹ Source : schéma d'organisation médico-social "Personnes âgées" 2010-2014

⁶⁰ Source : travaux de préparation du schéma unique d'organisation médico-sociale

sont habilités à l'Aide sociale à l'hébergement. Cela permet de solvabiliser les personnes les plus précaires financièrement.

Les freins à la prise en charge en EHPAD proviennent également de la stigmatisation des difficultés et des comportements, due à la méconnaissance et à la peur, avec des représentations de part et d'autres : les EHPAD (direction, équipe et résidents) associent au monde la rue les risques de vol, d'agression (les SDF sont principalement des hommes, les résidents d'EHPAD essentiellement des femmes), de dérapage lié à l'alcool. A l'inverse les personnes en situation d'exclusion vieillissantes ont peur de perdre leur liberté : peur de ne pas pouvoir sortir, de s'ennuyer, d'un règlement trop contraignant vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac.

Enfin, les personnels ne sont pas formés vis-à-vis de problématiques particulières de santé (addiction) ou de comportement.

Pour autant, des exemples témoignent d'intégration réussie. L'intervenante sociale de la "Mission Interface" (voir supra) explique que *« les appréhensions sont vite levées : l'immersion d'une seule personne évite les dérives qui seraient liées à l'intégration d'un groupe de SDF ; la présence d'un homme plus jeune peut être facteur de dynamisme »*. Citons aussi l'exemple de cette résidente de la maison relais d'Allonnes, pour laquelle le fait de mieux s'alimenter, de mieux prendre son traitement, d'avoir restreint la consommation d'alcool, et de devoir se mobiliser pour aller fumer dehors ont contribué à améliorer l'état général (annexe n°8).

3.4 Les services intervenants à domicile

Ces services à domicile peuvent intervenir y compris au sein des logements adaptés ou accompagnés, ceux ayant statut de logement et non pas d'hébergement. C'est pourquoi il est intéressant des les intégrer dans le diagnostic.

Dans le domaine du logement et de l'hébergement social, une multitude de dispositifs se sont développés, dans une logique d' "aller vers". Les bailleurs sociaux ont ainsi créé des postes d'intervenants sociaux dans le logement. Le Conseil général et l'Etat ont quant à eux créé deux dispositifs parallèles qui possèdent des fonctions similaires : Fond social du logement (FSL) pour le Conseil général, et service d'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) pour l'Etat. Une partie de l'offre d'hébergement collectif en CHRS a en outre été transformée en "CHRS hors les murs".

A l'occasion d'un état des lieux effectué en 2010, plus d'une quarantaine de services différents ont été recensés. Eu égard à ce nombre important, des fiche thématiques présentant chaque service ont été élaborées, et, regroupées au sein d'un guide diffusé sur un site web spécifique.

Dans le secteur des Personnes âgées, les Services de Soins Infirmiers A Domicile – SSIAD – et les services d'aide à domicile maillent intégralement le territoire. Les principaux réseaux de service d'aide à domicile sont regroupés dans un collectif unique.

Concernant les personnes handicapées, les SSIAD et les Services d'accompagnement à la Vie sociale (SAVS) couvrent également tout le département, tandis les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), au nombre de 5 actuellement, se développent progressivement depuis 2005.

L'analyse des besoins a par ailleurs souligné que les personnes en situation d'exclusion vieillissantes présentent un état de santé globalement dégradé. Aussi un focus particulier est effectué dans ce secteur. Les services d'Hospitalisation A domicile (HAD), les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) couvrent l'ensemble du département.

En santé mentale, suivant les secteurs, les centres médico-psychologiques – CMP – rattachés au CHSS interviennent à domicile. Au sein d'une des deux maisons relais rencontrées, l'équipe explique que le CMP intervient sur place pour 6 à 7 situations. Des rencontres régulières ont lieu, afin de tenir un discours commun et cohérent vis-à-vis des résidents. L'équipe du CMP apporte une expertise et des conseils d'adaptation de la pratique. Cette organisation diffère d'un secteur à l'autre.

La Sarthe bénéficie également de l'intervention de plusieurs équipes mobiles sanitaires. Elles apportent une vraie plus-value et sont moins connues, ayant été créées récemment. C'est pourquoi elles sont présentées plus en détail.

- L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), intervient sur l'agglomération mancelle, autour de deux axes :
 - l'accueil, l'orientation et le suivi des personnes en situation de précarité et d'exclusion :
 - ✓ permanences infirmières dans des structures d'hébergement, des lieux d'accueil de jour, des établissements de soins...
 - ✓ consultations médicales, entretiens psychologiques, entretiens infirmiers et évaluations sociales...
 - le soutien des acteurs de première ligne, professionnels et bénévoles des champs sanitaire et social :
 - ✓ temps d'échanges et d'élaboration autour de situations complexes (synthèses, réunions, appels téléphoniques, analyse des pratiques professionnelles...),
 - ✓ actions de formation/sensibilisation aux problématiques liées à la précarité et à la santé mentale.

Lors notre entretien, deux professionnels de l'équipe rapportent que le premier contact se fait souvent au sein du CHRS "Athnor", ce qui n'est pas sans poser problème car les pathologies psychiatriques sont difficiles à prendre en charge en structure collective, et les personnels sont démunis. Un collectif de plus petite taille pourrait être plus approprié pour l'accompagnement.

➤ L'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP) a été créée récemment (2012). Elle intervient sur l'ensemble du département pour apporter une expertise grâce à sa connaissance de la clinique et des filières spécifiques à la gérontologie et à la géronto-psychiatrie. Ses missions sont :

- ✓ accompagner ponctuellement les différents partenaires face aux situations de crise (soignants, aidants, médecins généralistes) ;
- ✓ évaluer la situation clinique, le contexte, les ressources thérapeutiques disponibles ;
- ✓ proposer une aide au diagnostic (clinique, environnemental..), un avis technique, une réflexion sur la pratique, une orientation adaptée ;
- ✓ sensibiliser et informer sur la prise en charge spécifique de la personne âgée souffrant de troubles psychiques.

L'EMPP et l'EMGP interviennent sur des champs différents. L'EMGP est sollicitée pour des troubles liés au vieillissement (démences précoces par exemple), ou des troubles du comportement, qu'ils soient perturbateurs ou se traduisent par un repli sur soi, une perte d'intérêt. Il s'agit le plus souvent de personnes de plus de 60 ans mais la barrière d'âge n'est pas rédhibitoire. Ainsi l'équipe peut participer au groupe d'étude technique de lutte contre l'exclusion du Conseil général (commission d'examen des cas complexes à domicile) indépendamment de l'âge. Elle peut constituer une ressource experte intéressante pour les structures sociales, notamment en cas de troubles dépressifs.

➤ Les Equipes d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAP) sont des dispositifs expérimentaux créés suite à appel à projet de l'ARS Pays de Loire en 2012. Elles ont vocation à intervenir auprès des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie, et des Personnes en situation de handicap vieillissantes. Elles peuvent intervenir à domicile ou en établissement.

Au niveau du premier recours, l'objectif est de renforcer l'accompagnement pour prévenir la perte d'autonomie, éviter une hospitalisation, une ré-hospitalisation ou une institutionnalisation. L'objectif est aussi de venir en appui aux Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en identifiant et organisant la mise en place d'un plan d'action pour le retour rapide dans le milieu de vie initial.

Ces équipes constituent une ressource experte pour le public étudié, dès lors qu'il est en perte d'autonomie, même si leur rayon d'action est limité. En Sarthe 2 équipes ont été constituées, gérées respectivement par le Pôle gériatrique Nord Sarthe (regroupement des centres hospitaliers de Sillé le Guillaume, Bonnétable et Beaumont/Sarthe) et la Fondation Georges Coulon au Grand Lucé.

Au total, plus d'une cinquantaine de services ont été recensés, au sein de filières parallèles "Handicap", "Santé mentale", "Vieillesse", "Addiction", "Logement", entre lesquelles il est aujourd'hui nécessaire de construire des passerelles. L'organisation de sessions de formation inter-secteur constitue un bon exemple du travail qui peut être mené. Des formations/échanges de pratique ont été mises en place à destination des professionnels de "premier contact" intervenant auprès de personnes résidant dans leur logement, et présentant des troubles psychiques/psychiatriques et/ou d'addiction. Les objectifs de ces formations sont triples :

- ✓ Agir sur les représentations des professionnels de 1^{er} contact,
- ✓ Leur transmettre des pratiques professionnelles leur permettant de maintenir le contact et d'installer un relationnel de confiance,
- ✓ Leur permettre d'orienter les personnes vers les dispositifs sanitaires et médico-sociaux compétents.

Les premiers cycles de formation se sont adressés aux équipes d'intervenants sociaux des bailleurs sociaux. Pour la suite, les services d'aide à domicile sont également intéressés par la démarche.

Pour un panorama complet, citons enfin l'Alliance Sociale Animale (ASA), une association qui peut venir en appui pour les situations difficiles impliquant un animal : évaluation comportementale animale, accompagnement au domicile du propriétaire, formation de salariés...

3.5 Les dispositifs de coordination de parcours

✓ La coordination sanitaire du SIAO

Cette coordination sanitaire est expérimentée au sein du SIAO de la Sarthe depuis le 1^{er} janvier 2013, afin de stabiliser les parcours de soins et d'éviter préventivement les ruptures de parcours. Elle se concrétise par l'intervention d'une infirmière à mi-temps, financée par l'ARS des Pays de la Loire. Cette professionnelle de santé joue un rôle de référent santé pour l'utilisateur, et de coordination des différents acteurs médico-sociaux et

sanitaires, en lien avec l'équipe sociale et éducatrice du SIAO. Après presque 2 ans de fonctionnement, les résultats sont positifs pour toutes les parties prenantes :

- ✓ pour la personne accueillie : c'est la garantie que sera pris en compte l'ensemble de ses difficultés au moment de son orientation. L'apport de l'évaluation sanitaire vient compléter les observations sociales et vient conforter les orientations proposés par le SIAO ;
- ✓ pour le SIAO : l'apport d'une infirmière coordinatrice a permis d'améliorer l'évaluation et l'orientation des personnes en demande d'hébergement. Elle a notamment un rôle de conseil et d'amélioration du parcours de soin. Cette plus-value au niveau médical rassure les structures d'hébergement, leur donne une visibilité et un soutien dans leur travail de réinsertion, favorisant ainsi l'accueil des personnes ayant une problématique sanitaire ;
- ✓ pour les acteurs de la santé : l'infirmière coordinatrice est une interlocutrice facilitante pour les services sanitaires. Elle peut recevoir des informations médicales, les comprendre et les traiter dans l'intérêt des personnes. En faisant le lien, elle permet d'améliorer la compliance et le suivi médical des patients, et ce malgré leurs difficultés sociales.

✓ Le Centre d'Information Départemental d'Accueil pour l'Autonomie (CIDPA)

Après 2 années de réorganisation, les 13 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)⁶¹, les 3 dispositifs "MAIA"⁶², et les équipes médico-sociales chargées de la mise en œuvre de l'APA à domicile dépendent aujourd'hui tous du Conseil général. Chacun des trois dispositifs couvre l'ensemble du département, pour une meilleure réponse de proximité. L'objectif poursuivi est de mettre en place un fonctionnement intégré, sous la houlette du CIDPA, et de réorganiser les modalités de coordination.

Dans le cadre du schéma unique d'organisation sociale et médico-sociale, les CLIC vont en outre évoluer vers des CLIC "Autonomie" pour s'ouvrir aux Personnes handicapées (accueillir et information en proximité).

L'expérience des CLIC pourrait être mobilisée sur certaines situations. La barrière d'âge prend ici tout sens. En effet, si une évaluation débouchait sur l'expression de besoins, et qu'un plan d'aide soit proposé, il n'y aurait pas de financement possible avant 60 ans (l'APA peut être sollicitée pour les plus de 60 ans, et l'aide sociale à partir de 65 ans). Dans une logique de financement, l'avis des CLIC n'est pas sollicité pour évaluer la situation d'une personne de moins de 60 ans.

⁶¹ Un CLIC est un guichet d'accueil, d'information et de coordination de proximité à destination des personnes âgées et de leur entourage, ainsi que des professionnels du secteur

⁶² MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cahiers pédagogique de la CNSA octobre 2014
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf

Ces habitudes de travail conduisent à ce que les CLIC ne collaborent pas avec le SIAO. Ils ne participent pas non plus aux Groupes d'Etude technique pour la Lutte Contre l'Exclusion (GET LCE – voir infra "Commission cas complexes"), et ne travaillent pas avec l'EMPP. Il sollicite l'EMGP en tant que de besoin.

➤ Les plateformes de coordination des dispositifs d'accompagnement dans le logement

Dans une logique de prévention, cinq plateformes territoriales de coordination des dispositifs d'accompagnement dans le logement (2 en milieu semi-rural, 3 en milieu urbain) sont expérimentées, avec pour objectif central l'articulation rapide et le plus en amont possible de toutes les ressources existantes, pour proposer un accompagnement adapté et coordonné dès que le besoin est identifié.

Les organisations territoriales ainsi créées, ont pour vocation de déclencher, selon les besoins :

- ✓ soit des mesures d'accompagnement centrées sur le logement (habituellement financées, mais pas exclusivement, sur les lignes AVDL ou FSL), dont l'objectif est de permettre aux personnes en difficulté d'accéder à un logement et de bien y vivre, ou de prévenir d'éventuelles difficultés d'accéder quand les personnes sont logées
- ✓ soit des mesures d'accompagnement global et pluridisciplinaire, adaptées aux besoins des personnes, quel que soit le dispositif auquel ces personnes se rattachent (CCAS, circonscription d'action sociale, logements sociaux, dispositifs de soins...)

➤ Les commissions d'examen des situations complexes

Plusieurs commissions pluridisciplinaires fonctionnent afin statuer sur les situations complexes : la Commission Partenariale d'Orientation du SIAO (CPO), les Groupes d'Etude Technique de Lutte contre les Exclusions du Conseil général, ainsi qu'une commission animée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Il arrive qu'une même situation soit évoquée dans plusieurs commissions.

→ **La palette d'établissements et services prévus par la réglementation a été déployée sur le département de la Sarthe, dans chacun des trois secteurs "Personnes en situation d'exclusion", "Personnes en situation de handicap" et "Personnes âgées". La plupart ont été développés au coup par coup ("un problème – une solution"), et l'offre reste aujourd'hui cloisonnée selon une logique de missions et de financeurs. Ainsi un des premiers points positifs exprimés lors de la clôture des travaux du groupe de travail animé par le Conseil général a été l'interconnaissance des acteurs qu'il avait apportée.**

La "matière première" est donc présente sur le territoire en termes d'offre de service, et des passerelles ont été initiées. Avec les formations transversales et les plateformes locales de coordination, la DDCS72 a essayé d'impulser depuis trois ans une dynamique de collaboration entre les acteurs associatifs de la grande précarité et les acteurs du médico-social et de la santé, et ce, tout le long des parcours, de la rue jusqu'à la stabilisation dans un logement. Les préconisations de la présente étude devront prendre en compte la nécessité d'organiser des collaborations et des coopérations.

4. PRESENTATION DE QUELQUES DISPOSITIFS SPECIFIQUES

4.1 Des EHPAD pour SDF

En France, quelques structures accueillent des anciens SDF. La littérature spécialisée sur le sujet mentionne notamment deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de capacité importante : l'EHPAD « Saint Barthélémy » de Marseille a mis en place une unité dédiée de 34 places sur les 246 que compte l'établissement, tandis que le centre d'accueil et de soins hospitalier (CASH) de Nanterre⁶³ accueille en majorité des personnes ayant vécu longtemps à la rue. La Maison d'Accueil pour Personnes âgées marginalisées de Dijon⁶⁴ – MAPAM -, créée en 1993, est quant à elle, une structure à vocation sociale, non médicalisée, qui s'apparente à ce que sont aujourd'hui les maisons relais/pensions de famille.

L'EHPAD de l'association "L'Escale", situé à La Rochelle, est un établissement de 19 places. Sa petite capacité en fait un dispositif unique en son genre, susceptible d'être reproductible. C'est pourquoi il est intéressant de l'étudier particulièrement ; aussi je suis allée le visiter pour préparer ce mémoire.

Cet établissement a été créé suite aux difficultés de prise en charge des personnes vieillissantes constatées par les équipes des maisons relais de l'association. Il a ouvert ses portes en septembre 2010, et accueille des personnes âgées dont « *le parcours est caractérisé par une désocialisation, une absence de domicile fixe, des problèmes de comportement ou d'addiction* ».

Les personnes accueillies ne viennent pour la plupart pas directement de la rue, mais s'inscrivent dans un parcours. Ainsi, au moment de la visite (juillet 2014), une seule venait de la rue directement. 32% provenaient d'un établissement sanitaire de soins de suite et

⁶³ Actualités sociales hebdomadaires n°2805, avril 2013 - pp. 24-27

⁶⁴ Documents-Cleirppa, Cahier n°19, juillet 2005 – pp. 15-17

réadaptation (SSR), 26% de maisons relais, 15% (soit 3 personnes) d'une maison de retraite et 15% sortaient de l'hôpital.

Le profil des résidents accueillis le jour de la visite illustre le vieillissement prématuré et "l'usure" des personnes ayant vécu longtemps dans des conditions précaires : l'âge moyen, de 66 ans, est nettement inférieur à la moyenne nationale en EHPAD (84 ans). Un quart des personnes présentes le jour de la visite (5 sur 19) avait moins de 60 ans (dont une moins de 55 ans). Le Gir Moyen Pondéré (GMP), qui reflète le niveau de dépendance des personnes était de 655. Il correspond à celui d'un EHPAD⁶⁵, mais reste inférieur au niveau national⁶⁶, et au GMP moyen des EHPAD de la Sarthe (697). Cela s'explique en partie par le fait que certains résidents retrouvent un bon niveau d'autonomie après leur entrée dans la structure, du fait d'une alimentation équilibrée, d'une prise régulière de leur traitement et, pour beaucoup, d'une diminution de la consommation d'alcool.

Le besoin de médicalisation s'avère davantage justifié par l'état de santé des personnes que par leur niveau de dépendance. Le jour de la visite, elles présentaient toutes au moins 5 pathologies différentes, la moitié d'entre elles cumulant plus de 13 pathologies (avec une prépondérance des troubles du comportement nécessitant un suivi en psychiatrie).

Qu'en est-il des financements ? Concernant les crédits de médicalisation pour la prise en charge des soins, prenant en compte le GMP déclaré par l'établissement (à valider par le Conseil général), et une charge en soins moyenne (valorisée par le pathos moyen pondéré⁶⁷ – PMP), la dotation "soins" allouée par l'ARS se situe en-dessous de la valeur plafond.

Le prix de journée hébergement se monte quant à lui à 67€, à comparer au prix moyen de la Sarthe de 54€ en 2014. En outre le prix de journée pour les personnes de moins de 60 ans est élevé (80 € en 2013). Ce prix élevé est principalement dû à la petite capacité de l'établissement, combinée à une présence de personnel 24h/24. De plus, le prix de journée est minoré par le fait que l'association était déjà propriétaire du bâtiment, même si une importante opération de travaux a été nécessaire.

Après quatre années de fonctionnement, l'établissement remplit sa mission avec succès. Son fonctionnement est celui d'un EHPAD classique, avec un atout majeur : une petite capacité. En effet, l'alcool, les pathologies psychiatriques et les rivalités sont autant d'éléments qui rendent la vie en communauté très délicate ; *"les problèmes de la rue sont*

⁶⁵ On considère qu'un établissement accueille des personnes « dépendantes » si le GMP est supérieur à 300

⁶⁶ L'observatoire KPMG donne pour l'année 2012 un GMP moyen de 657 dans les structures associatives à but non lucratifs et de 709 dans les EHPAD publics.

⁶⁷ Le modèle PATHOS permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées en établissement ou à domicile. Le "Pathos Moyen Pondéré" ou PMP est un indicateur synthétique de charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée.

rentrés à l'intérieur", explique la responsable. La principale difficulté reste la prise en charge de l'alcoolisme. Dans ce domaine, l'objectif n'est plus le sevrage mais l'accompagnement, assorti d'un discours de modération. Son principal point faible est son prix de journée élevé. Il s'agit d'un modèle qui demande un engagement financier important de la part d'un Conseil général.

4.2 La Mission "Interface" de la Maison de la veille sociale de Nantes

Dans le département de Loire-Atlantique, la Mission "Interface", rattachée au SIAO 44, assure spécifiquement la mise en relation de personnes âgées sans-abri avec des établissements qui accueillent des personnes âgées. Il est intéressant de la présenter ici, d'une part parce qu'il s'agit d'un dispositif unique en France, d'autre part parce qu'elle fonctionne au sein de la même région administrative que la Sarthe. Cette présentation s'appuie sur le compte-rendu de la visite réalisée par le Conseil général et la DDCS de la Sarthe, ainsi que sur le rapport d'activité 2013, et sur un article de l'hebdomadaire "Lien social"⁶⁸. Ces lectures ont été complétées par un entretien téléphonique avec le responsable de la mission.

La mission "Interface" a été mise en place en décembre 2008, suite au constat d'un nombre important d'appels au 115 par des personnes âgées de plus de 58 ans. L'objectif initial était de créer une passerelle entre le monde de "l'urgence et l'insertion" et celui des "Personnes âgées", afin de favoriser la sortie des dispositifs de lutte contre l'exclusion et l'orientation vers ceux dévolus aux personnes âgées. D'abord expérimentale la mission a été pérennisée en 2010. Elle repose sur l'intervention d'un travailleur social, dont le salaire est financé par l'Etat (DDCS) à hauteur de 40 000 euros. Les coûts de fonctionnement sont mutualisés avec ceux de la Maison de la Veille sociale de Nantes.

Le dispositif est destiné aux personnes de plus de 58 ans, qui ont connu une période de stabilisation et sont en capacité d'intégrer une structure collective. Les missions principales du travailleur social sont :

- ✓ Evaluer la situation et les besoins de la personne, pour proposer la meilleure orientation ;
- ✓ Préparer l'admission : préparer le projet de vie du futur résident, accompagner l'installation (déménagement, étiquetage du linge...) et assurer la formation/information du personnel ; plusieurs visites préalables sont généralement nécessaires pour lever les réticences, à la fois de la personne et de l'équipe ;

⁶⁸ TREMINTIN J., 2012, « Des SDF en maison de retraite », Lien social, n°1055, pp. 10-16

- ✓ Assurer un suivi de minimum 3 mois, avec des visites régulières qui s'espacent progressivement, ainsi qu'une intervention immédiate en cas de nécessité. Ce suivi peut se prolonger si besoin, mais l'intervention de la mission doit rester circonscrite dans le temps ;
- ✓ Rechercher des partenariats avec des associations de bénévoles, afin d'assurer le relais à l'arrêt de l'intervention de la Mission, et ainsi éviter l'isolement.

Le travail d'information et de démarchage des établissements (EHPAD, logements-foyers ou domiciles collectifs) a été très important au départ. Aujourd'hui, des conventions sont signées avec 78 structures, toutes habilitées à l'aide sociale. Il est à noter que les places sont moins disponibles sur Nantes qu'en milieu rural, alors que l'origine géographique des personnes accompagnées est en grande majorité urbaine.

Ce dispositif a pu voir le jour grâce à des modalités de travail en réseau : mutualisation des moyens, articulation entre partenaires, gestion pluridisciplinaire des situations les plus complexes. De nombreux partenaires sont en effet concernés : familles, partenaires du soin, organismes de protection des majeurs, justice, police, services sociaux, associations de bénévoles, services de l'Etat...

Son bilan est positif. L'objectif initialement fixé par la DDCS de Loire Atlantique, d'intégrer une personne par mois, a été respecté, avec un très bon taux de réussite. En 2013, 58 situations ont été accompagnées au total, avec une moyenne d'âge de 68 ans, en augmentation par rapport à 2012 (65 ans). Sur ces 58 situations, 11 personnes ont été admises en structures (moyenne d'âge de 67 ans, du même ordre qu'en 2012), et 9 admissions étaient en préparation. Le profil de leur état de santé correspond au profil général des personnes en situation de grande précarité : 90% présentent une maladie chronique, 80% présentent au moins une addiction et 50% sont atteintes de troubles psychiatriques.

Le rapport d'activité 2013 fait état d'une augmentation significative du nombre de femmes, restant à confirmer en 2014 (doublement du nombre de femmes suivies, soit environ 30% du public accompagné). Par ailleurs, les personnes n'ayant pas un parcours de rue, mais ayant eu un "accident de parcours" sont de plus en plus nombreuses (elles représentent 45% en 2013). « *Tout comme le public en situation de grande précarité, ces personnes souffrent toutes d'isolement, à la fois social et familial* ». Malgré l'admission en structure collective, leur isolement « *reste très prégnant* ».

Au plan local, ce dispositif a démontré son utilité, et aide à la fluidification des parcours. Il présente cependant des limites, qui sont soulignées par le rapport d'activité 2013⁶⁹. En tout premier lieu il exclut les personnes trop jeunes (moins de 58 ans). Il n'apporte pas

⁶⁹ Rapport d'activité année 2013 – Maison de la veille sociale 44 – pp. 81-90

non plus de réponses pour les personnes qui cumulent les difficultés, ou encore les personnes ayant des animaux.

L'équilibre de la "Mission Interface" est fragile en termes de réactivité. En effet son fonctionnement repose sur un seul professionnel, ce qui engendre un délai d'attente de un mois et demi pour la première évaluation. Par ailleurs, le rapport d'activité 2013 relève le besoin d'un professionnel de santé pour améliorer la coordination sanitaire.

Enfin, les efforts doivent être poursuivis en direction des établissements. Certains sont encore réticents pour l'accueil de ce public, en raison de leur expérience antérieure. Cela « *ancree une représentation défavorable du public de la Mission* ». En outre, on assiste à une ré-interpellation récurrente de la Mission pour certaines situations (personnes initialement très désocialisées). « *Malgré tout l'étayage mis en place à l'entrée, les équipes se sentent démunies et incompetentes face certains comportements et débordements* ».

Ce dispositif ne répond pas complètement à la problématique étudiée dans ce mémoire, notamment parce qu'il ne concerne pas les personnes trop jeunes. Etant situé au sein de la même région administrative que la Sarthe, il constitue en revanche un "lieu ressources" intéressant.

3^{ème} PARTIE. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES SDF VIEILLISSANTS

Les profils des personnes en situation d'exclusion vieillissantes sont très variés ; les situations fluctuent dans le temps et en fonction des contextes. En conséquence, les axes de travail dégagés doivent être souples et évolutifs, afin de pouvoir personnaliser au mieux l'accompagnement.

Compte tenu de la large palette de services disponibles, la réflexion mobilise les dispositifs existants, dits de "droit commun", dans une logique de parcours et de complémentarité.

Les préconisations sont déclinées selon les trois axes suivants : accompagnement, adaptation et anticipation, en référence aux trois piliers du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement⁷⁰. Un quatrième volet porte sur les modalités de mise en œuvre.

1. UN ACCOMPAGNEMENT COORDONNE ET ETAYE

1.1 Un référent au sein du SIAO

Le SIAO doit permettre à chaque personne suivie d'avoir un référent personnel, afin de «garantir le suivi et la cohérence du parcours⁷¹». Il serait intéressant d'identifier au sein du SIAO de la Sarthe un professionnel plus particulièrement chargé de l'évaluation et de l'orientation des personnes vieillissantes. Celui-ci travaillerait notamment en lien avec l'infirmière chargée de la coordination sanitaire. Le fait d'être identifié comme référent spécifique sur ces situations, lui permettrait de monter progressivement en compétences sur ce domaine.

L'état des lieux réalisé fait apparaître que les personnes vieillissantes en situation complexe bénéficient actuellement d'un accompagnement, même si celui-ci est effectué "par défaut" d'une solution complètement adaptée. Par conséquent, elles ont d'ores et déjà un référent social privilégié. Il ne s'agit donc pas d'instaurer une fonction de gestionnaire de cas⁷², telle qu'elle est exercée par la Mission "Interface" en Loire Atlantique (voir infra). Mettre en place un référent dédié au sein du SIAO tel que proposé, permettrait d'une part de créer des liens avec les acteurs du domaine gérontologique -

⁷⁰ Projet de loi n° AFSX1404296L relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, texte adopté n°403 par l'Assemblée nationale le 17/09/2014

⁷¹ Instruction interministérielle DGCS/USH/DIHAL n°2011-86 du 4 mars 2011 relative à la mise en place de la fonction de référent personnel dans les SIAO

⁷² La notion de "gestionnaires de cas" est notamment précisée par Instruction DGOS/PF3 n°2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique sur les réseaux de santé. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2012/10 du 15 novembre 2012, page 73.

notamment le CIDPA pour le domicile, les EHPAD sur le champ de l'hébergement, et l'EMGP dans le secteur sanitaire –, d'autre part d'anticiper une éventuelle augmentation du nombre de sollicitations, voire de pouvoir se positionner en tant que gestionnaire de cas si la situation l'exige.

En outre, il existe, dans le département, différentes commissions chargées d'examiner les situations complexes (cf. p.37), et il peut arriver que plusieurs commissions examinent une même situation. Pour favoriser un accompagnement lisible et cohérent, ce référent pourrait être chargé de saisir la commission qui lui paraît la mieux à même de se prononcer. Il pourrait également suggérer la mobilisation ponctuelle d'un professionnel supplémentaire au sein de la commission saisie, lorsque les compétences dont celui-ci dispose en sont absentes.

1.2 La mise en place d'un pôle ressources

L'état des lieux a mis en exergue des expérimentations innovantes sur lesquelles il serait intéressant de capitaliser :

- ✓ la mission "Interface" de la Maison de la veille sociale de Loire Atlantique, qui possède une expérience de plusieurs années, notamment dans les relations avec les établissements d'hébergement pour Personnes âgées ;
- ✓ l'expérience des formations transversales, rassemblant des professionnels d'horizon divers, intervenants sociaux et professionnels de la santé.

Profitant de leurs retours d'expérience, un pôle ressources destiné à apporter conseil et soutien sur les situations individuelles pourrait être mis en place. Il serait constitué, en sus du référent du SIAO présenté au paragraphe précédent, de personnes ressource spécifiquement formées. De formations initiales différentes, elles pourraient travailler dans les champs de l'exclusion (intervenants sociaux), de la santé (infirmière, médecins...) ou le domaine médico-social (psychologue, AMP...). Leur nombre est à déterminer : il doit être suffisant pour susciter des échanges pluri-professionnels et faciliter la continuité, mais pas trop important pour permettre un fonctionnement simple.

La gouvernance de ce dispositif doit être interrogée, en ayant à l'esprit qu'une légitimité de faits (pilotage par les acteurs les plus impliqués dans la démarche) fonctionne en général beaucoup mieux qu'une légitimité de droit, issue de la réglementation ou des financements.

Il est à noter que si d'autres départements sont intéressés, la régionalisation du dispositif de formation des personnes ressource serait une plus-value intéressante en termes d'échange de pratiques.

1.3 La place des bénévoles

L'isolement des personnes est pointé comme une difficulté majeure par l'ensemble des acteurs. Par le regard extérieur qu'ils apportent, l'implication de bénévoles peut être bénéfique, afin de renforcer la dynamique d'accompagnement. Ayant été sollicité pour donner son avis sur les présentes préconisations, l'équipe du "Pôle Sans Résidence Stable" du Conseil général a particulièrement insisté sur le rôle des bénévoles. Tout usager a besoin d'un référent adulte ; le bénévole peut être celui-ci, en mettant en place une relation de confiance. Cependant, pour une bonne complémentarité avec les équipes, il est important que les bénévoles se professionnalisent (formation, temps d'écoute...).

L'initiative Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés), officiellement lancée début 2014, représente à cet égard une opportunité. Il s'agit d'une démarche collaborative d'intérêt général, soutenue par le gouvernement, qui regroupe au sein d'un même mouvement des bénévoles, des associations et des institutions, afin de lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Même si ce projet concerne avant tout les plus de 75 ans, il peut être intéressant de profiter de cette dynamique pour développer des initiatives à destination des SDF vieillissants.

2. L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE LOGEMENT/HEBERGEMENT

Pour pouvoir répondre aux projets de vie et aux besoins de chaque personne, il est important de veiller au développement d'une offre diversifiée d'habitat, souple et adaptable. C'est pourquoi il est préférable de ne pas créer des structures spécifiques pour les personnes vieillissantes en situation d'exclusion⁷³, qui pourraient s'avérer trop contraignantes.

Les préconisations portent sur la création de passerelles entre les dispositifs existants de logement adapté et d'accompagnement socio-éducatif d'une part, et les établissements et services médicalisés d'autre part, permettant de mettre en place des solutions évolutives, et de mutualiser les moyens - aides au logement, BOP 177⁷⁴ et ONDAM⁷⁵ médico-social.

⁷³ A l'instar des conclusions du rapport d'Evaluation des expérimentations « Résidence accueil » – « Maison relais-Pension de familles pour personnes vieillissantes », de mars 2010

⁷⁴ BOP 177 : Le Budget Opérationnel de Programme 177 regroupe la part des crédits destinés au financement des actions de prévention de l'exclusion et d'insertion des personnes vulnérables

⁷⁵ L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est le montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France. C'est un outil de régularisation des dépenses.

Pour les personnes connaissant des difficultés d'autonomie et/ou de santé qui sont telles qu'une prise en charge en EHPAD serait la plus indiquée, mais dont l'âge ou le parcours de vie sont incompatibles avec une telle prise en charge, la solution d'accompagnement la plus adaptée paraît être celle d'un binôme partenarial petite unité de vie/ structure médicalisée (2.1). Pour les personnes plus âgées, il est nécessaire de faire en sorte que les structures de droit commun destinées aux personnes de plus de 60 ans puissent les accueillir (2.2).

2.1 Des petites unités en partenariat avec une structure médicalisée

Pour les personnes les plus jeunes (limite indicative de moins de 55 ans), la mise en place d'une microstructure, permettant un accompagnement régulier aussi bien sur le volet "santé" que sur le versant socio-éducatif, paraît le plus indiqué.

De statut "Résidence sociale", ce lieu de vie associe quelques logements privatifs et un espace collectif. Cette combinaison permet de satisfaire la variété des besoins d'indépendance et d'intimité des personnes, tout en offrant un accès permanent aux espaces collectifs pour lutter contre l'isolement. Les logements sont adaptés à la perte d'autonomie, et permettent l'accueil d'un animal. Il est important de veiller à ne pas concentrer l'offre en milieu urbain. Pour le bâti, la piste des logements foyers, qui présentent un taux d'occupation assez faible, peut être explorée ; il conviendra alors de les transformer en résidence sociale afin qu'ils puissent bénéficier d'une aide au logement majorée permettant de soutenir le projet social.

Le fait d'adosser ce lieu de vie à une structure médicalisée, EHPAD ou LHSS, permet de mettre en place un suivi médical et paramédical. Il est possible de mutualiser la veille de nuit, et des services support, tels que l'entretien. Des passerelles peuvent être mises en place pour la restauration (portage de repas ou prise de repas en commun ainsi que développé dans le cadre du schéma d'organisation médico-sociale "Personnes âgées" 2010-2014), les animations et activités. La collaboration avec un EHPAD peut permettre l'intervention ponctuelle d'autres professionnels (psychologue, ergothérapeute...).

Concernant l'accompagnement au quotidien, le statut de résidence sociale permet l'intervention de services à domicile, pour les actes de la vie quotidienne ou l'accompagnement dans le logement. Un professionnel référent, de profil socio-éducatif, encadre et anime le fonctionnement de ce petit collectif.

Administrativement, cette petite résidence doit être rattachée à une structure plus importante (soit la structure médicalisée partenaire, soit une autre association du domaine social). Cela permet de mutualiser les moyens liés à la gestion.

Les professionnels rencontrés en entretiens appellent à être vigilant sur la taille des unités de vie. Une telle unité pourrait être constituée de 5 à 10 logements. La proximité

géographique est un atout pour la réussite d'un tel projet. En cas d'installation à proximité d'un EHPAD, il convient de porter une attention particulière sur la communication auprès des résidents de l'EHPAD et de leur famille.

Il s'agit là d'une forme d'accueil intermédiaire, lieu de stabilisation tremplin vers les structures de droit commun pour l'accueil de longue durée, les maisons relais et les EHPAD.

2.2 Le rôle des EHPAD et des familles d'accueil

Pour les personnes de plus de 60 ans qui ne peuvent plus rester dans leur logement, l'EHPAD représente la principale solution de droit commun. Eu égard aux freins identifiés, il est nécessaire de travailler avec ces établissements, afin d'intégrer dans de bonnes conditions les personnes précaires vieillissantes.

A cet effet l'action la plus appropriée paraît être la mise en place de sessions de formation/information à destination du personnel des EHPAD (administratif, médical ou soignant), afin d'agir sur les représentations de ces professionnels et de susciter un échange autour des pratiques.

Il est nécessaire que le Conseil général, la DDCS, et l'ARS légitiment cette démarche, dont les grandes lignes pourraient être :

- ✓ Identifier les difficultés rencontrées à partir des expériences des maisons relais, CHRS et résidences sociales, et de l'expérience de la mission « Interface » de la Maison de la veille sociale de Loire Atlantique ;
- ✓ Monter la session de formation : programme, animation, financement en partenariat avec les OPCA ;
- ✓ Identifier des EHPAD intéressés par la démarche, aussi bien en milieu urbain que rural, en contactant notamment ceux qui ont déjà accueilli avec succès des SDF vieillissants.

Parmi les personnels formés, certains seront appelés à participer au Pôle ressource présenté dans la 1^{ère} partie des préconisations. Les EHPAD qui accueilleront des "SDF vieillissants" pourront faire appel aux professionnels de ce Pôle en cas de difficultés.

La Sarthe possède une tradition de familles d'accueil. Ce mode d'accueil peut constituer une alternative intéressante. Les familles intéressées pourraient intégrer les sessions d'échanges de pratique mentionnées ci-avant. La mise en place d'un partenariat avec une ou deux structures référentes (EHPAD, maison relais) permettrait aux personnes accueillies de participer à des activités en journée, et aux familles d'accueil de disposer de soutien et conseil, voire de relais temporaire (hébergement temporaire) en cas de besoin. Le projet de loi adaptation société au vieillissement⁷⁶ prévoit des dispositions (titre III, chapitre V) visant à favoriser le développement de l'accueil familial, à renforcer la qualité et la sécurité de l'accueil et à améliorer les droits des accueillants familiaux et des personnes accueillies.

2.3 L'adaptation des maisons-relais

Le vieillissement des personnes qui résident en maison relais peut parfois engendrer des difficultés dans l'accompagnement proposé, voire une mise en danger. Il convient alors de rechercher une autre forme d'accompagnement, mais cette démarche peut s'avérer longue. Il est en effet nécessaire de s'adapter au rythme d'évolution de la personne accompagnée. Les délais d'admission dans une autre structure peuvent en outre être importants. Cette phase de transition nécessite une adaptation, qui est principalement de deux ordres :

- ✓ Volet "santé" : une mobilisation renforcée du réseau de proximité des professionnels de santé libéraux peut être nécessaire ; les habitudes de collaboration installées antérieurement sont alors essentielles. Un partenariat plus abouti pour la coordination des services intervenant à domicile pourrait être développé, notamment via le CIDPA ;
- ✓ Volet "logement" : pour les publics vieillissants, dont la mobilité peut s'altérer avec le temps, une adaptation du logement peut s'avérer nécessaire. Pour les personnes de moins de 60 ans, la compensation du handicap à titre individuel prévue par la loi de 2005⁷⁷, doit permettre de soutenir les améliorations nécessaires.

Pour les personnes de plus de 60 ans, il est revanche plus difficile de mobiliser des moyens pour aménager le logement. En outre une maison relais peut compter des logements adaptés dans son parc, mais ne pas pouvoir en disposer car ceux-ci sont occupés par d'autres locataires. Pour anticiper les difficultés liées au logement, le mieux serait de prévoir des locaux adaptés en cas de création d'une nouvelle maison relais ou de déménagement dans des nouveaux locaux.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Loi 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

3. ANTICIPATION ET PREVENTION

Considérant l'évolution démographique et la situation de crise actuelle, il est difficile de prévoir comment évolueront les besoins de la population sarthoise. Afin d'adapter l'offre d'accompagnement en temps utile, il est nécessaire de disposer d'un bon système d'observation. Anticiper, c'est également accorder une place plus importante aux actions de prévention.

3.1 Améliorer les dispositifs d'observation

Afin d'effectuer une analyse de l'adéquation offre/besoin, réaliser un état des lieux permet assez facilement de connaître l'offre. Concernant la connaissance du besoin, il est nécessaire de disposer d'un outil d'observation. A cet effet le rôle d'observatoire social du SIAO est essentiel. Un des enjeux des années à venir est de développer et mettre en œuvre les outils permettant de caractériser les profils et besoins des personnes en situation de précarité (*à noter : le chantier d'un système d'information national, entamé depuis plusieurs années, connaît des difficultés à aboutir. De ce fait des initiatives locales se développent ; dans ce cas il revient à la région – DRJSCS – de coordonner ces initiatives*).

Cependant, la collecte et l'exploitation des données représentent un travail important. Les différents organismes travaillant sur ce domaine - SIAO, l'observatoire de l'habitat, le service ad hoc de l'ARS, et l'observatoire des personnes en situation de fragilité de la Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail - CARSAT - pourraient mutualiser leurs travaux. L'observation partagée dans le domaine de la santé-précarité est d'ailleurs un des objectifs de l'ARS dans le cadre du PRAPS (constat n°14 p.20 de l'évaluation du PRAPS⁷⁸).

Il revient aux différents financeurs (Conseil général, DDCS, ARS) d'impulser cette dynamique de partage et de mutualisation des travaux.

3.2 Suivre et décliner les réflexions portées au niveau national

Au sens du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, l'anticipation s'entend par « anticipation de la perte d'autonomie ». A cet effet, il importe que les acteurs du social mettent en œuvre les recommandations édictées au plan national. Deux recommandations de bonnes pratiques sont inscrites au programme de travail de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) :

⁷⁸ Evaluation intermédiaire du PRAPS 2012-2016 de l'ARS Pays de Loire

- ✓ l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques relatives à **l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes** est prévue en 2014. Dans la liste des structures plus particulièrement concernées figurent les « professionnels qui exercent dans les établissements et services relevant du 8° du I de l'article 312-1 du CASF qui peuvent également être confrontés au vieillissement de personnes handicapées, que vient complexifier la situation parfois précaire des usagers ». Les structures de logement adapté et accompagné, auront également intérêt à s'inspirer de ces recommandations ;
- ✓ l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge de **la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les établissements et services du champ de l'inclusion sociale** est inscrite au programme de travail 2015-2016.

En complément de la diffusion des bonnes pratiques, il est intéressant d'instaurer des espaces pour le retour d'expérience. Lors des entretiens menés, une équipe d'éducateurs a relevé le besoin de « *formation à l'articulation entre travailleurs sociaux et soignants* », en soulignant que « *dans le travail social le rapport au corps est difficile* » et qu'« *il existe des incompréhensions entre intervenants des deux mondes* ». Or les organismes paritaires collecteurs agréés⁷⁹ – OPCA – prennent en compte uniquement les formations en termes de savoir-être et de savoir-faire, mais pas les échanges de pratique. Ceux-ci jouent pourtant un rôle important pour mettre en œuvre de façon appropriée les bonnes pratiques, et pour faire évoluer les dispositifs. Cette déclinaison opérationnelle pourrait être assurée par le pôle ressources présenté au paragraphe 1.2.

4. MISE EN ŒUVRE

Les préconisations effectuées ci-dessus proposent une démarche transversale, menée simultanément selon trois axes : observation, coordination et développement de réponses adaptées. Compte tenu du nombre d'acteurs impliqués, il est nécessaire d'être particulièrement vigilant sur le mode de gouvernance, afin de s'assurer d'une approche globale et coordonnée. Celui-ci devra réserver une place importante aux acteurs de terrain, dans l'objectif d'apporter des réponses pertinentes et efficaces.

⁷⁹ Les OPCA sont chargés de collecter les contributions financières des associations dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue.

Afin de faciliter la gouvernance, il est judicieux de s'appuyer sur des expériences antérieures. Aussi, un fonctionnement en plateforme, éprouvé au plan local avec la mise en œuvre du SIAO côté "Exclusion", et des MAIA côté "Personnes âgées", pourrait être proposé. Il est constitué de deux niveaux :

- un niveau décisionnel stratégique qui comprendrait *a minima* le Conseil général, chef de fil de l'action sociale, la DDCS 72, compétente pour piloter la politique d'insertion des personnes en grande précarité, l'ARS Pays de Loire sur le volet "santé", la Direction Départementale des Territoires – DDT - et la Caisse d'Allocations Familiales – CAF- pour le volet "logement",
- un niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre et de l'analyse du service rendu.

La composition exhaustive de chacune de ces deux instances et les règles qui les régissent sont à définir suivant le niveau d'implication souhaité par chaque acteur, avec une grande marge de liberté possible puisqu'aucune règle n'est prédéfinie, s'agissant d'une thématique expérimentale.

Il est également intéressant d'effectuer une simulation des incidences financières. A ce stade de la réflexion, cette estimation reste très approximative.

➤ Pour la microstructure en partenariat avec une structure médicalisée, la simulation est basée sur le budget des maisons relais du département. Le budget de fonctionnement se monterait alors à environ 130 000 € pour 10 places, répartis de façon indicative entre les différents financeurs de la façon suivante :

- Crédits d'Etat (BOP 177) : 45%
- Département : 15%
- Aides au logement : 25 à 30%

Budgets	Contribution	Montant
BOP 177	45%	58 500
Conseil général	15%	19 500
Aides au logement	25%	32 500
Autres	15%	19 500
Total	100%	130 000

Les financements liés aux interventions mutualisées doivent être ajoutés à ce budget. Ils sont difficiles à estimer sans un projet plus précis. Ils sont pourtant essentiels, car ce sont eux qui différencient la structure d'une résidence sociale classique.

➤ Pour le pôle ressources, le temps d'intervention du référent est estimé à un mi-temps, partagé entre l'animation du dispositif et les accompagnements individuels. Cela représente environ 25 000 €. A ce chiffre il faut ajouter le coût de formation initiale et le coût de mobilisation des personnes ressource, qui seront à estimer en fonction du dimensionnement du pôle. Les coûts de fonctionnement du dispositif d'échanges de pratiques dépendront quant à eux de sa montée en charge. Ils peuvent être estimés à partir de l'expérience des formations interdisciplinaires évoquées p.37.

➤ Les actions préconisées mobiliseront notamment des crédits d'assurance maladie, issus de l'enveloppe de crédits médico-sociale gérée par l'ARS : professionnels mobilisés pour le partenariat avec la microstructure d'accueil, constitution du pôle ressource, formation des personnels en EHPAD, espaces d'échanges de pratiques.

Or la DDCS a évalué le coût annuel d'une hospitalisation à partir de deux parcours différents dans les dispositifs sociaux :

- ✓ personne effectuant régulièrement des séjours en hospitalisation complète en psychiatrie puis remise à la rue sans travail sur la sortie : le coût annuel de près de 40 000 € ;
- ✓ personne ayant des problèmes d'addiction en hébergement (poly consommation avec prévalence alcool), et qui, en 3 ans a fait 3 sevrages hospitaliers suite à passage en traumatologie par 2 fois, 2 postcures et des suivis en ambulatoire (CAARUD et CSAPA) : 40 000 € par an.

Dans la mesure où l'ARS gère les deux enveloppes, sanitaire et médico-sociale, cet élément d'information est intéressant pour la réflexion sur les crédits mobilisables.

Qu'il s'agisse du mode de gouvernance ou de l'incidence financière, les éléments restent à préciser, en fonction du niveau d'implication de chacun des acteurs. Les quelques données présentées peuvent néanmoins servir de base pour initier le travail.

Conclusion

Le travail conduit peut donner lieu à des améliorations concernant la caractérisation des besoins. Ainsi, il serait intéressant d'améliorer l'évaluation de la perte d'autonomie en sollicitant les services du Conseil général compétents en la matière. La connaissance des situations de vie pourrait quant à elle être approfondie en s'appuyant sur la méthodologie du diagnostic partagé à 360°, qui propose de croiser situations de vie et analyse des parcours ; en identifiant les causes de rupture, cela permettrait notamment d'affiner la réflexion en termes de prévention.

Sur le plan quantitatif, l'étude révèle un épiphénomène ; en effet, seules dix à vingt personnes sont dans une situation individuelle complexe telle que les dispositifs actuels n'apportent pas de réponses adaptées en raison des effets du vieillissement. Cependant, même s'il est très difficile de faire des prévisions quantitatives dans ce domaine, les acteurs de terrain s'accordent sur le constat de difficultés émergentes, qui pourraient induire un accroissement du nombre de personnes en situation d'exclusion vieillissantes. Ainsi ces deux professionnels, membres de l'EMPP, remarquent que « *certaines jeunes qui sont dès 18 ans à la rue sont potentiellement des personnes vieillissantes en devenir* ». D'autres s'interrogent sur l'accompagnement de personnes jeunes atteintes de pathologie apparentées au syndrome de Korsakoff⁸⁰, et sur celui de certains "grands toxicomanes" qui vieillissent.

La question des personnes âgées dont la précarité augmente se pose également, d'autant plus si elles sont isolées. Que ce soit au sein des commissions relatives aux situations critiques dans le logement (prévention des expulsions ou droit au logement opposable), ou dans les structures sociales d'hébergement/logement, l'ensemble des acteurs constate la présence croissante de ménages de plus de 60 ans, pour lesquels des solutions auraient pu être trouvées en amont. La nécessité d'améliorer les actions de prévention se fait jour ; le repérage des situations joue à cet égard un rôle important. Celui-ci se dégage comme un axe à travailler, en s'appuyant sur les bailleurs sociaux et les services intervenant à domicile.

Ainsi, cette thématique qui concerne un petit nombre de personnes n'apparaît pas au premier abord comme un sujet à traiter de façon prioritaire. Le phénomène pourrait cependant s'amplifier dans les années à venir. Cela met en exergue un des rôles d'un Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : repérer les problématiques émergentes afin de pouvoir anticiper. En effet, ainsi que l'écrit le conseil d'administration de l'Association des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale en 2009 sur le sujet de l'hébergement/logement « *les actions initiées dans l'urgence et dans la non-anticipation*

⁸⁰ Perte de mémoire et désorientation faisant suite à un alcoolisme chronique

des objectifs [...] ne permettent pas toujours au plan local de conduire une réelle action sociale. La réalité du terrain conduit souvent à l'urgence sans avoir ensuite les moyens de mener une action à plus long terme d'accompagnement de publics ou d'impulsions de nouvelles actions⁸¹ ».

Au-delà du repérage, l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale doit faire en sorte que des solutions adaptées soient développées. Dans un secteur où les pouvoirs, les compétences et les expertises sont répartis entre des acteurs multiples, cela a fait apparaître des nouvelles fonctions, dénommées "animation territoriale" dans les Agences régionales de santé, ou "ingénierie sociale" dans les directions de la Cohésion sociale. Une définition de l'ingénierie sociale est proposé par le rapport⁸² paru en 2009 du groupe de travail sur ce thème, présidé par Annick Morel, inspectrice générale des affaires sociales : « *une fonction "d'assembler" qui contribue à rapprocher, à mailler des services et des organisations différentes* ». Cette expression résume bien la fonction d'Inspecteur, avec pour ce faire trois types d'outils : l'allocation de moyens, la contractualisation et l'inspection/contrôle.

Trop vieilles pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite, trop malades ou dépendantes pour la maison relais : les personnes en situation d'exclusion ont comme tout un chacun le droit de finir leur vie dans la dignité. J'espère que la présente étude pourra contribuer aux réflexions qui ne vont pas manquer de se poursuivre dans le département de la Sarthe.

⁸¹ Conseil d'administration de l'APIASS. « Mise en œuvre des politiques publiques... réflexions sans état d'âme », Dossier Régional Ile de France, L'hébergement et l'accès au logement », IASS La Revue, n°59, Mars 2009

⁸² Rapport du groupe de travail sur l'ingénierie sociale, présidé par Annick Morel, inspectrice générale des affaires sociales p.3

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF n°175 du 31 juillet 1998, p. 11679

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, p. 124

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel n°36 du 12 février 2005, p. 2353

Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion, Journal officiel n°0073 du 27 mars 2009 p. 5408

Projet de loi n° AFSX1404296L relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, texte adopté n°403 par l'Assemblée nationale le 17/09/2014, [visité le 09.11.2014], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0403.asp>

Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Ministère de l'équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer. Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais. Bulletin officiel n°2002/52, du 26 décembre 2002

Ministère chargé des Affaires sociales. Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « Lits halte soins santé ». Bulletin officiel, n°2006/3 du 6 mars 2006. [visité le 04.09.2014], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm>

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Instruction interministérielle DGCS/USH/DIHAL n°2011-86 du 4 mars 2011 relative à la mise en place de la fonction de référent personnel dans les services intégrés d'accueil et d'orientation. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2011/4 du 15 mai 2011, p.241

Ministère de l'Ecologie, du Développement durable, des Transports et du Logement. Circulaire N°CABINET/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord. Bulletin officiel

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Instruction du gouvernement n°DGCS/SD1/DHUP/DIHAL/2014/227 du 18 août 2014 relative à l'élaboration des diagnostics partagés à 360°. Bulletin officiel, n°2014/9 du 15 octobre 2014, p.335, [visité le 09.11.2014], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-09/ste_20140009_0000_p000.pdf

Documents de planification

Agence régionale de santé des Pays de Loire, 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande précarité, Evaluation intermédiaire du projet régional de santé des pays de la Loire 2012-2013 de juin 2014, [visité le 20.10.2014], disponible sur interne : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/2014/Rapport_evaluation_sante_populations_vulnerables.pdf

Conseil général de la Sarthe - Agence régionale de santé des Pays de Loire, Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale de la Sarthe 2010-2014, "Personnes âgées"

Préfet de la Sarthe, Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées de la Sarthe 2014-2018

Premier Ministre, Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, janvier 2013

Ouvrages

Chauvin P., Parizot I., Santé et recours aux soins des populations vulnérables, Editions Inserm (Ed.) (2005) 325 pages - <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00083693>

Pacheco G., Mémoires d'oubliés, Edition de l'Association de gestion de logements accompagnés Nelson Mandela (2012), 93 pages

Articles (de périodiques)

BOISSEAU S., 2008, « Vieillesse et exclusion, un regard sur les SDF d'aujourd'hui », Documents CLEIRPA - Cahier n°29, pp.27-30

Décryptage, 2013, « Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissantes », Actualités sociales hebdomadaires, n°2805, pp. 24-27

ROUAY-LAMBERT S., 2006, « La retraite des anciens SDF », Les annales de la recherche urbaine, n°100, pp. 137-143

SOTOS J.C., 2005, « La Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées », Documents CLEIRPA - Cahier n°19, pp.15-17

TREMINTIN J., 2012, « Des SDF en maison de retraite », Lien social, n°1055, pp. 10-16

YAOUANCO F., LEBRERE A., MARPSAT M. et al., 2013, « L'hébergement des sans-domiciles en 2012 », Insee première [en ligne]. n° 1455, pp. 1-4. [visité le 19.09.2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1455/ip1455.pdf>

Rapports

Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement, 2014, Accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé 360° du sans-abrisme au mal-logement – Diagnostic du département de la Sarthe, 72 pages

Direction générale de la Cohésion Sociale, 2010, Evaluation des expérimentations « Résidence accueil » – « Maison relais-Pension de familles pour personnes vieillissantes », Rapport final incluant les recommandations de mars 2010

Direction générale de la Cohésion Sociale, 2013, Evaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé [en ligne]. Rapport final du 12 février 2013. [visité le 04.09.2014], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2011, « L'hébergement social (hors urgence) : 70 000 sans logement accueillies en établissement. Résultats de l'enquête ES 2008 », Etudes et résultats n°766, 8 pages

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2011, « L'hébergement d'urgence en CHRS. Résultats de l'enquête ES 2008 », Etudes et résultats n°777, 6 pages

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2014, « Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie », Etudes et Résultats n°863, 8 pages

Groupe Recherche Action, 2011, « Etude des maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris », [en ligne], 244 pages, [visité le 15/01/2015], disponible sur internet : http://coAinsioprechercheaction.org/downloads/final_rapport_maladies_graves_fin_de_vie_precaire.pdf

Inspection générale des Affaires sociales, 2014, Rapport n°2013-024R, « Evaluation de la première année de mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale », [en ligne], 255 pages, [visité le 04.09.2014], disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

LY M., 2010, « Etude sur le devenir et la prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes », Les dossiers de la DRASS Aquitaine, n°63, 180 pages

Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde. Rapport 2012, octobre 2013 [visité le 23/09/2014] <http://www.medecinsdumonde.org/>

Observatoire national de la fin de vie, 2014, « Rapport 2014. Fin de vie et précarités. Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France », [en ligne], 183 pages, [visité le 17/01/2015], disponible sur internet <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2015/01/ONFV-Rapport-2014-Fin-de-vie-et-pr%C3%A9carit%C3%A9s.pdf>

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2013, La Lettre n°3 septembre 2013, « La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010 », 9 pages, [visité le 15/11/2014], http://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_3_2013_Mortalite_s-d.pdf

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Rapport 2013-2014, 120 pages, [visité le 06/11/2014] <http://onpes.gouv.fr/Les-Rapports.html>

Thèses et mémoires

GLANDUS L., 2009, *Vieillesse des sujets en situation de précarité. Analyse de la littérature et étude du profil médico-social des sans-abri de plus de 60 ans accueillis au centre d'hébergement d'urgence Leydet de Bordeaux du 2 au 18 juin 2008*, Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université Bordeaux II. [visité le 08/10/2014], disponible en ligne :

<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=135485703>

PALLIER A., 2012, *Personnes SDF et vieillissement : La prise en charge des personnes SDF vieillissantes*, Mémoire pour le Diplôme universitaire de technologie Carrières sociales : Montaigne Bordeaux 3, 91 p.

Sites internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

<http://www.cnle.gouv.fr/>

<http://www.cnsa.fr/>

<http://www.drees.sante.gouv.fr/>

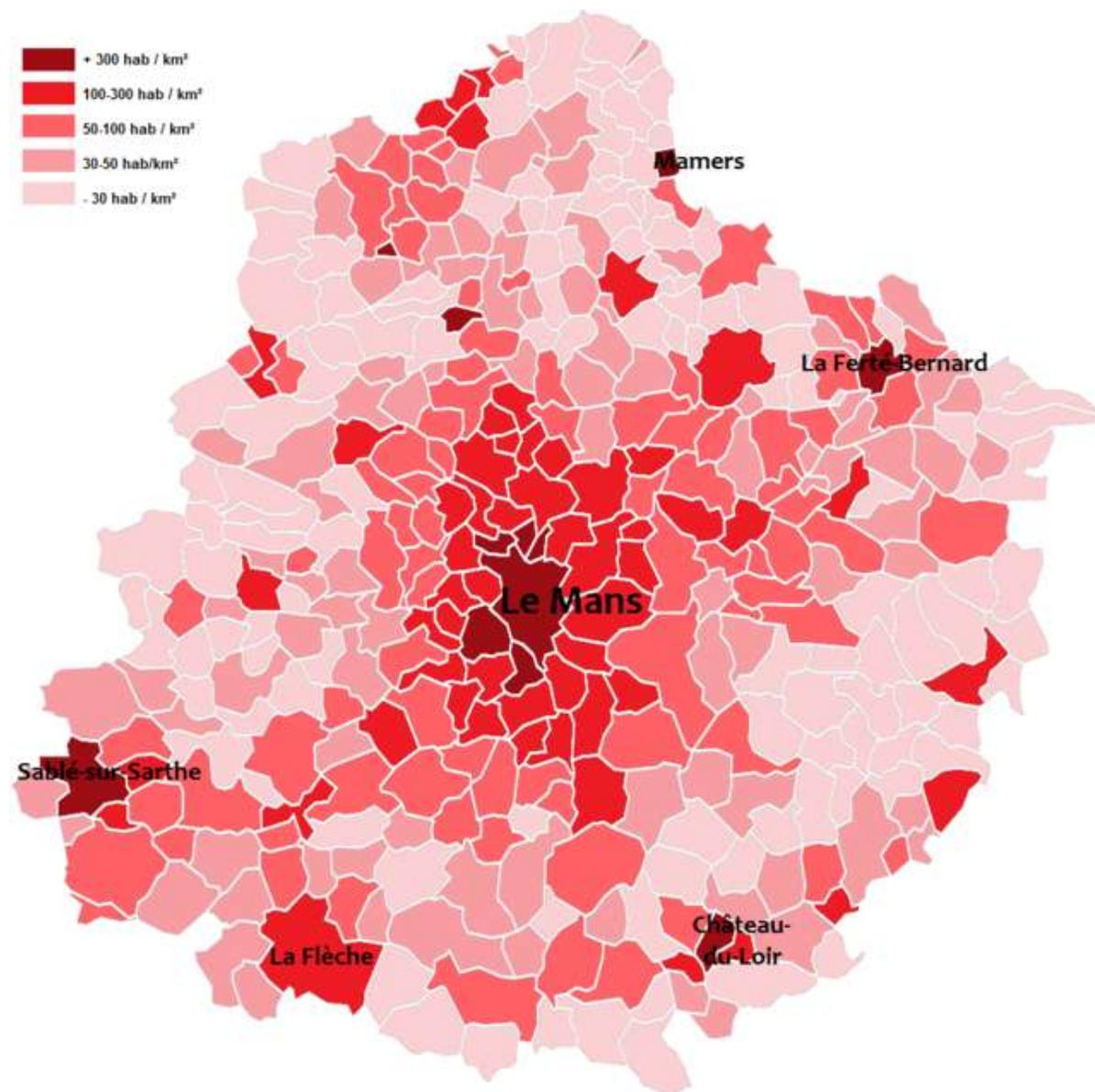
<http://www.monalisa-asso.fr/>

<http://www.onpes.gouv.fr/>

Liste des annexes

1. Carte densité démographie
2. Fiche de recueil de données
3. Accueil de jour "La Halte Mancelle" : résultats de l'enquête
4. CHRS Accueil Cénomman : résultats de l'enquête
5. Maisons relais : résultats de l'enquête
6. Guide d'entretien
7. Liste des personnes rencontrées
8. Madame G., résidente d'une maison relais
9. Grille AGGIR
10. Grille ETHOS

Annexe n°1. Densité de population au 1^{er} janvier 2010



Source : INSEE. Recensement de population 2012

Annexe n° 2

Personnes sans résidence stable vieillissantes

Fiche de recueil de données

➤ Situation socioprofessionnelle

Etat civil

- Sexe
- Age
- Lieu de naissance
- Etat civil (célibataire, veuf, divorcé/séparé, marié)
- Nombre d'enfants
- Dernier endroit stable (logement, famille, établissement)
- Durée du statut de sans-domicile

Ressources

- AAH
- Allocation chômage
- Pension invalidité
- RSA
- Salaire
- Retraite
- Autre

- Dettes (y a-t-il un dossier à la commission de surendettement ?)

- Motifs d'absence de ressources

Emploi

- Durée de travail
- Dernier emploi

Référent

- Organisme tutélaire (sous tutelle ou curatelle)
- Organisme social (a-t-il un référent social ?)
- Autre

Ancienneté dans la structure

Orientation pressentie

➤ **Situation de vie** (d'après diagnostic à 360° inspiré de la grille ETHOS européenne)

Situation résidentielle

- Personne vivant dans la rue
- Personne sortant d'institution carcérale
- Personne sortant d'institution psychiatrique
- Gens du voyage
- Personne en habitat potentiellement indigne
- Personne vivant chez un tiers
- Personne vivant en surpeuplement
- Personne vivant dans une structure provisoire/non conventionnelle

Situation sociale ou administrative

- Signalement d'impayés
- Personne victime de violence
- Personne ayant des difficultés de maintien dans le logement
- Demandeur d'asile
- Débouté du droit d'asile

➤ **Problèmes de santé**

- Troubles addictifs
- Troubles psychiques reconnus
- Handicap physique
- Maladies chroniques (cancer, diabète, arthrose...)
- Problèmes dentaires

➤ **Difficultés liées au vieillissement** (description inspirée de la grille AGGIR)

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

Annexe n°3

Accueil de jour "La Halte Mancelle" Résultats de l'enquête

L'accueil de jour accueille aujourd'hui moins de personnes vieillissantes, car elles sont désormais acceptés au CHRS "Athnor". Le responsable a identifié **9 personnes** vieillissantes, au sens où il exprime une inquiétude pour leur avenir (à comparer à environ 1300 personnes accueillies en 2013).

Elles ont été sélectionnées sur la base de la question suivante : "Comment vont-elles vieillir?"

Les résultats sont retranscrits ci-dessous :

- ✓ Sexe : 8 hommes, 1 femme

- ✓ Age : 5 entre 40 et 50 ans, et 4 entre 51 et 60 ans

- ✓ Lieu de naissance : 5 sont originaires de Sarthe, 2 d'un autre département français et 2 sont nés à l'étranger

- ✓ Situation familiale : Tous sont célibataires ou séparés, 3 ont des enfants

- ✓ Situation de vie : Tous ont vécu au moins 1 an dans la rue, et 4 depuis plus de 10 ans (dont un 20 ans, et un 18 ans)

- ✓ Ressources : 3 n'ont pas de revenus, 5 touchent le RSA et 1 perçoit une retraite

- ✓ Logement : Tous vivent à la rue, sauf un, très isolé, qui vit dans un habitat indigne. 3 n'ont aucune expérience en logement, et 2 connaissent des difficultés de maintien dans le logement

- ✓ Problèmes de santé : 5 présentent des troubles addictifs et 2 des troubles psychiques (dont une dépression)

- ✓ Emploi : 3 ont travaillé, 5 n'ont pas eu d'emploi connu

Annexe n°4 Analyse du retour d'enquête de l'Accueil Cénomman

Au cours de l'année 2014, l'Accueil Cénomman a accueilli 19 personnes vieillissantes, âgées de 50 à 77 ans (moyenne d'âge 62 ans). Rapporté à l'activité 2013, ce chiffre représente 2,2% des personnes accueillies.

Parmi elles, une personne a séjourné 9 jours, peu d'éléments sont connus sur sa situation, et les réponses aux items de l'enquête n'ont pas pu être renseignées. Afin de ne pas alourdir la présentation, en mentionnant à chaque fois que «pour une personne, la réponse n'est pas connue », cette situation n'est pas incluse dans l'exploitation du retour d'enquête. **Les résultats sont donc présentés pour 18 personnes.**

1. Profil socio-économique et Situation de vie

- ✓ Parmi les personnes vieillissantes ayant été accompagnées à l'accueil Cénomman, on compte une seule femme. Toutes sont célibataires, et la moitié a des enfants.
- ✓ 10 sont originaires de la Sarthe, 3 d'un autre département français et 5 sont d'origine étrangère.
- ✓ 7 d'entre elles étaient à la rue avant leur admission à l'accueil Cénomman, tandis que 2 sortaient d'un établissement de soins et 3 venaient d'un autre CHRS. 3 étaient locataires et une personne était logée chez des amis. Enfin, une personne était en détention et une en famille d'accueil.
- ✓ Ressources, 7 perçoivent une retraite, 5 le RSA et 3 l'AAH. 2 sont sans ressources du fait de leur situation administrative. Une personne perçoit un salaire. Une personne est en situation de surendettement.
- ✓ 5 personnes sont sous tutelle.
- ✓ 11 personnes ont travaillé, dont 4 pendant toute leur vie, et 3 plus de 30 ans.
- ✓ 3 personnes résident à l'accueil Cénomman depuis plus d'un an, et 3 depuis plus de 9 mois.
- ✓ 2 personnes sont sans résidence stable depuis plus de 20 ans, 3 entre 10 et 20 ans et 3 entre 5 et 10 ans. 6 personnes n'ont pas connu du tout de situation « d'errance » avant leur admission à l'accueil Cénomman.

Indication d'orientation post CHRS : 4 personnes ont une indication vers une structure pour personnes vieillissantes (2 en logement foyer, 1 en CHRS pour personnes vieillissantes et 1 vers une structure pour personnes handicapées). Une est en attente d'une admission en famille d'accueil et une autre en établissement médicalisé.

A noter :

2 personnes sont décédées au cours de leur accompagnement.

2 personnes de plus de 60 ans qui ont travaillé toute leur vie, et perçoivent une retraite ont été accueillies à l'accueil Cénomman suite à une expulsion locative. Pour ces 2 personnes, la solution de sortie a été difficile à trouver.

2. Difficultés de santé

Les difficultés de santé ont été répertoriées en 4 grandes catégories : troubles addictifs, troubles psychiques reconnus, handicap physique, maladies chroniques (cancer, diabète, arthrose...). Les problèmes dentaires ont également été répertoriés.

Sur les 18 personnes répondant aux critères d'inclusion de l'enquête, 15 personnes présentent au moins un problème de santé. 7 personnes en cumulent 3 ou 4.

12 personnes présentent une maladie chronique, 10 un handicap psychique et 9 ont des problèmes d'addiction.

8 personnes ont des problèmes dentaires.

3. Difficultés liées à la perte d'autonomie

Les 10 variables discriminantes de la grille AGGIR ont été cotées

10 personnes rencontrent une difficulté pour accomplir au moins 2 ou 3 des actes recensés par la grille AGGIR (variables discriminantes), 7 personnes pour au moins 5 situations, et 5 personnes pour au moins 7.

- Personnes présentant des difficultés pour 9 variables : 2
- Personnes présentant des difficultés pour 8 variables : 2
- Personnes présentant des difficultés pour 7 variables : 1
- Personnes présentant des difficultés pour 6 variables : 1
- Personnes présentant des difficultés pour 5 variables : 1
- Personnes présentant des difficultés pour 2 ou 3 variables : 3

➤ 7 personnes ont des difficultés pour accomplir au moins 5 des actes recensés :

- 2 sont décédées pendant leur accompagnement au CHRS
- 2 sont accueillies depuis plus d'1 an
- 1 a été accueillie 10 mois
- 2 ont été accueillies environ 5 mois

Sur les 5 personnes non décédées, on peut penser qu'il existe des difficultés d'orientation *a minima* pour les 3 personnes qui sont présentes sur une période longue.

4 ont des parcours de rue supérieurs à 5 ans, dont 2 supérieurs à 20 ans. Pour 2 d'entre elles, une orientation est pressentie vers des établissements pour personnes vieillissantes, une autre est orientée vers un établissement médicalisé, le 4^{ème} n'a pas d'autre orientation identifiée qu'un CHRS et la 5^{ème} est en attente pour une famille d'accueil.

➤ 3 personnes ont des difficultés pour accomplir 2 ou 3 des actes recensés par la grille AGGIR. Les orientations pressenties sont les suivantes

- 1 fin de prise en charge
- 1 en logement avec dispositif d'accompagnement dans le logement
- 1 en logement foyer

Annexe n°5. Public des Pension familles de la Sarthe au 31 décembre 2013
Etude réalisée d'après l'enquête diligentée par la DIHAL en juin 2014

Question	Item	Montjoie	Mumia Abu Djamal	Maison relais MAMERS	Maison relais "Les Bleuets"	TOTAL	
n°	Capacité	26	25	7	13	71	
12	Tranche d'âge					62	
	18 - 24 ans	0	0	/	0	0	0%
	25 - 49 ans	20	6	/	7	33	53%
	50 - 64 ans	6	17	/	4	27	44%
	65 ans et plus	0	2	/	0	2	3%
13	Composition familiale					62	
	Hommes isolés	18	21	/	8	47	76%
	Femmes isolées	8	4	/	3	15	24%
14	Ancienneté					62	
	Moins de 1 an	5	5	/	7	17	27%
	entre 1 et 3 ans	21	4	/	4	29	47%
	3 et 5 ans	0	6	/		6	10%
	5 ans et plus	0	10	/		10	16%
15	Problèmes de santé					97	
	Addiction	8	20	/	3	31	50%
	Difficultés liées au vieillissement*	2	10	/	0	12	19%
	Handicap physique	6	12	/	3	21	34%
	Troubles psychiques reconnus	10	15	/	4	29	47%
	Fin de vie	0	4	/	0	4	6%
	Mesure de protection juridique					20	32%
Tutelle ou curatelle	12	6	/	2	20	32%	
15 bis	Actions spécifiques /addiction	oui	oui	/	non		
	Formation	oui	oui		/		
	Partenariats spécifiques	oui	oui		/		
	Actions spécifiques/troubles psy	oui	oui	/	non		
	Formation	oui	non		/		
	Partenariats spécifiques	oui	oui		/		
	Actions spécifiques/vieillesse	non	oui	/	non		
	Formation	/	non		/		
	Partenariats spécifiques	/	oui		/		
16	Situation par rapport à l'emploi					67	
	Activité professionnelle à temps complet	2	0	/	0	2	3%
	Activité à temps partiel	0	0	/	0	0	0%
	Activité en milieu protégée	1	2	/	0	3	5%
	Congé maladie	0	0	/	1	1	2%

	demandeurs d'emploi	4	6	/	5	15	24%
	en formation	0	0	/	0	0	0%
	retraité	0	6	/	0	6	10%
	Activité bénévole régulière	0	0	/	5	5	8%
	Sans activité	19	11	/	5	35	56%
17	Nature des ressources					62	
	AAH	12	7	/	4	23	37%
	Allocation chômage	2	4	/	1	7	11%
	Pension invalidité	1	3	/	0	4	6%
	Retraite	0	6	/	0	6	10%
	RSA	8	4	/	5	17	27%
	Salaire	2	2	/	0	4	6%
	Indemnités journalières	0	0	/	1	1	2%
	Sans ressource	0	0	/	0	0	0%
18	Dettes					11	18%
	dossier surendettement en cours ou validé	6	3	/	2	11	18%
22	Logement antérieur					61	98%
	CHRS	11	15	/	0	26	42%
	Hôpital psychiatrique (plus de 3 mois)	3	5	/	1	9	15%
	Hôpital (plus de 3 mois) / SSR	2	0	/	1	3	5%
	Locataire parc privé	2	0	/	0	2	3%
	Locataire parc social	5	2	/	1	8	13%
	Logement familial	0	0	/	0	0	0%
	Logement intermédiaire	0	0	/	1	1	2%
	Hébergement chez des tiers	0	0	/	2	2	3%
	Logement insalubre	1	1	/	0	2	3%
	Résidence sociale	1	1	/	4	6	10%
	FJT	0	1	/	1	2	3%
	Rue	0	0	/	0	0	0%
83/84	Fin de vie**						
	Le personnel a-t-il été formé/sensibilisé?	non	oui	/	non	1	
	Existe-t-il un besoin de formation?	oui	oui	/	oui	3	

* Définition du vieillissement : avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière

** Définition de la fin de vie : patient atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale pour lequel il serait possible de dire "je ne serais pas surpris qu'il décède au cours des 6 prochains mois"

Annexe n°6. Guide d'entretien

Introduction : objectif de la démarche et définition du public cible

Pouvez-vous vous présenter ? (formation, ancienneté, parcours antérieur, rôle au sein de la structure)

Quelles missions exercent votre structure ?

Sur les personnes vieillissantes :

- Selon vous est-ce une thématique sur laquelle il faut travailler ? Pourquoi ?
- Accompagnez-vous des personnes vieillissantes ?
- A partir de quel âge diriez-vous qu'elles présentent des difficultés liées au vieillissement ?
- Quelles difficultés constatez-vous ? (thèmes à aborder : isolement, accès aux soins, état de santé)
- Selon vous, qu'est-ce qui freine l'accès aux structures de droit commun ?
- Avez-vous des pistes de solutions ?
- Avez-vous des questions ?

Annexe n°7. Liste des personnes rencontrées

Structures d'accompagnement

ORGANISMES	FONCTION
Accueil de jour « Halte mancelle »	Responsable service
Accueil de jour « Halte mancelle »	Médecin bénévole
CIDPA	Responsable
CHRS Hélios	Chef de service
CHRS Accueil Cénomane	Réunion d'équipe
LHSS	
Pôle Habitat Association TARMAC	Responsable
Maison Relais Mumia Abu Djamal	2 Educateurs
Maison relais Montjoie	2 Educateurs
Résidence accueil "Le Gué des Sables"	1 Educatrice
Résidence sociale Nelson MANDELA	Directeur
EMGP	2 membres de l'équipe
EMPP	2 membres de l'équipe
Pôle social CHM	Responsable service social
ACT	1 infirmière
SIAO Coordination infirmière	
EHPAD "L'Escale" La Rochelle	Responsable de service
Croix Rouge sud est	Directeur adjoint

Services administratifs

ORGANISMES	FONCTION
CCAS LE MANS	Responsable service RSA
CG 72	Chargé de mission Observation, prospective et coordination des schémas
CG 72	Responsable Pôle SRS
DDCS 72	Responsable Pôle Hébergement/Logement
DDCS 72	Conseillère technique en travail social

Annexe n°9. Mme D., Résidente d'une maison relais

Mme D a 61 ans. Elle a travaillé pendant longtemps. Suite à un divorce, elle s'est mise à boire, ce qui a peu à peu entraîné des problèmes de santé. Cela a également entraîné une dégradation de ses facultés cognitives, et elle est aujourd'hui sous curatelle.

A la maison relais, elle se déplaçait avec un déambulateur. Elle pouvait se déplacer à l'intérieur de son appartement, mais à l'intérieur de la maison relais, c'était plus difficile car la structure est installée sur 4 étages avec un ascenseur pair et un ascenseur impair. Mme D. habitait au 7^{ème} étage, cela l'obligeait à prendre 2 ascenseurs pour monter à l'espace de vie collectif installé au 8^{ème}. Elle ne se déplaçait plus seule à l'extérieur. La douche n'était pas non plus adaptée.

Des aides à domicile avaient été mises en place : aide à la toilette, portage de repas, aide pour les courses. Une infirmière préparait le pilulier mais Mme D. ne suivait pas toujours bien son traitement. Malgré le portage de repas mis en place, elle ne s'alimentait pas correctement (elle pouvait échanger des repas contre de l'alcool).

Elle sollicitait un accompagnement important auprès des éducatrices : pour aller chez le kinésithérapeute une fois par semaine, pour aller retirer de l'argent à la banque...

A la maison relais, elle a continué à s'alcooliser. C'était également une grosse fumeuse, elle pouvait s'endormir avec une cigarette allumée, ce qui la mettait en danger.

Constatant qu'elles avaient atteint les limites de l'accompagnement que peut offrir la structure, les éducatrices ont proposé une entrée en EHPAD. Deux années ont été nécessaires pour concrétiser ce projet.

La principale difficulté est venue de Mme D. qui était très réticente à l'idée d'entrer en EHPAD, du fait notamment de la différence d'âge. L'entrée en EHPAD ne posait pas de difficultés du point de vue de l'âge légal, mais Mme D. a eu de grandes difficultés à accepter d'entrer dans un établissement où les personnes étaient beaucoup plus âgées. La peur du changement, la peur de se retrouver enfermée, la crainte de ne plus pouvoir boire sont autant de freins qu'il a fallu lever.

Deux visites organisées à une année d'intervalle ont été nécessaires, et l'infirmière de l'EHPAD s'est également déplacée à la maison relais. Après l'entrée en EHPAD, l'appartement à la maison relais a été conservé pendant la période d'essai (1 mois) pour le cas où Mme D. ne réussirait pas à s'adapter.

Les éducatrices sont allées la voir trois mois après son entrée. Le fait de mieux s'alimenter, de mieux prendre son traitement, d'avoir restreint la consommation d'alcool, de devoir se mobiliser pour aller fumer dehors ont contribué à améliorer son état général. Elle marchait toujours avec un déambulateur mais s'était redressée. De plus Mme D. a rencontré une autre femme assez jeune avec laquelle elle a sympathisé.

On peut dire que l'intégration est réussie.

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

Code Postal : | | | | | | Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLEMENT : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention
 du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie,
 à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

Annexe n°10 – Définition des situations de vie (inspirée de la typologie européenne ETHOS) issue de la circulaire Diagnostic partagé à 360°

SITUATIONS DE VIE	DÉFINITIONS
Personnes vivant dans la rue	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
Personnes sortant d'institutions carcérales	Qui ne dispose pas de logement disponible avant sa libération
Personnes sortant d'institutions psychiatriques	Qui ne dispose pas de logement disponible avant sa sortie d'institution psychiatrique
Personnes sortant de l'ASE	Qui ne dispose pas de logement disponible avant sa sortie d'ASE
Personnes en habitat précaire (d'un point de vue juridique)	a) Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement, b) Qui occupe une habitation sans bail légal, Occupation illégale d'un logement, c) Qui occupe un terrain sans droit légal.
Personnes hébergées chez un tiers (hors famille ou famille)	Qui vit chez un tiers du fait d'une absence de logement
Personnes menacées d'expulsion	a) Qui est menacé d'expulsion et quand les avis d'expulsion sont opérationnels b) Qui est menacé d'expulsion et quand le prêteur possède un avis légal de saisie
Personnes menacées de violences (domestiques...)	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
Personnes vivant dans des structures provisoires / non conventionnelles	a) Qui vit dans une structure non conçue pour être un lieu de résidence habituel b) Qui vit dans un abri, baraquement ou cabane de fortune c) Qui vit dans une baraque ou cabine de structure semi permanente
Personnes en logement indigne ou en situation d'insalubrité	Qui vit dans un logement défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
Personnes vivant dans des conditions de surpeuplement sévères	Qui vit dans un logement excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables
Personnes rencontrant des difficultés personnelles à se maintenir dans le logement	a) Qui est en situation de rupture familiale l'empêchant de se maintenir dans son logement b) Qui a subi un accident de vie l'empêchant de se maintenir dans son logement c) Dont les problèmes liés au vieillissement de la personne l'empêche de se maintenir dans son logement
Personnes rencontrant une difficulté de santé pour accéder au logement	Qui rencontre une difficulté de santé l'empêchant d'accéder à un logement
Personnes rencontrant des difficultés financières pour accéder à un logement	Qui n'a pas la capacité financière pour accéder à un logement
Gens du voyage	Qui vit de façon nomade
Demandeurs d'asile	Qui est en situation de demandeur d'asile et qui ne dispose pas d'un logement propre
Déboutés du droit d'asile	Qui est en situation de débouté et qui ne dispose pas d'un logement propre

DESCOURTIEUX

Hélène

Mars 2015

Inspecteur de l'Action Sanitaire et sociale

Promotion 2013 - 2015

Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite : l'accompagnement des Personnes Sans Domicile Fixe vieillissantes dans le département de la Sarthe

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE

Résumé :

Les SDF bénéficient de l'allongement de l'espérance de vie de la population générale, mais vieillissent de façon prématurée. Pour certains, dont la situation est particulièrement complexe, l'offre actuelle n'apporte pas de réponses adaptées, malgré la variété d'établissements et de services. Ceux-ci ont été développés dans une logique « d'aller vers », mais leur fonctionnement reste cloisonné, selon une logique thématique de missions et de financeurs. L'étude tente de caractériser les besoins des personnes précaires vieillissantes. Elle fait ensuite le diagnostic de l'offre territoriale dans le département de la Sarthe, et présente également quelques solutions innovantes, avant de comparer les besoins à l'offre. Elle émet enfin des préconisations, proposant de mener simultanément la réflexion selon trois axes : coordination territoriale, évolution de l'offre d'hébergement/logement, anticipation et prévention.

Mots clés :

SDF, vieillissement, EHPAD, maisons relais, SIAO

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.