



Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique

Promotion : **2023-2024**
Date du Jury : **Septembre 2024**

Vieillesse et précarité dans le secteur de l'AHIL en Bretagne

Marina VIGNAULT

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'une confrontation entre littérature et enquête de terrain, que je n'aurais pu mener à son terme sans l'accompagnement de Pierre-Antoine Chauvin, qui a su m'aiguiller sur le sujet si vaste qu'est le « vieillissement et précarité », et dont les précieux conseils m'ont permis de mener ce travail à son terme.

Je tenais également à remercier Emilie Rey, ma maître d'apprentissage, pour sa confiance et son accueil au sein de l'association, et avec qui les échanges ont été très riches. De même, je souhaitais remercier tous les membres de la FAS Bretagne, pour m'avoir accordé leur confiance, leur temps, et pour m'avoir montré les rouages de cette association impliquée dans la construction de politiques publiques de lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

Une pensée particulière aux personnes précaires et aux professionnels rencontrés au fil de mes immersions, et qui ont accepté de se livrer, au cours d'échanges formels ou informels. Leur participation à cette enquête a été d'une grande aide dans la réalisation de mes missions. Ils sont le cœur de ce projet, et je tenais à les remercier pour leur accueil, leur compréhension, leur bienveillance, et surtout d'avoir accepté de livrer une part de leur intimité, aussi sensible que cela puisse être pour eux.

Enfin, j'adresse un grand merci à Léontine et Mathilde, qui ont accepté de comprendre, relire, revoir ce mémoire avec moi, et qui m'ont soutenue dans chacune des étapes, de la réalisation des entretiens jusqu'à la dernière écriture.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
UNE LONGUE CONSTRUCTION DIFFERENCIEE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	2
LE VIEILLISSEMENT PREMATURE : UN IMPENSE DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	7
DES INITIATIVES ENCORE TROP SPORADIQUES SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS	9
LE TERRITOIRE BRETON CONFRONTE AU PROBLEME DU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HEBERGEES	10
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE DE TERRAIN.....	12
1 LES LIMITES D'UN MODE D'HEBERGEMENT : CONSTATS ET REALITES VECUES PAR LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SOCIAL ET DU PUBLIC PRECAIRE VIEILLISSANT DES STRUCTURES DE L'AHIL EN BRETAGNE.....	17
1.1 LE VIEILLISSEMENT PERÇU DANS LE SECTEUR L'AHIL : REPRESENTATIONS CROISEES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES ET DES PROFESSIONNELS	17
1.1.1 <i>Le vieillissement pensé par les personnes accompagnées.....</i>	<i>17</i>
1.1.2 <i>Le vieillissement pensé par les professionnels du social.....</i>	<i>21</i>
1.2 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES PRECAIRES, UN PROBLEME SYSTEMIQUE AU SEIN DE L'AHIL	23
1.2.1 <i>Des difficultés dès l'orientation vers les structures de l'AHIL</i>	<i>23</i>
1.2.2 <i>Des conséquences non négligeables sur le travail des professionnels du social</i>	<i>24</i>
1.2.3 <i>Des mises en danger individuelles et collectives.....</i>	<i>30</i>
1.3 DES PENSIONS DE FAMILLE QUI CRISTALLISENT LA PROBLEMATIQUE DU VIEILLISSEMENT PREMATURE	31
1.3.1 <i>Les pensions de famille considérées comme solution idéale du point de vue des acteurs du social</i>	<i>31</i>
1.3.2 <i>Un public vieillissant au sein des pensions de familles bretonnes</i>	<i>33</i>
1.3.3 <i>Une présence toujours plus marquée de personnes ayant des troubles psychiques au sein des structures</i>	<i>37</i>
2 UN PUBLIC PRECAIRE VIEILLISSANT, AUX SPECIFICITES MULTIPLES, FACE A DES STRUCTURES EXISTANTES INADAPTEES : CONSTATS ET PRECONISATIONS.....	41

2.1	EN DEPIT DE SOLUTIONS ADAPTEES, LE REGARD SE TOURNE VERS LES STRUCTURES AVEC AIDE MEDICALE, SPECIALISEES DANS L'ACCUEIL DE PERSONNES PRECAIRES : LES LHSS, LES LAM, LES ACT ET CERTAINES RA.....	41
2.1.1	<i>Les lits haltes soins santé : une durée de prise en charge trop courte.....</i>	42
2.1.2	<i>Des lits d'accueil médicalisés pour les personnes non hébergées et non logées</i>	42
2.1.3	<i>Les appartements de coordination thérapeutique : un soutien temporaire.....</i>	44
2.1.4	<i>Les « résidences autonomie » : une perte d'autonomie sous-évaluée.....</i>	45
2.2	LES PUBLICS PRECAIRES VIEILLISSANTS FACE AUX NORMES REGISSANT LES STRUCTURES DE DROIT COMMUN : LES « INCASABLES »	47
2.2.1	<i>Des démarches administratives longues et complexes : l'âge et la situation économique, des barrières immuables</i>	47
2.2.2	<i>Les personnes précaires vieillissantes face au cadre normatif des structures médico-sociales</i>	50
2.2.3	<i>Le cumul de problématiques : un frein à l'accès aux structures de droit commun.....</i>	51
2.2.4	<i>Un manque de solution émanant des dispositifs de coordination</i>	52
2.3	METTRE EN VALEUR LES INNOVATIONS ISOLEES. PRECONISATIONS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC PRECAIRE VIEILLISSANT	53
2.3.1	<i>Préconisations à destination des structures de l'AHIL</i>	54
2.3.2	<i>Préconisations à l'échelle de la région Bretagne</i>	58
2.3.3	<i>Préconisation à l'échelle nationale.....</i>	61
	CONCLUSION.....	65

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de personnes logées en pensions de famille (bleu clair) et résidences accueil (bleu foncé) bretonnes en fonction des différentes tranches d'âge.....	34
Figure 2: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille au national en fonction des tranches d'âge, en 2020-2021.....	36
Figure 3: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille sur le bassin Rennais en fonction des tranches d'âge en 2023	36
Figure 4: Motifs d'admission en pensions de famille au national, en 2020 – 2021.....	39
Figure 5 : Motifs d'admission en pensions de famille, dans le bassin Rennais en 2023	39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des immersions réalisées	14
Tableau 2 : Résumé des préconisations des structures de l'AHIL	58
Tableau 3 : Résumé des préconisations à l'échelle de la région Bretagne	61
Tableau 4: Résumé des préconisations à l'échelle nationale.....	64

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel à projet
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
AGGIR : Autonomie Gérontologie et Groupe Isso Ressource
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
AHIL : Accueil Hébergement Insertion Logement
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARS : Agence régionale de santé
ASF : Association française de sociologie
ASH : Aide sociale à l'hébergement
ASV : Adaptation de la société au vieillissement
AVS : Auxiliaire de vie sociale
CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CMP : Centre medico-psychologique
COPIL : Comité de pilotage
CTA : Coordination territoriale d'appui
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DREETS : Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES : Etablissements et Services
ETP : Equivalent temps plein
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FAS : Fédération des acteurs de la Solidarité
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne
GAN : Groupe d'appui national

HAS : Haute Autorité de Santé
HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
LAM : Lits d'accueil médicalisés
LHSS : Lits halte soins santé
MAIA : Mission d'accueil et d'information aux associations
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MSD : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
PCH : Prestation de compensation du handicap
PF : Pension de famille
PRASP : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PSD : Prestation spécifique de dépendance
PSH : Personne en situation de handicap
PTA : Plateforme territoriale d'appui
RA : Résidence autonomie
RdRD : Réduction des risques et des dommages
SAMSAH : Service d'accompagnement medico-social pour adultes handicapés
SDF : Sans domicile fixe
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation
SWK : Syndrome de Wernicke-Korsakoff
TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

Introduction

La France est actuellement confrontée à un défi majeur lié à la transition démographique de sa population : son vieillissement. Les prévisions indiquent que « le nombre de Français, au féminin et au masculin, âgés de 75 ans à 84 ans, va augmenter de 50 % entre 2020 et 2030, passant de 4,1 millions à 6,1 millions » (Haut-Commissariat au Plan, 2023). Ce constat engendre de réelles préoccupations concernant la gestion de la dépendance liée au grand âge à venir de cette partie de la population, qui se traduit par une mise à l'agenda politique et la promulgation de lois. Deux lois concernant le vieillissement de la population française sont récemment parues, la première étant la loi de 2015, *relative à l'adaptation de la société au vieillissement* (ASV)¹ et la seconde, la loi du 8 avril 2024 *portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie*². Elles s'engagent respectivement à « anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement » (Service public de l'autonomie, 2016), grâce à des mesures concrètes comme le renforcement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et l'aide aux proches aidants. De même, elles visent à garantir le maintien de l'autonomie de la population avec notamment des mesures en faveur des aides à domicile (Vie publique, 2024a). Ces deux lois exposent très clairement la volonté de maintenir les personnes le plus longtemps possible dans leur domicile tout en limitant leur perte d'autonomie. Les raisons de ce choix découlent des constats suivants : la saturation possible des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui ne seront donc pas en capacité d'accueillir toutes les personnes âgées en perte d'autonomie (FHF, 2024) et l'augmentation des dépenses de santé comme par exemple une hausse des dépenses d'Apa qui « augmenter[aient] de 4,8 milliards d'euros d'ici à 2040, soit 80 % par rapport à 2020 (en euros réels) » (Mendras, 2023). Cette volonté du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes - traduite au travers des volontés politiques - s'appelle le « virage domiciliaire », et se positionne en opposition à l'institutionnalisation des personnes au sein d'établissements spécialisés, comme les Ehpad.

Il est clairement posé que les enjeux du vieillissement de la population concernent les personnes entrant dans la catégorie du grand âge et leur lieu de domiciliation. Cependant, le plaidoyer « Vieillesse et précarité » datant de 2022 - rédigé par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et la Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP) - vient

¹ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

² LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

questionner le chemin pris par les politiques publiques concernant la gestion de la dépendance. Ces deux fédérations font le constat de la part croissante de personnes vieillissantes présentant une perte d'autonomie au sein des structures du social en France, et notent qu'elles ne relèvent pas de la catégorie du grand âge, puisque l'âge moyen de décès des personnes hébergées est de 55 ans. On peut donc considérer que l'apparition de la dépendance dans cette catégorie de la population se fait de façon précoce, en comparaison à l'âge moyen d'apparition de ces mêmes symptômes au sein de la population générale. Cette problématique du vieillissement prématuré mérite d'être saisie, d'après ce plaidoyer, par un maintien à domicile des personnes précaires hébergées, ou encore par un accès aux établissements du secteur de la gérontologie tels que les Ehpad. Il y est précisé que les personnes précaires vieillissantes se situent « au croisement entre plusieurs politiques publiques : celles de l'autonomie, celles du handicap et celles de la lutte contre les exclusions et celles de la solidarité » (FAS & FEHAP, 2022).

Afin d'appuyer le constat selon lequel les personnes mentionnées ci-dessus sont positionnées entre diverses politiques publiques - ce qui induit une non prise en compte de la réalité des personnes précaires vieillissantes au sein des structures du secteur de l'insertion et du logement adapté ainsi que leurs potentielles conséquences - il est indispensable de se concentrer sur la construction différenciée de la prise en charge des pauvres et des personnes âgées au sein de la société française. Pour ce faire, il est nécessaire de faire un historique de l'aide et l'action sociales, politiques publiques historiquement dédiées à l'accompagnement de ce qu'on appelait jadis les « *indigents* », et qui ont engendré la dualité des accompagnements entre personnes âgées et en situation de handicap.

Une longue construction différenciée de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de précarité

L'aide et l'action sociales, qui sont la traduction du contenu des politiques publiques mises en place aujourd'hui, ont connu une longue évolution au fil des siècles. L'apparition, puis la spécialisation de politiques publiques pensées par l'État, a engendré la création des secteurs sanitaire, social et médico-social et ainsi une prise en charge spécialisée et différenciée des publics constituant notre société. Cependant, cela n'a pas toujours été le cas.

Sous l'Ancien Régime c'est la charité qui prédomine. La France y est alors un royaume catholique sous le joug de l'Église, où la charité chrétienne est perçue comme le moyen de s'attirer les faveurs de Dieu. Le soutien aux vieux, aux mendiant et aux indigents s'exprime au travers de la bienfaisance. Cette partie de la population est alors perçue par la société moderne comme « l'image du Christ souffrant » ou encore au travers de la représentation du « bon » et du « mauvais » pauvre.

Le « mauvais » pauvre étant celui en capacité de travailler mais qui ne le fait pas. Alors que la catégorie des « bons » pauvres regroupe ceux en incapacité de travailler comme les malades et les personnes âgées (Gueslin, 2013). L'État n'est alors pas directement impliqué dans la gestion et le secours des plus vulnérables (comme les vieux et les indigents). Néanmoins quelques initiatives du pouvoir royal sont présentes – sur des territoires définis - notamment sous Louis XIV, puisqu'en 1656 un édit annonce la création d'un hôpital général : La Salpêtrière. Cet hôpital, en 1660, abritait environ 6 000 personnes dont la moitié était des vieillards et des infirmes (Bercé, 1992). Par la suite, en 1662, l'édit de Saint-Germain, « impose la création d'un Hôtel-Dieu dans chaque cité importante du royaume » afin d'y enfermer les pauvres, les vieillards, les vagabonds (Carmona & Raimondeau, 2020). Il est possible d'affirmer qu'à cette époque, aucune prise en charge différenciée n'existait entre les vieux – lorsqu'ils ne pouvaient pas faire appel à leur lien de filiation - et les pauvres, ainsi que de réelles politiques publiques les concernant, puisque le modèle social reposait sur une politique de l'enferment sous couvert de charité. Ce n'est que progressivement que la société va évoluer vers un principe d'assistance³ à la fin du XVIIIe siècle.

Ce changement dans la gestion de la question des pauvres et des personnes âgées, crée les « bureaux de bienfaisance », en 1796, qui ont pour missions la distribution « des soupes et des secours en nature (nourriture, vêtements, charbon...) et donnent des travaux à réaliser aux ateliers de charité » (Archives Départementales de la Haute-Loire, 2014). Ils sont implantés théoriquement dans chaque commune de France. Cependant, il est possible de relever que des disparités territoriales sont présentes à cette époque. La Bretagne en est un exemple parlant : en effet, « en 1847, alors que les communes dotées d'un bureau de bienfaisance ne sont que 3 % dans les Côtes-du-Nord, 5 % dans le Finistère et 8 % dans le Morbihan, elles sont 34 % en Ille-et-Vilaine et 36 % en Loire- Inférieure » (Haudebourg, 1998). La structuration du principe d'assistance continue de se formaliser sur une logique de territoire, comme le montre la création des « bureaux d'assistance », en 1893, qui sont eux aussi sous la responsabilité de la commune.

Ce n'est qu'à partir du XIXème siècle - marqué par ses révolutions industrielles et l'apparition d'un État social - que les solidarités traditionnelles que sont la religion et la famille ne structurent plus la société du fait, entre autres, de sa longue sécularisation. Le développement du salariat induit le passage d'une logique d'assistance à celle d'assurance des risques (Le Bihan, 2023). Le cadre d'action de cette logique d'assurance, n'est plus pensé selon une logique de territoire, mais couvre désormais des catégories sociales. Elle se structure aussi par un cadre d'action formalisé par

³ « La logique d'assistance vise à instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté » (Vie publique, 2024).

des critères d'éligibilité qui sont par exemple à cette époque l'appartenance à une profession. « Ainsi jusqu'en 1840, les hôpitaux recevaient sans distinction, malades, vieillards, démunis, grabataires, débiles ... Le règlement modèle des hôpitaux distingue alors l'hôpital, réservé aux malades, de l'hospice, réservé aux vieillards et aux indigents. A partir de cette séparation fondatrice entre le sanitaire et le social, les politiques publiques ne cesseront de se différencier [...] » (Rayssiguier & Huteau, 2018b). Ce n'est pas pour autant que l'assistance disparaît de notre société puisque la loi du 14 juillet 1905 portant sur l'obligation de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables est promulguée. Elle dispose que « toute personne privée de ressources et soit âgée d'au moins 70 ans, soit atteinte d'infirmité ou de maladie incurable, non seulement a le droit de formuler une demande d'assistance, mais encore possède des moyens légaux bien définis pour imposer à la collectivité la reconnaissance de son droit » (Bernonville, 1911).

La logique assurantielle continue de se formaliser au sortir de la Seconde Guerre mondiale avec la création de la Sécurité sociale en 1945. Cette dernière se constitue, grâce aux ordonnances de Jeanneney de 1967⁴, en quatre branches – autour de la figure du travailleur et de la famille - assurant les risques suivants : la vieillesse, la famille, la maladie et les accidents du travail. La branche vieillesse indique un changement de la définition de la vieillesse au sein de la société française puisqu'elle n'est plus pensée en termes d'invalidité, c'est-à-dire d'incapacité physique, mais bien en tant que service rendu à la société grâce au travail réalisé au travers du droit à la retraite établi par un critère d'âge. La création de cette branche montre que l'État définit désormais la vieillesse comme un problème social auquel il faut apporter des solutions, notamment chez les personnes âgées pauvres (Caradec, 2022).

C'est dans les années 1960 que la thématique de la dépendance fait son apparition dans les politiques de la vieillesse. « La dépendance est une notion intrinsèquement liée à la vieillesse, puisqu'elle désigne l'état d'incapacité dans lequel se trouve une personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, en raison précisément d'un handicap dû au vieillissement de l'organisme humain » (Rayssiguier & Huteau, 2018b). L'augmentation de l'espérance de vie a induit une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes dans la société française et des préoccupations quant à sa prise en charge, comme le démontre le rapport Laroque de 1962. Ce dernier met en avant que les personnes âgées dépendantes sont de plus en plus concernées par la pauvreté, le mal logement et l'isolement social et donne la priorité au « « maintien au domicile », avec une approche « moderniste » de la vieillesse, conçue comme « 3^e âge actif, autonome et participant » » (Grand, 2016) – marquant ainsi une évolution dans la représentation de la vieillesse. Par la suite la

⁴ Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 RELATIVE A L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE.

dépendance des personnes âgées se voit, dans un premier temps, affiliée aux politiques du handicap, notamment au travers de la loi du 30 juin 1975⁵ « qui consacre le principe d'une solidarité nationale en faveur de ces dernières, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est [alors] étendue aux personnes âgées qui souffrent d'incapacité et rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne » (Giraud & Le Bihan-Youinou, 2022). Il faut attendre 1997, et la création de la prestation spécifique de dépendance (PSD) pour qu'une différenciation entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes soit présente dans le versement d'aides sociales. La PSD est attribuée aux personnes âgées dépendantes à partir de l'âge barrière de soixante ans – sous conditions de ressources - et utilise la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (Aggir) pour l'évaluation de cette dépendance (Le Bihan-Youinou, 2010). Cette aide sociale change de nom en 2001 et devient l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)⁶. Dans les faits, il n'existe aucune différence entre la PSD et l'Apa, si ce n'est que le terme « perte d'autonomie » et désormais préféré à celui de « dépendance », car il est jugé moins médico-centré, moins stigmatisant et prenant en compte le mode de vie et l'environnement social des personnes (Giraud & Le Bihan-Youinou, 2022). La formalisation du secteur de la dépendance est aussi nettement marquée par la loi n°2002-2⁷ *renovant l'action sociale et médico-sociale*, qui en plus de réaffirmer les droits de usagers, finit d'amorcer le changement - entrepris par la loi de 1975 - en modifiant la terminologie des hospices devenues trop négative en celle d'Ehpad. Suite à la canicule de l'été 2003, et le fort taux de mortalité chez les personnes âgées, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est instaurée le 30 juin 2004. Sa mission est de financer « l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées (dotations de soins, APA, création de places en établissements et services spécialisés...) » (CNSA, 2022a). La perte d'autonomie devient en 2021 un risque à assurer de manière universelle avec la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale, qui fait de la CNSA « une caisse nationale de Sécurité sociale chargée de la [...] branche consacrée à l'autonomie » (Vie publique, 2021b). La question de la perte d'autonomie des personnes âgées est toujours à l'agenda politique comme le montre la loi ASV de 2015 et celle du Bien vieillir de 2024, citées précédemment.

Parallèlement à la question de la dépendance, celle de la pauvreté se fait silencieuse durant les Trente Glorieuses, période de fort développement économique. Ce n'est que dans les années 1970 qu'elle fait son retour, notamment avec l'apparition du chômage de masse. Il est à noter que la

⁵ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁶ L'APA trouve son homonyme dans le secteur du handicap sous la forme de la PCH.

⁷ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renovant l'action sociale et médico-sociale

pauvreté n'est alors pas investie de la même définition que durant les siècles précédents : elle n'est plus uniquement perçue sous un aspect monétaire, mais bien comme un obstacle à la jouissance des droits fondamentaux (Rayssiguier & Huteau, 2018a). C'est d'ailleurs ce qu'exprime le père fondateur de l'association Aide à toute détresse (ATD) Quart-Monde, Joseph Wresinski, lors du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1987 : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (Wresinski, 1987). La précarité est donc à concevoir de manière multidimensionnelle et doit être assimilée à un processus complexe et évolutif et non à un état. Elle peut être définie au travers de formes des fragilités suivantes (Zaouche-Gaudron & Sanchou, 2005) :

- « Fragilité et instabilité de l'emploi
- Fragilité et instabilité de l'habitat
- Fragilité et instabilité dans le domaine des soins
- Fragilité et instabilité au cœur de l'institution scolaire et du système en éducatif général
- Fragilité et instabilité du milieu familial ».

Les notions d'exclusion sociale et de disqualification sociale (Paugam, 2009) font leur apparition et démontrent que les politiques sectorielles en place sont insuffisantes et stigmatisantes envers les personnes à la marge de la société. Des politiques dites de cohésion sociale sont alors créées comme celle du 29 juillet 1998⁸, « loi dont le principe et le fondement sont l'accès aux droits fondamentaux », qui se positionne contre la mise en place d'un droit pour les pauvres et en faveur de l'accès à ses droits fondamentaux pour tous, afin de lutter contre les exclusions (Rayssiguier & Huteau, 2018a). L'exclusion sociale regroupe donc une multitude de situations dont les personnes sans-abris et les personnes mal-logées font partie. Afin de lutter contre leur situation de grande exclusion, des politiques d'accès au logement et à l'hébergement vont être pensées. Ces dernières vont notamment se traduire par la mise en place du dispositif de l'Accueil, hébergement et insertion (AHI). « Le dispositif AHI est destiné aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide globale et aux personnes sans-abri ou mal-logées, pour permettre aux unes d'accéder au logement et de retrouver leur autonomie, et aux autres de bénéficier dans le meilleur délai d'un logement et de

⁸ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

droit commun » (Rayssiguier & Huteau, 2018a). Ce dispositif n'est qu'une étape transitoire, qui se manifeste notamment par la mise en place de durée limite d'hébergement dans les structures comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement d'urgence (CHU) ou encore les accueils de nuit. Ce domaine d'action se nomme l'urgence sociale.

Retracer la construction des notions de la dépendance et de la pauvreté montre que si elles étaient originellement traitées ensembles au Moyen-Âge, des siècles plus tard elles relèvent de secteurs différents. Elles ont toutes deux pour objectif de lutter contre l'exclusion sociale de leur public, cependant cette dualité d'apparence inévitable amène à se questionner de la façon suivante : que se passe-t-il lorsque les personnes au sein de structures du social ne sont pas en capacité de retrouver une autonomie afin de pouvoir vivre dans un logement - qu'il soit dans le parc social ou privé – et/ou ne sont pas en capacité de se réinsérer socialement par le travail, comme cela peut-être le cas de personnes précaires vieillissant prématurément ?

Le vieillissement prématuré : un impensé des politiques publiques

L'âge de la vieillesse est en effet étroitement lié, dans notre société, au changement de statut de la personne qui passe ainsi de la catégorie des actifs à celle des retraités. Sophie Rouay-Lambert (2006) affirme que ce changement de statut social est très souvent attendu chez les sans domicile fixe (SDF), qui y voient la possibilité d'un nouveau départ et surtout d'une reconnaissance sociale notamment par l'intermédiaire d'aides tel que le minimum vieillesse. Cependant, ce changement de statut ne s'opère pas sans difficulté. En effet, afin de recouvrer un statut social, les SDF se tournent vers les structures de l'AHI, dans l'objectif d'entreprendre les démarches administratives nécessaires à la réouverture et la mise à jour de leurs droits en tant que retraités. Obtenir ce statut apparaît, pour eux, comme un moyen par lequel ils espèrent réintégrer une vraie place dans la société ; mais les démarches pour en bénéficier prennent du temps. De plus, elle fait le constat d'un décalage entre l'âge biologique et l'âge biographique de ces personnes prétendant à la retraite, ce qui peut être vecteur de difficultés. Ce décalage entre ces deux âges est alors nommé vieillissement prématuré. Cela signifie que les personnes en situation de grande précarité connaissent un vieillissement à un âge plus jeune que le reste de la population générale. Les causes de ce vieillissement prématuré, peuvent trouver leurs origines dans le cumul d'inégalités sociales de santé (ISS)⁹, qui, sur le court ou le long terme, finissent par avoir des conséquences significatives, puisque « quelques semaines passées à la rue peuvent les avoir vieillis de dix ou vingt années » (Rouay-Lambert, 2006). En effet,

⁹ « Les inégalités sociales de santé recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables, et qui sont potentiellement évitables » (Vie publique, 2021).

« les conditions d’existence modifient de façon substantielle les trajectoires de santé auxquelles sont prédisposés les individus compte tenu, entre autres, de leur bagage génétique » (Fontaine & Pennec, 2020). La délégation interministérielle à l’hébergement et à l’accès au logement (Dihal), fait déjà mention en 2015 de l’apparition de questionnement chez les professionnels du social concernant le développement d’un vieillissement précoce du public qu’ils accompagnent et affirme que « les premiers signes de perte d’autonomie apparaissent chez ce public vers 50-55ans » (DIHAL, 2015).

Les conséquences de ce vieillissement prématuré peuvent être illustrées par les données du 11ème rapport annuel du Collectif des morts de la rue (CDMR). Ce dernier fournit des données concernant l’âge de décès de ce public en France. « En moyenne, les personnes recensées par le CDMR sont décédées à 49 ans, soit avec un peu plus de 30 ans d’écart par rapport à la population générale (80 ans). De plus, plus de 85 % des sans chez soi décèdent avant 65 ans alors que seulement 15 % de la population générale décède avant 65 ans ». La tranche d’âge des 45-65 ans est la plus touchée par la mortalité, puisque, sur 624 décès recensés en 2022, 298 lui sont attribuables. La tranche d’âge 65 ans et plus en compte quant à elle 81 décès, ce qui la place à la troisième « position » après celle des 25 - 45 ans qui elle, compte 174 décès (Collectif des morts de la rue, 2023). Cependant, ce n’est pas parce que les personnes meurent précocement qu’elles ne font pas l’expérience de la vieillesse du fait de leur âge (Dobovetzky, 2020).

Il est possible de parler d’un impensé des politiques publiques, compte tenu de la non prise en considération des spécificités des publics précaires vieillissants au sein de l’AHI. En effet, ces structures se retrouvent face à des personnes ne relevant plus de leur champ d’action, puisque leur mission est de redonner de l’autonomie aux personnes précaires. Essayer de croiser les notions de vieillesse ou de vieillissement avec celle de la précarité des publics au sein des structures du secteur social ne permet dans les faits qu’un croisement partiel de ces catégories. Par ici, est entendu que – comme explicité précédemment – les politiques de la vieillesse conditionnent leurs accès par ce qu’appelle, Anne-Marie Guillemard, « la police des âges », qui fixe l’âge minimum pour y prétendre à soixante ans (même si certaines dérogations d’âge sont possibles auprès des conseils départementaux). Cependant, cet âge barrière ne correspond pas de manière exhaustive à la réalité de terrain des structures sociales. En effet, les publics présents dans les différentes structures composant le secteur social présentent des signes de vieillissement avant l’âge de soixante ans (vieillissement prématuré). Le terme de vieillissement prématuré est donc employé pour décrire les personnes présentant des signes de dépendance avant l’âge de soixante ans – âge à partir duquel, seulement, elles pourront prétendre aux politiques de la vieillesse. Techniquement celles qui dépassent cet âge limite « rentrent » dans les définitions de la vieillesse telles que les formalisent les politiques publiques ; cependant il est important de notifier que franchir cet âge n’est pas un facteur

protecteur¹⁰ qui les empêche de développer un vieillissement prématuré – en comparaison à la population générale. Pour des raisons de simplification, lorsque le terme « vieillissement prématuré » sera employé il qualifiera les personnes ayant moins de soixante ans et celui de « vieillissement » celles de plus de soixante ans. Il faut garder à l'esprit que, que ce soit l'un ou l'autre des termes, l'objectif reste le même : parler du vieillissement prématuré des personnes précaires au sein des structures de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement (AHIL).

Des initiatives encore trop sporadiques sur le territoire français

Même si cette thématique reste encore très peu étudiée, il est possible de « repérer » des actions menées sur le territoire français. Tout d'abord, la FAS Ile de France a mené une enquête « entre novembre 2016 et février 2017 portant sur l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale » (Fas Ile de France, 2017), qui constate bel et bien le vieillissement du public de cette région. Il existe la Plateforme Vieillissement et Précarité (ViP), dans l'Isère, qui est un dispositif dont la mission est de traiter des questions du vieillissement et de la précarité, de la fin de vie, de la mort et du deuil des publics accueillis au sein de l'AHIL – plus particulièrement les pensions de famille (Doubovetzky et al., 2023). En 2021, en collaboration avec la FAS Auvergne Rhône-Alpes, et grâce à des financements de l'ARS de cette région et de la fondation AG2R La mondiale, a mené une enquête sur le vieillissement des personnes en situation de précarité (FAS Auvergne Rhône-Alpes & Plateforme VIP, 2021). Ce financement de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, montre que les services déconcentrés de l'État commencent à saisir l'importance de cette thématique sur certains territoires. D'autres initiatives sont à noter, notamment dans la région des Pays de la Loire où la FAS de ce territoire a réalisé, en 2023, une enquête qualitative en lien avec cette thématique du vieillissement. Les résultats de cette dernière ont été restitués lors d'une journée régionale en décembre 2023 et font eux aussi part de la présence d'un public vieillissant dans les structures de l'AHIL. Cet état des lieux du sujet montre que les différentes FAS régionales de France commencent à s'interroger sur cette thématique mais de façon non coordonnée au vu des différentes temporalités. Une explication à cela peut se trouver dans l'organisation de cette fédération sous statut d'association loi 1901. En effet, celle-ci est composée d'une FAS nationale - qui représente la tête de réseau - et de treize autres FAS régionales indépendantes de la nationale. Chaque antenne régionale traite donc des thématiques brûlantes de son territoire. Cependant, il est possible de dire que le sujet est récent et semble se généraliser sur l'ensemble de la France métropolitaine. A la lecture

¹⁰ Les facteurs protecteurs sont des caractéristiques ou des conditions qui agissent en tant que modérateur ou réducteur des risques, c'est-à-dire qu'ils permettent de diminuer les incidences ou externalités négatives associées aux facteurs de risque et aident les publics concernés à garder la meilleure santé possible (Raimondeau, 2020).

de ces travaux, il ressort des constats partagés. Tout d’abord, ce public est décrit comme se trouvant au croisement de plusieurs politiques publiques et par conséquent dans un angle mort de ces dernières. Ensuite, il semble que ce sont les pensions de famille (composante intégrée à l’AHIL) qui sont le plus concernées par la thématique du vieillissement.

Cette impulsion se poursuit par la parution d’un appel à communication de l’Association française de sociologie (ASF), pour l’organisation de sa journée d’étude « Vieillissement des personnes âgées marginalisées et réactions sociales », le 9 octobre prochain. L’organisation de cette journée découle une nouvelle fois du constat du vieillissement des personnes précaires notamment au sein des structures du secteur social. Elle note l’importance de se questionner sur deux axes qui sont les suivants : celui de l’expérience des « personnes elles-mêmes, au niveau individuel (du point de vue de leur trajectoire biographique, de l’usure de leur corps et de leurs pratiques quotidiennes) » et celui des professionnels et « institutions qui sont en contact avec ces publics marginalisés, à un niveau plus politique et social » (AFS, 2024). Cependant, malgré la présence d’enquêtes et de rapports émanant des régions citées ci-dessus, les réponses concrètes à cette problématique sont encore trop peu présentes.

Il est néanmoins possible d’identifier quelques initiatives pensées pour essayer d’accompagner les personnes précaires vieillissantes. Depuis 2006, l’Ehpad Saint-Barthélemy de Marseille compte dans son établissement une unité spécialisée dans l’accueil de public ayant connu un « parcours d’errance ». Cette unité comporte trente-quatre places. De même, un Ehpad spécialisé dans le centre-ville de La Rochelle, situé en Charente-Maritime, porté par une association de ce territoire nommée Escale, a été créé en 2010. Il comprend dix-neuf places à destination de personnes présentes dans des structures sociales - comme les CHRS et les pensions de famille – âgées de soixante ans ou moins si dérogation d’âge (Association Escale, 2023). L’impulsion de prise en charge et la hausse de l’inquiétude soulevées par l’accompagnement de ces publics semble particulièrement provenir des associations et des fédérations, ce qui peut être vu à la fois comme une marque de désengagement de l’Etat mais également comme une preuve de confiance de celui-ci envers des associations qui se placent souvent comme spécialistes du sujet (Cottin-Marx et al., 2018). Cependant, il existe actuellement des réponses sur le territoire métropolitain, mais de manière encore trop sporadique.

Le territoire breton confronté au problème du vieillissement des personnes hébergées

A l’image des disparités territoriales de l’aide et l’action sociales évoquées précédemment, il est possible de se questionner sur l’émergence du sujet en Bretagne. Le sujet dans cette région y est encore peu traité, ce qui ne signifie pas qu’elle y est étrangère. Les acteurs du social du territoire, adhérents à la FAS Bretagne, ont fait remonter à cette dernière leurs difficultés à accompagner au

mieux ces personnes au sein de leurs structures mais aussi dans leurs orientations vers des établissements spécialisés comme les Ehpad par exemple. La FAS Bretagne a donc fait part de cette problématique aux services déconcentrés de l'Etat, notamment la Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (Dreets) et l'ARS Bretagne.

La FAS Bretagne a organisé une concertation entre l'ARS Bretagne et les professionnels de structures adhérentes, puis entre l'ARS et les délégués du Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA) afin que cette dernière prépare son nouveau Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps), 2023-2028. Suite à cette concertation, la FAS Bretagne a rédigé à l'attention de l'ARS Bretagne une note de positionnement composée de cinquante-quatre propositions dont douze portants sur la thématique du vieillissement. A l'issue de ce travail de plaidoyer le vieillissement et notamment le vieillissement prématuré des personnes précaires est mentionné dans ce nouveau Praps puisque « mieux prendre en compte le vieillissement précoce » en constitue l'objectif opérationnel n°3 (ARS Bretagne, 2023).

En parallèle, la Dreets, en réponse à cette sollicitation, a fait le choix de créer un groupe de travail nommé « Le vieillissement des personnes en situation de pauvreté » dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté de la région Bretagne, afin de préparer la déclinaison du Pacte des Solidarités 2023 sur la région. Ce groupe de travail a permis d'inscrire, dans le pilier trois dudit pacte, intitulé « Lutte contre la grande exclusion et lutte contre le non-recours », la nécessité de mieux connaître et « prendre en charge le vieillissement prématuré des personnes en situation de pauvreté » (Dreets, 2023). A travers ce dernier, la FAS Bretagne a obtenu des financements (suite à la réponse d'un appel à projet) permettant de financer un poste d'apprentissage afin de mener une étude qualitative sur le vieillissement et la précarité à l'échelle de la région. C'est sur cette étude que porte ce travail.

À l'aune des rares données existantes et suivant le thème et le cadre initial donnés à l'étude, différentes questions de départ ont pu être formulées : Les pensions de famille en Bretagne sont-elles plus « concernées » par le vieillissement ? Au contraire, toutes les structures de l'AHIL y sont-elles confrontées ? Est-ce que les professionnels du secteur sont au fait du dépassement de leurs missions ? Les personnes accompagnées se sentent-elles concernées par cette thématique ? Y pensent-elles ? Quels freins sont présents en Bretagne dans l'orientation de ce public vers le secteur de la gérontologie ?

Au vu de la montée de la problématique du vieillissement prématuré des personnes présentes au sein des structures de l'AHIL et du constat d'un impensé des politiques publiques concernant cette catégorie de la population, ce travail sera structuré autour de la question suivante : **Comment**

L'omission du vieillissement prématuré des publics précaires dans les politiques publiques affecte-t-elle les structures de l'AHIL de Bretagne et complique-t-elle la transition de ces publics vers les structures de droit commun ?

Afin de répondre au mieux à cette question, la première partie de ce travail consistera à exposer l'impact du vieillissement prématuré des personnes hébergées et logées sur les pratiques professionnelles et les structures du secteur de l'AHIL. Puis une seconde partie évoquera, quant à elle, les difficultés de sorties des structures de ce secteur et donc les difficultés d'orientation que rencontrent les personnes précaires vieillissantes en perte d'autonomie ; le tout complété par des préconisations.

Méthodologie de l'enquête de terrain

Ce travail mené auprès des adhérents de la FAS Bretagne, a commencé en octobre 2023, et a eu pour première étape l'identification des acteurs du secteur social, des structures et de leurs dispositifs associés. C'est ici que la première difficulté est apparue car aucun recensement de ce type de données n'existe au sein de la fédération. L'identification des acteurs visait à définir précisément le public de l'étude, étant donné que les structures de ce secteur dit de « l'hébergement social » accueillent des personnes en demande de régularisation dans ce qui est communément appelé le pôle asile, ainsi que des adultes en difficulté sociale dans le pôle insertion. Afin de circonscrire le sujet de cette enquête intitulée « Vieillissement des publics en situation de précarité » et d'en préciser l'objet, il a été décidé de se concentrer exclusivement sur le deuxième type de public. Ainsi, les centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) et les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (Huda) n'ont pas été inclus dans l'étude. Par ailleurs, la question s'est posée quant à l'inclusion des personnes sans domicile fixe dans l'enquête. Cependant, le choix a été fait de ne pas les inclure, principalement pour des raisons de temps, l'enquête étant limitée à une durée de douze mois.

Des semaines d'immersion au sein d'associations adhérentes présentes sur tout le territoire breton ont été organisées. L'objectif de ces dernières était de pouvoir découvrir les différentes structures composant le secteur de l'AHIL, de comprendre leur fonctionnement et ainsi percevoir si elles étaient concernées par le vieillissement et notamment le vieillissement prématuré des personnes qu'elles accompagnent et dans quelles mesures. Le choix de réaliser des immersions a été motivé par le fait qu'elles ont « l'avantage d'aider les sociologues à se familiariser avec un univers social qui est étranger à la plupart d'entre eux » (Grignon & Passeron, 1989). Les immersions ont été rythmées par des observations participantes, des échanges informels avec les professionnels du secteur ainsi qu'avec des personnes accompagnées, mais également par des entretiens semi-directifs (cf. Annexe I), le tout étant consigné dans un carnet de terrain ou enregistré.

- La prise de contact avec les structures enquêtées et l'entrée sur le terrain

La prise de contact avec les associations a été effectuée par le biais de différents canaux de communication. Tout d'abord, lors de la 5^{ème} Conférence régionale des acteurs de la stratégie de lutte contre la pauvreté, du 17 octobre 2023, une présentation de l'étude et de ses objectifs a été réalisée permettant ainsi aux personnes présentes de prendre connaissance de cette mission. Cette journée a permis de rencontrer une travailleuse sociale de l'Association 4, au fait de la thématique. Par la suite, un mail a été envoyé à tous les contacts de la chargée de mission santé de la FAS Bretagne afin de faire part à un maximum d'adhérents de la tenue d'une enquête sur le vieillissement de leur public. Le but de cet envoi de mail consistait aussi à leur demander si certains d'entre eux étaient d'accord pour échanger sur leurs éventuelles difficultés. Les échanges en découlant ont représenté la phase exploratoire de cette étude (cf. Annexe I). Durant cette étape, des entretiens ont été réalisés afin de pouvoir cadrer le sujet de l'étude et d'en comprendre les contours. Lors d'une commission santé de la FAS Bretagne – en octobre 2023 – le sujet de l'étude a été une nouvelle fois présenté à d'autres acteurs du social, ce qui a permis de prendre de nouveaux contacts et de négocier d'éventuelles immersions. C'est lors de cette journée que l'Association 1 a accepté d'être enquêtée. Les associations 2 et 3 ont quant à elles accepté la réalisation d'une immersion lors de leur venue à un groupe de travail sur le vieillissement et la précarité (toujours dans la phase exploratoire de cette étude) de décembre 2023. La dernière association (5), a été approchée lors de la tenue d'un COPIL en février 2024 – ouvert à tous les adhérents – où elle a fait remonter ces difficultés concernant la prise en charge et l'orientation du public ciblé par l'étude.

- Le recueil et l'analyse des matériaux collectés

Trois semaines complètes d'immersion ont donc été réalisées au sein de trois associations (Tableau 1), ainsi qu'une immersion de trois et deux jours auprès de deux autres associations. Cela a donc permis de découvrir le secteur avec un regard étranger, neuf. A cela s'ajoutent aussi des entretiens auprès d'autres associations. Ces dernières ont permis d'enquêter sur les structures/dispositifs suivants : Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Centre d'hébergement d'urgence (CHU), Lits d'accueil médicalisés (LAM), Lits halte soins santé (LHSS), Pension de famille (PF), Résidence autonomie (RA) et Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)¹¹.

¹¹ Pour plus d'information consulter les annexes suivantes : Annexe V ; Annexe VI ; Annexe VII ; Annexe VIII ; Annexe IX ; Annexe X.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des immersions réalisées

Association	Structures	Nombre des entretiens semi-directifs	Durée de l'immersion
Association 1	CHRS, LHSS, PF, SIAO	4 avec des professionnelles	1 semaine
Association 2	CHRS, LHSS, PF	1 avec une professionnelle	1 semaine
Association 3	ACT, CHU, PF	2 avec des professionnelles ; Café discussion	1 semaine
Association 4	PF	1 avec une professionnelle ; 2 avec des résidentes ; Café discussion	2 jours
Association 5	CHRS, LAM, LHSS, RA	1 avec une professionnelle ; Café discussion	3 jours

Les échanges (informels et entretiens semi-directifs) avec les professionnels du secteur ont été faciles car ils ont eux-mêmes fait remonter leurs besoins de prise en compte de la thématique du vieillissement dans leur activité professionnelle. Ils ont donc représenté des « alliés », comme les nomme Gérard Mauger dans *Enquête en milieu populaire*, tout au long des immersions (Mauger, 1991). Ces rencontres ont permis de réaliser les onze entretiens mobilisés dans cet écrit ; ayant des durées allant de trente minutes à une heure et demie (Annexe I).

Les entretiens avec les personnes accompagnées sont apparus plus complexes à obtenir, bien qu'indispensables, puisqu'il s'agit au travers de ce travail de comprendre les enjeux du vieillissement des personnes précaires au sein du secteur de l'AHIL. En effet, instaurer des échanges formels au travers d'entretiens semi-directifs enregistrés peu représenter « un affrontement entre deux mondes : celui du monde ordinaire que représente le sociologue, et celui de l'urgence de survie que subit la personne interrogée. [Ce qui engendre un] décalage dans la communication au point que se mélangent, au cœur de l'échange, onirisme et histoires stéréotypées, réactions de violence et sentiment de subir un interrogatoire » (Bruneteaux & Lanzarini, 1998). Cet exercice nécessite donc d'essayer d'appréhender leurs ressentis, leurs opinions, leurs perceptions du vieillissement prématuré, ainsi que leurs souhaits concernant leur avenir - signifiant pour le public de dévoiler une part considérée comme intime de soi-même - sans toutefois instaurer cet « effet interrogatoire » (Bruneteaux & Lanzarini, 1998). Mobiliser et garder leur attention sur le sujet traité, surtout sur une

thématique aussi délicate que le vieillissement, a demandé une profonde réflexion et adaptation sur le format à adopter. Dans un premier temps, il a donc été envisagé de mettre à disposition des appareils photos jetables à la fin de chaque immersion et passage sur les structures enquêtées. L'objectif était de demander aux personnes accompagnées de prendre des photos de différents objets, personnes ou éléments du bâti leur évoquant le vieillissement. La finalité de cette idée devait se trouver dans la réalisation d'un Photolangage, comme brise-glace afin de faciliter les échanges et l'expression de tous. Cependant plusieurs freins se sont présentés dans la mise en œuvre de cette idée. Tout d'abord, dans certaines structures enquêtées la mobilisation du collectif était compliquée, ce qui est notamment le cas des CHRS, structures où ce dernier n'occupe pas une place centrale dans l'accompagnement. A cela s'ajoutait aussi des contraintes en termes de temps et de déplacements. Pour finir, la raison principale de l'abandon de cette méthode de recueil a été la non-adhésion des personnes accompagnées à cette proposition, qui ont parfois refusé d'office cette idée sans fournir d'explication.

Il a donc fallu trouver un autre moyen de recueillir leur parole. Pour ce faire, des cafés discussion ont été mis en place. La structure enquêtée recevait une affiche, afin de prévenir les résidents/personnes accompagnées du déroulement à venir d'un café discussion. La thématique de ce dernier y était inscrite, et variait en fonction des structures et notamment de la facilité avec laquelle il avait été possible d'aborder le sujet du vieillissement lors d'une première visite. Par exemple, pour l'affiche de la pension de famille de l'Association 4, où les résidents étaient déjà familiarisés avec le sujet de l'étude - puisque la coordinatrice, elle-même, mène une étude sur cette thématique mais à une échelle plus locale - il y était noté : « C'est quoi le vieillissement ? Et si on en parlait ... ». A *contrario*, pour l'affiche de la RA de l'Association 5 - dont les résidents ne souhaitent pas aborder ce sujet - la porte d'entrée pour parler du vieillissement s'est effectuée au travers du thème : « Vivre en résidence autonomie. Et si on en parlait ... ». Ces cafés discussion, au nombre de trois, n'ont pas été enregistrés afin de faciliter la prise de parole des participants. Les échanges ont fait l'objet de notes sur le carnet de terrain, après accord des personnes présentes. La prise de note sur le carnet de terrain a été préférée pour ne pas instaurer une fois de plus, un « effet interrogatoire », plus susceptible d'arriver avec un enregistrement. Cependant, il est à noter que pour certaines personnes présentes lors de ces échanges collectifs, une méfiance vis-à-vis de cette prise de note était tout de même présente. Elles ont pu exprimer une forme d'inquiétude sur la manière dont leur parole allait être rapportée, et surtout sur l'objectif final de ce recueil de données. Dans ces cas-ci, les tenants et les aboutissants de la tenue des cafés discussions étaient réexpliqués, et un rappel sur l'anonymisation était fait. La résiliation des cafés discussion a montré qu'il n'était pas toujours évident pour les personnes accompagnées de comprendre que les immersions n'étaient pas le fait de la présence d'un nouveau membre de l'équipe ou d'une personne en formation, mais bien de l'observation dans le

cadre d'un travail académique. Ce qui, dans un sens, a été un avantage, puisque cela a permis d'éviter une certaine forme de défiance et d'amener une fluidité dans les échanges, une fois les doutes sur la prise de notes dépassés. Ces cafés discussions ont d'ailleurs permis de pouvoir réaliser deux entretiens semi-directifs avec deux résidentes de la pension de famille de l'Association 4 qui ont duré trente-huit minutes pour l'un et une heure quatorze pour l'autre (Annexe I).

Les différentes immersions et les échanges avec les professionnels des structures enquêtées ont aussi permis de recueillir des documents internes à ces dernières comme les bilans d'activité de 2019 à 2023 de la PF de l'Association 1, l'évaluation médicale de 2020 de la PF de l'Association 4 et un document concernant la formation des professionnels du social à la thématique du vieillissement et de la précarité de la FAS Ile de France.

Afin d'analyser les matériaux recueillis, les entretiens semis-directifs ont tous été retranscrits et le carnet de terrain a été transposé en version numérique pour que « l'analyse s'effectue et se poursuive » dans chacune des étapes » de l'enquête (Ramos, 2015). Ces étapes ont été essentielles pour effectuer une analyse thématique des données et ainsi en faire ressortir un raisonnement.

- Les limites d'une enquête ethnographique

Il faut néanmoins noter la présence de limites dans la réalisation de cette étude. La première de ces limites est que les enquêtés ont été sélectionnés selon leur volontariat, c'est-à-dire en fonction de leur investissement pour cette thématique. Il n'a pas été possible d'interroger des personnes qui se ne sentent pas concernées.

De plus, cette étude a été réalisée sur des structures – volontaires – implantées dans seulement trois des quatre départements bretons et ne couvre donc pas la totalité de la région. Néanmoins, il convient de préciser que la commande de la FAS Bretagne portait sur une étude qualitative et non quantitative. Par conséquent, il ne sera pas question ici de dresser un portrait chiffré de la situation actuelle sur le territoire.

Pour finir, la catégorie des personnes âgées dépendantes semble être un ensemble homogène de situations, ce qui, dans la réalité, n'est pas le cas ; il en est de même avec le public de cette enquête. Il est donc indispensable de préciser que ce travail n'a pas pour objectif de dresser une liste exhaustive de toutes les pathologies que ce public peut déclarer. Le sujet du vieillissement prématuré des personnes au sein des structures de l'AHIL étant vaste, le choix a été fait de ne pas se focaliser sur un type de structure en particulier mais bel et bien de les étudier dans leur ensemble. L'objectif ici est de pouvoir « monter en généralité » afin de démontrer que le sujet est répandu dans le secteur du social.

1 Les limites d'un mode d'hébergement : constats et réalités vécues par les professionnels du secteur social et du public précaire vieillissant des structures de l'AHIL en Bretagne

Il s'agit dans cette première partie de comprendre quels sont les enjeux induits par la prise en charge des personnes précaires vieillissantes pour le secteur de l'AHIL, du fait de la non prise en compte de leurs spécificités par les politiques publiques. Cependant, avant d'exposer comment le vieillissement et le vieillissement prématuré des personnes accueillies impactent les structures de l'AHIL, il est nécessaire de comprendre comment les travailleurs sociaux ainsi que les personnes précaires se représentent cette étape de la vie.

1.1 Le vieillissement perçu dans le secteur l'AHIL : représentations croisées des personnes accompagnées et des professionnels

Le vieillissement est un processus qui, aujourd'hui, se découpe en trois grandes étapes : le retraite active, le veuvage et enfin la dépendance. Il s'inscrit dans la segmentation ternaire du parcours de vie, qui se compose de la jeunesse, de l'âge adulte rythmé par le travail et pour finir de la vieillesse (Caradec, 2022). La question est de savoir si les acteurs du social et les personnes accompagnées ont la même représentation de la vieillesse - pour ce public et eux-mêmes – que celle ancrée dans les normes sociales. Le public précaire ayant connu des ruptures dans leur parcours de vie, peuvent, de fait, ne pas se reconnaître sur cette forme d'institutionnalisation des parcours de vie (même si aujourd'hui cette notion est remise en question face à la montée de la désinstitutionnalisation du cycle de vie). Comprendre comment le vieillissement est perçu dans ces structures (aussi bien par les professionnels que les résidents) et un moyen de percevoir comment cette thématique devient une problématique au sein de ces dernières.

1.1.1 Le vieillissement pensé par les personnes accompagnées

Les échanges avec les personnes accompagnées des différentes structures enquêtées ont tout d'abord montré une acceptation de la norme du retraité actif, puisque selon eux : « A 60 ans, 70 ans on est pas vieux », « Quand on part à la retraite on est pas forcément vieux » (Café discussion – Association 3). Ils évoquent même une « bonne manière de vieillir », illustrée par le fait de rester actif aux travers de différentes activités : « Peut-être de ne pas trop bouger, de ne pas faire les

activités, de rester chez soi. Je pense que c'est pas bon. Moi, je vois ça comme ça. Pour moi, c'est pas bon » (Résidente 2 – PF ; Association 4). Les exemples d'activités données par les personnes accompagnées étaient les suivants : le jardinage, la marche à pied, la lecture, faire des jeux de sociétés, entretenir son logement/son hébergement.

La question de l'isolement social – caractéristique de l'étape du veuvage¹² – a été évoquée à plusieurs reprises. Il faut néanmoins préciser que pour ces personnes relevant de l'AHIL, l'isolement social n'est pas une étape nouvelle de leur parcours de vie, puisqu'il constitue l'un des motifs de leur prise en charge. Cependant, dans leurs représentations, il peut être rattaché à un versant négatif de la notion du vieillissement et être identifié comme un vecteur de son apparition : « *C'est la déprime quand on est isolé* » (Café discussion – RA ; Association 5) ; « *Le contact avec la famille, les amis, quand on en a c'est très important. Si l'on n'a pas de contact social ça engendre le vieillissement* » (Café discussion – PF ; Association 4). L'isolement social, dont l'apparition ne dépend pas nécessairement du décès du conjoint ou de la conjointe et d'un âge précis, est donc perçu par les personnes accompagnées comme un facteur de vieillissement.

Concernant la figure de la personne âgée, des différences s'opèrent avec la vision de la personne âgée dépendante. Même si de premier abord les enquêtés fixent l'âge où les premiers signes de vieillesse apparaissent à partir des soixante-dix ans, il existe néanmoins d'autres représentations de la figure de l'ancien au sein des structures de l'AHIL. Ce travail a permis d'en identifier quatre. La première est celle du doyen, elle peut être attribuée à la personne la plus âgée de la structure comme c'est le cas de cette résidente de soixante-dix ans : « *Je crois que la moyenne d'âge, c'est soixante ans, quelque chose comme ça. La moyenne d'âge. Sauf moi, la vieille. L'ancêtre. La doyenne, qu'ils m'appellent* » (Résidente 1 - PF ; Association 4). La seconde est perçue selon le couple âge/durée de séjour, comme pour ce résident de soixante-dix-huit ans : « *Georges, qui est le doyen, qui est là depuis l'ouverture* » (AS – PF ; Association 1). Pour finir, la figure de l'ancien peut être attribuée à une personne en fonction de ses attributs physiques, mais celle-ci peut ensuite se voir catégoriser, donnant ainsi deux nouvelles figures celles du « bon » et du « mauvais » ancien comme l'expose l'extrait suivant :

¹² « Le décès de la conjointe ou du conjoint chez les personnes âgées est un vecteur d'apparition de l'isolement social chez cette partie de la population. Cet isolement social est déterminé par le fait de voir ou non sa famille et ses amis, d'être en bonne ou en mauvaise santé et de ne pas avoir une personne à appeler en cas d'urgence » (Eideliman & Brunel, 2022).

Extrait carnet de terrain : Échange informel – CHRS Association 2 :

« M. C évoque les termes de « bon » et de « mauvais ancien ». Un bon ancien, pour lui est une personne comme M. F¹³ (âgé de 65 ans) qui se lève tôt – 6h45 – et qui est propre sur lui. Alors qu'un mauvais ancien serait plus comme M. L¹⁴ (âgé de 57 ans), qui ne respecte pas les règles imposées par le CHRS. Pour exemple, M. L durant le déroulé de cette conversation, se sert un café et ne jette pas son gobelet une fois celui-ci bu. M. C lui “rappelle ” donc de le jeter ».

Pour ce qui est de la dépendance, les personnes expriment cet état comme étant une forme de « déchéance » et l'assimile à l'entrée en Ehpad¹⁵.

Il est donc possible de dire au vu de ces exemples, que « l'âge n'est pas, pour ce public, un élément prédominant du vieillissement » (Dobovetzky, 2020), mais que celui-ci relève plutôt de facteurs tels que le manque d'activité et l'isolement. Cependant, pour eux, un autre versant fondateur du vieillissement semble être l'état de santé. Les personnes interrogées n'emploient pas le terme de vieillissement prématuré – utilisé dans ce travail – mais cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas conscience que certaines personnes vieillissent à un âge plus précoce que la population générale : « Vieillir c'est à partir de 60 ans, d'autres c'est avant quand ils ont une maladie » (Café discussion – RA ; Association 5) ; « Dans notre cas il y en a qui, à soixante ans, ne sont plus capables de rien faire » (Café discussion – PF ; Association 4). Leur conception du vieillissement prématuré est donc étroitement liée à la maladie et à la perte d'autonomie. Le parcours de vie est évoqué comme raison du développement de ces maladies, qui elles-mêmes induiraient le vieillissement prématuré. La présence de stress, la consommation de tabac, d'alcool, de toxiques, la mauvaise alimentation sont autant d'exemples de facteurs explicatifs de l'apparition du vieillissement prématuré, qu'il a été possible de recueillir lors des cafés discussion. Les personnes interrogées semblent donc, au travers des exemples précédents, avoir conscience de la notion de déterminant de la santé¹⁶. Les représentations des enquêtés montrent donc une forme de vieillissement à deux vitesses, avec d'un côté, les personnes suivant un parcours correspondant à la représentation du parcours de vie formalisée par les normes sociales, et de l'autre, celles qui vieillissent de manière prématurée. Il est

¹³ M. F porte des lunettes, ses cheveux sont blancs, il est bien habillé, est retraité et s'exprime dans un langage soutenu.

¹⁴ M. L a des béquilles, n'est pas correctement vêtu, il lui manque de nombreuses dents, il n'a presque plus de cheveux.

¹⁵ Leur point de vue concernant cette étape du parcours de vie ne sera pas développé ici, puisque cela sera fait dans la partie II de ce travail.

¹⁶ « On regroupe sous l'expression « déterminants de la santé » l'ensemble des facteurs qui influencent, positivement ou négativement, l'état de santé des individus et populations » (Raimondeau, 2020) .

donc possible de dire que les personnes interrogées font bien le clivage entre les retraités actifs et les personnes dépendantes. Elles semblent cependant avoir pleinement conscience que ces normes ne représentent par une réalité universelle.

Lorsqu'il s'agit de parler de leur propre vieillissement, les réactions sont multiples. Certains n'y pensent pas et jugent que cette étape de leur vie n'est pas encore arrivée, tandis que d'autres la redoutent. Ainsi, au sein d'une même structure, les ressentis des personnes peuvent être différents comme le montrent les extraits suivants :

Extraits carnet de terrain – PF Association 1 :

« Lors de la préparation du repas de midi avec deux résidents (un homme et une femme), lorsque la question du vieillissement a été abordée, tous deux ont répondu qu'ils n'y pensent pas du tout ».

« M. P exprime que le vieillissement c'est la mort pour lui, que ce n'est pas l'apparition d'invalidité qui le préoccupe car ses parents, oncles et tantes n'en ont pas « souffert » lorsqu'ils étaient âgés. Il développe en expliquant que sa plus grande inquiétude en pensant à la mort, est de ne pas voir les années passer, et que cela occupe 90 % de ses pensées ».

La prise de conscience de sa finitude peut aussi engendrer des sentiments d'énervement et de peur : « Ça m'énervé, ça me fait chier de vieillir » (Café discussion – Association 3) ; « Le vieillissement ça me fait peur » ; « Moi ce qui me fait peur c'est la façon de vieillir plus que la mort » (Café discussion – PF ; Association 4).

La présence de déni chez les personnes enquêtées peut également être mentionnée, puisqu'avoir conscience de sa situation permet une pleine autonomie décisionnelle concernant leur avenir, ce qui peut être rattaché à la notion de consentement éclairé telle qu'explicité dans la loi Kouchner du 2 janvier 2002 (Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002).

Extrait carnet de terrain – CHRS Association 2 :

« M. L rentre dans la catégorie des personnes précaires vieillissantes. Il présente des addictions aux drogues dures, des troubles psychologiques, et une forte perte d'autonomie. Selon M [travailleuse sociale] : “ Arriver à 57 ans quand on a des

addictions c'est déjà du grand âge ». Il représente le cas type de la personne que l'on ne peut pas orienter sur d'autres dispositifs – qui ne peut pas avoir une sortie en logement autonome - mais qui ne correspond plus au profil du CHRS car pas assez autonome. Lors d'un échange avec M. L, il explique qu'il souhaite avoir un appartement dans lequel vivre avec ses deux enfants présents en France. Il veut un logement avec trois chambres pour que chacun d'entre eux puisse en avoir une ».

Les échanges avec les personnes accompagnées exposent que chacune d'elle possède sa propre vision du vieillissement – même si l'intériorisation des normes sociales est présente – et ainsi sa propre expérience de celle-ci. Ce dernier extrait met en avant une forme de clivage entre, d'une part, les souhaits de la personne, sa situation réelle et d'autre part, les préconisations d'orientations des travailleurs sociaux.

1.1.2 Le vieillissement pensé par les professionnels du social

Pour les professionnels présents sur les différentes structures, qu'ils soient infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ou travailleurs sociaux, établir une définition claire et précise du vieillissement apparait comme une difficulté. Une forme de consensus se dégage pour affirmer que le vieillissement est une étape constituante du parcours de vie, et qu'il n'est pas en soi un problème à part entière : *« Le vieillissement, c'est... C'est quoi, le vieillissement ? C'est les années qui passent. Tout le monde vieillit. Après, le vieillissement, c'est inhérent. C'est quelque chose inhérent à la vie. Le vieillissement, c'est pas un problème en soi, de vieillir. Après c'est comment on vieillit et quand on arrive à une perte d'autonomie liée justement au vieillissement somatique et aussi psychique, quels moyens on a autour pour prendre en charge ces symptômes on pourrait dire du vieillissement »* (Monitrice éducatrice – PF ; Association 4).

Tous les entretiens réalisés montrent que les professionnels n'emploient par le terme de « vieillissement » pour décrire la situation d'une personne accompagnée, mais celui de « *perte d'autonomie* » (TISF¹⁷ – CHRS ; Association 1). Pour rappel, la perte d'autonomie – anciennement qualifiée de dépendance – « se dit de "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière" (art. 2 de la loi du 24 janvier 1997) » (Vie publique, 2021c).

¹⁷ Technicien de l'intervention sociale et familiale

Dans la pratique professionnelle, elle est celle qui permet de décrire les situations de vieillissement et de vieillissement prématuré : « *Mais il y a une perte d'autonomie qui est assez importante sur des publics qui, peut-être jusque-là, étaient un peu plus âgés. La moyenne d'âge, c'est entre 55 et 60 ans, avec des problématiques physiques assez importantes* » (Assistante sociale – PF ; Association 1). La perte d'autonomie ici intègre donc le fait que le vieillissement est prématuré lorsqu'il apparaît avant soixante ans. Le vieillissement n'est donc pas considéré comme un problème en soi, mais il le devient quand il y a une apparition de perte d'autonomie chez les personnes accompagnées. Celui-ci se repère et questionne lorsqu'il vient interroger les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux (voir 1.2.2). Le vieillissement prématuré est aussi perçu quand l'image de la personne accompagnée renvoie à l'image de soi : « *que moi je vieillis, que certains salariés vieillissent un petit peu aussi et je pense que c'est une question qu'on se pose encore plus quand on a l'âge de certaines personnes qu'on accueille et qu'on se rend compte qu'ils vieillissent quand même beaucoup plus vite que nous* » (Directrice adjointe – Association 3).

Cependant, les professionnels enquêtés, de manière consensuelle, affirment que le vieillissement est à considérer comme se cumulant à des problématiques préexistantes et non pas comme un problème en lui-même : « *Puisqu'on repère en effet ce sont des personnes qui ont des problèmes de santé. Qui ont eu aussi un parcours souvent difficile, qui ont été en rupture de leur parcours de santé pour la plupart, beaucoup, ou qui ont des troubles, enfin en tout cas des pathologies chroniques, liés souvent à des addictions ou à des problèmes psychologiques qui n'ont pas été pris en charge. Qui se sont complètement écartés de leur parcours de santé, donc jamais suivi, ou qui ont très peu ou qui n'ont pas souhaité aussi avoir de suivi parce qu'ils se rendent pas acteurs non plus de leur projet, en fait. Ça, c'est aussi une grande problématique* » (IDE – CHRS ; Association 1). En effet, il est clairement ressorti de la part des professionnels interrogés que la problématique du vieillissement n'est pas uniquement à regarder sous l'angle de la vieillesse, mais doit, au contraire, inclure les problématiques spécifiques de ce public comme celle des addictions par exemple. Il n'est plus à prouver que ces dernières engendrent sur le long terme des problématiques de santé graves et diverses. Pour exemple, les personnes fortement alcooliques présentent « des performances cognitives similaires à des personnes saines ayant dix à vingt ans de plus » (De Wever et al., 2014) qui se manifestent par des pertes de mémoires et des problèmes d'apprentissage (Santé publique France, 2019). Il apparaît donc, comme l'explique la Dihal dans son rapport de 2015, que « la définition du vieillissement renvoie peut-être ici moins à des questions d'âge ou de perte d'autonomie qu'à des difficultés de santé accrues, qui conduisent nombre d'hôtes à parler de vieillissement précoce » (DIHAL, 2015).

Ainsi, avoir un consensus sur ce que représente le vieillissement prématuré des publics précaires est complexe, puisque celui-ci renvoie à la fois à la perte d'autonomie, à la présence de problématiques de santé antérieures au développement du vieillissement et à l'image extérieure que renvoient les personnes accompagnées ainsi qu'à la perception qu'en ont les professionnels du social.

1.2 Le vieillissement des personnes précaires, un problème systémique au sein de l'AHIL

Afin de comprendre les difficultés que rencontrent les acteurs du secteur de l'AHIL dans la prise en charge du vieillissement du public qu'ils accompagnent, ce travail empruntera l'« effet de filière » dont parle la Haute Autorité de Santé (HAS), afin d'expliquer le passage d'une personne précaire d'un dispositif à un autre (HAS, 2018). L'« effet filière » est employé ici pour exprimer la formalisation de ce que l'on peut appeler la mise en place d'un parcours social pour les personnes précaires faisant appel à l'AHIL. Il s'agit donc de commencer par savoir comment les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) – qui sont la porte d'entrée dans ces dispositifs – peuvent y être confrontés. « Dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'État, un dispositif de veille sociale chargé 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. Cette orientation est assurée par un service intégré d'accueil et d'orientation, dans les conditions définies par la convention conclue avec le représentant de l'État dans le département, prévue à l'article 345-2-4 du CASF » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021b).

1.2.1 Des difficultés dès l'orientation vers les structures de l'AHIL

Même si les SIAO n'hébergent pas les personnes précaires vieillissantes, ils rencontrent des difficultés dans la prise de décision concernant leur orientation. La difficulté réside dans le choix de la structure qui sera la plus adaptée à la situation dans l'immédiateté. Il est important de préciser que ce n'est pas uniquement l'âge de la personne qui pose question, mais bien la présence d'une perte d'autonomie et de pathologies chroniques. Une cheffe de service d'un SIAO de Bretagne, explique qu'« *au-delà de 60-65 ans les personnes ne relèvent plus du SIAO et de l'insertion. Attention ces personnes ne sont pas forcément dépendantes, ce qu'elles veulent c'est accéder à un logement* » (Extrait carnet de terrain ; SIAO ; Association 1). En effet, la construction des différents secteurs selon l'âge peut apporter une explication à ce constat. En ce qui concerne les personnes présentant un vieillissement prématuré qui ne répondent plus aux objectifs d'insertion par le travail et/ou ne

possèdent pas les capacités nécessaires pour habiter un logement autonome, le SIAO n'est pas en mesure de proposer une orientation sur les différentes structures de l'AHIL, car se serait mettre ces dernières en difficulté. Dans ce cas de figure, des commissions partenariales peuvent avoir lieu. Elles regroupent différents acteurs du département en question comme la Direction départementale de l'emploi du travail et des solidarités (Ddets), les hôpitaux, les lieux d'hébergement, les hôpitaux psychiatriques et le Conseil départemental. L'objectif de ces commissions est de trouver une solution pour les situations complexes. Néanmoins elles ne garantissent pas la résolution des problèmes d'orientation (Extrait carnet de terrain – Cheffe de service SIAO ; Association 1). Cela montre que la prise en charge du vieillissement des personnes précaires questionne avant même que les personnes ne soient intégrées dans le secteur de l'AHIL.

Une fois que l'orientation est réalisée suite à la commission du SIAO, les personnes orientées – celles répondants aux critères d'admission - peuvent intégrer les différentes structures composant le secteur de l'AHIL. Pour rappel, ce secteur de l'insertion a pour objectif de permettre aux personnes accompagnées de se réinsérer socialement grâce notamment à un travail sur leur autonomie. Cette dernière se décline sous cinq formes : l'autonomie physique qui est « la capacité à pouvoir réaliser tous les gestes permettant l'indépendance dans la vie quotidienne » ; l'autonomie psychologique qui correspond à pouvoir « décider par soi-même, avoir des pensées personnelles, des idées, des avis ... » ; l'autonomie économique qui signifie « avoir des revenus suffisants pour pouvoir subvenir à ses besoins » ; l'autonomie sociale qui décrit le fait d'« être en mesure d'agir en tant que citoyen, avoir une place dans la société où l'on vit » ; et pour finir l'autonomie juridique qui signifie « être responsable de ses actes, être un sujet de droit (s'engager, voter...) » (Ameline & Levannier, 2021). La question du vieillissement et du vieillissement prématuré vient questionner les structures, notamment au sujet de l'autonomie physique et psychologique des personnes accompagnées, puisqu'elles n'ont absolument pas été pensées pour prodiguer un suivi adapté à ce type de problématiques. L'absence d'autonomie économique est elle aussi à prendre en compte notamment pour les orientations post-AHIL.

1.2.2 Des conséquences non négligeables sur le travail des professionnels du social

La présence de personnes vieillissantes induit de nombreuses conséquences sur l'organisation et la temporalité de l'ensemble du secteur de l'AHIL. L'enquête de terrain a permis en premier lieu de mettre en évidence la présence d'un dépassement dans les missions afférentes aux postes des travailleurs sociaux et de « *bricolages* ». Les entretiens avec les professionnels et les observations ont révélé un décalage entre le travail prescrit et le travail réel (Maulini, 2010). Cela

signifie qu'il y a une différence entre les missions de bases attribuées à un poste donné et la réalité de terrain.

Ce dépassement dans les missions constitue la première conséquence induite par la présence de personnes vieillissantes sur les structures qui peut être observée. L'accompagnement des travailleurs sociaux dans ses fondements, « se situe à la frontière de deux ensembles de valeurs : d'une part, une culture autonomiste, qui tend à privilégier le respect de la vie privée des résidents, leurs droits, leur logement en tant qu'entité privée ; d'autre part, une culture d'assistance aux personnes, fondée sur une empathie, une inquiétude qui peut induire un comportement intrusif comme un devoir » (Ged Lafon, 2016). Dans certaines situations, les travailleurs sociaux – toutes structures de l'AHIL confondues – peuvent réaliser des tâches dites de soins *nursing*. Ces derniers sont l'« ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués par l'infirmière et l'aide-soignante aux personnes dépendantes » (Larousse, 2024). La définition même de ce que représente le *nursing* exclut donc la catégorie des travailleurs sociaux de cette pratique. Cependant un certain nombre d'entre eux est amené à réaliser ce type de tâches comme le montre l'extrait suivant :

Extrait carnet de terrain – CHRS Association 2 :

« M. L est habillé comme la veille. Il se déplace sans chaussures aux pieds, porte les mêmes chaussettes qu'à son retour d'hospitalisation, ainsi que le même caleçon qui est mis à l'envers - et qui est visible car sa ceinture n'est pas correctement mise. L'équipe lui demande parfois de changer ses vêtements lorsqu'ils sont trop sales. Une travailleuse sociale rapporte que M. L leur demande très régulièrement de l'aide pour mettre sa ceinture. Cette tâche questionne l'équipe notamment sur la catégorie dans laquelle rentre ce genre d'accompagnement, en effet, ils se demandent si cela ne correspond pas à du nursing - ce qui ne fait pas partie de leurs missions ».

L'intimité physique que nécessite les soins *nursing* – passant par le toucher du corps de l'autre – ne s'arrête pas à l'aide pour l'habillage. En effet, dans certaines des situations les plus complexes, les équipes, ont été amenées à changer des protections ou encore faire de l'aide à la toilette comme le décrit cette professionnelle : « Alors à côté par contre effectivement c'est déjà arrivé où les agents d'accueil sortent un peu de leur mission. Je sais qu'une des agents d'accueil avait, quand on n'avait pas encore mis en place l'infirmière, elle avait aidé un peu le, la personne en fauteuil à aller faire sa douche alors que c'est pas du tout... C'est vrai que j'étais intervenue en disant bah non. Il faut

pas qu'on commence à être dans ces pratiques là parce que ça fait pas partie de nos missions »
(Extrait carnet de terrain ; Cheffe de service – Association 1).

Il est donc possible de reprendre les propos de Charlotte Doubovestky en les étendant à toutes les structures – et non pas uniquement aux PF : « Visant à soigner plus qu'à éduquer, le travail social palliatif passe du registre de l'*empowerment* à celui du *care*. L'accompagnement du vieillissement, le décalage des pratiques qu'il implique n'apparaissent nulle part dans les textes, ils ne sont pas intégrés par les professionnels comme faisant partie de leurs missions. Ceux-ci expriment la sensation de ne plus pouvoir "bien faire " » (Doubovetzky, 2022). Comme le montrent les extraits précédents, ce dépassement dans les missions questionne les équipes sur la limite à ne pas franchir dans l'exercice de leur fonction. Il est possible de percevoir au sein de celles-ci une forme de désajustement entre leur identité professionnelle et leur identité sociale, ce qui peut entraîner des sentiments de décalage chez les travailleurs sociaux, et une remise en cause de leur identité professionnelle (Bourdieu, 1979).

La deuxième conséquence, induite par la prise en charge de personnes précaires vieillissantes, est la mise en place, par les professionnels, de « *bricolages* » - terme employé par les enquêtés pour décrire les pas de côtés qu'ils sont contraints de réaliser. Les CHRS ou encore les PF font appel à des partenaires extérieurs pour la mise en place d'étayages, ce qui n'est pas le cas pour les accueils de nuit. Ceux-ci peuvent prendre la forme de passages infirmiers, de portages de repas par les auxiliaires de vie sociale (AVS), et de rattachements au Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah). Malgré la mise en place d'étayages plus ou moins conséquents en fonction de la situation de la personne, ils se révèlent, dans certains cas, insuffisants : « *là il y a une dame au premier étage, ça fait 4 ans qu'elle a une orientation en FAM¹⁸. 4 ans, ou peut-être que le mandataire appuie pas beaucoup sa demande, mais dans tous les cas, il y a le Samsah, elle a au moins quatre passages par jour, entre infirmières, préparation au repas, infirmière le soir, infirmière le matin, l'étayage est énorme pour elle. On sait qu'elle serait mieux dans un foyer d'accueil médicalisé mais on est à la limite là* » (Assistante sociale – PF ; Association 1). C'est notamment cette « limite » qui conduit à la présence du dépassement des missions évoquées précédemment. Ces formes de bricolage peuvent être de nature variée et dépendent de la gravité de la situation. Elles peuvent aller de la demande de conseil à une IDE présente sur l'un des services médico-sociaux de l'association - d'autant plus lorsque plusieurs dispositifs se situent sur un site mutualisé - à la mise en place de post-it, de tableaux blancs affichant toutes les informations nécessaires pour que les personnes n'oublient pas de se rendre à un rendez-vous par exemple. Le

¹⁸ Foyer d'accueil médicalisé

bricolage peut également prendre une forme plus complexe, nécessitant alors une prise de décisions après une concertation interservices. Sur les accueils de nuit – relevant de l’urgence – il est possible d’y trouver des personnes en situation de vieillissement/vieillesse prématuré. Ces personnes peuvent être celles pour lesquelles le SIAO n’a pas réussi à trouver d’orientation en hébergement, ce qui est le cas d’un monsieur présent sur le territoire de l’Association 1 :

« Alors sur l'accueil de nuit. Comment dire, on peut et on est confronté, euh à des personnes effectivement vieillissantes. Y a pas très très longtemps, on a accueilli un monsieur en fauteuil roulant, un monsieur problématique aussi d'addiction. Qui devait rentrer aux Lits Halte Soins Santé qui avait des problèmes d'hygiène très importants, donc c'est vrai que moi je, je, je ne pouvais plus le maintenir sur l'accueil de nuit tellement effectivement, vraiment y a un problème d'hygiène. Donc, en échangeant avec ma direction et puis le SIAO, on a convenu à ce que, on puisse déclencher un passage infirmier pour comment dire l'accompagner dans au niveau de l'hygiène, hein. Lui faire, l'aider à faire sa toilette. Et donc, mais pour ça et pour faciliter les choses on l'a accueilli en continu, c'est à dire qu'il a bénéficié d'un accueil en continu, donc il n'avait plus ses jours de carence¹⁹ » (Cheffe de service – Association 1).

Ce passage infirmier a pu être mis en place, et cela de manière exceptionnelle, grâce à la présence des LHSS et de l’Accueil de nuit sur un même site, mais surtout grâce à l’accord de l’infirmière libérale pour prendre en charge ce monsieur.

Davantage de formes de bricolages apparaissent lorsque la durée du contrat de séjour de la personne touche à sa fin. C’est une situation régulière au sein des CHRS : « L'admission dans la structure est faite pour une durée déterminée et renouvelable, précisée dans un contrat de séjour et fixée avec la personne à partir d'une évaluation de ses besoins et d'une définition de son projet d'insertion. La situation de la personne accueillie doit faire l'objet d'un bilan tous les 6 mois. Le renouvellement se fait en fonction de l'évolution de la situation de la personne et donne lieu à une demande de prolongation de l'admission, au bénéfice de l'aide sociale, adressée au préfet par le directeur du centre » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021a). Lorsque la personne ne possède plus les clés pour se réinsérer socialement, d’autres formes de justifications rentrent en jeu.

¹⁹ « Chaque personne passant par un accueil de nuit appelle le 115, afin de faire part de sa demande d’hébergement d’urgence. Si une place lui est trouvée, elle peut alors passer sept nuits sur ce dispositif. Une fois ces sept nuits écoulées, elle a trois jours de carence avant de pouvoir refaire une demande auprès du 115 » (Extrait carnet de terrain – SIAO urgence ; Association 1).

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« Quand la période d'accompagnement par le CHRS prend fin, un renouvellement de la demande de suivi dans la structure a lieu pour justifier que le profil de la personne accompagnée correspond toujours aux missions de la structure. Une exposition de la situation a lieu, ainsi que le listing de toutes les nouvelles démarches entreprises. Dans le cas de M. L, la non-présence d'une orientation « joue en sa faveur » et permet que l'accompagnement ne prenne pas fin. Cette situation permet aussi de montrer que l'équipe s'épuise dans l'accompagnement de M. L et dans le fait qu'elle ne trouve pas de solution adaptée pour lui. Elle explique avoir conscience que si l'accompagnement s'arrête, et que M. L retourne à la rue, il va y mourir ».

Ces conséquences (le dépassement des missions et la présence de « bricolage »), ont une origine multifactorielle :

Tout d'abord, les travailleurs sociaux affirment ne pas être formés à la prise en charge du public dépendant qui nécessite, selon eux, un accompagnement médico-social avec une présence de professionnels 24h/24 : *« Médico-social avec bah de la présence type collectif H 24 quoi »* (Cheffe de service – Association 1).

Ensuite, s'ajoutent des problématiques concernant le bâti. Les immersions ont permis de constater qu'un certain nombre de structures de l'AHIL sont en hébergements diffus. La présence de logements adaptés ou d'hébergements en diffus signifie que les personnes accompagnées ne sont pas présentes sur la structure, mais bien dans des appartements à différents endroits de la ville ou au sein de communes avoisinantes. L'hébergement diffus est un frein au bon accompagnement des personnes précaires vieillissantes dépendantes, car, une fois de plus, les étayages mis en place peuvent ne pas être suffisants. En effet, l'emploi du temps des travailleurs sociaux ne leur permet pas de se rendre quotidiennement sur les différents logements/hébergements. Quand cela est possible, un retour sur site est préféré à l'accompagnement sur du diffus, car il permet aux travailleurs sociaux d'assurer une veille quotidienne. Ce retour sur site ne signifie pas que le bâtiment est plus adapté au public vieillissant : *« On s'est retrouvé en difficulté justement aussi ici avec ces escaliers. Et oui, mais en même temps on pouvait pas bouger la personne parce qu'en fait elle avait besoin aussi de proximité aussi donc. Donc voilà, c'est aussi, voilà, c'est des fois on se retrouve un petit peu ... »* (TISF – CHRS ; Association 1). De plus, les professionnels ne sont pas présents 24h/24, ce qui ne permet pas une prise en charge immédiate en cas de chute par exemple, et crée un sentiment d'insécurité au sein du public. Les week-ends, les jours fériés et les nuits, les équipes ne sont pas présentes – exception faite de veilleurs de nuit sur certaines structures. Lors de chutes de personnes vieillissantes, elles

doivent se débrouiller seules ou faire appel aux autres hébergés/locataires : « C, il est tombé, il a appelé au secours pendant la nuit, moi je dormais pas alors j'ai appelé l'accueil » (Café discussion - Association 5).

Pour finir, les enquêtés font aussi part de leurs difficultés à communiquer et collaborer avec les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Ce qui est corroboré par les professionnels des pensions de famille enquêtés lors de l'étude réalisée par la Dihal en 2015 : « ce travail de partenariat nécessite beaucoup de temps et d'investissement » ; ils évoquent notamment « des difficultés à collaborer avec les partenaires du secteur sanitaire notamment parce qu'eux-mêmes ne sont pas des professionnels de santé » (DIHAL, 2015). Cette affirmation peut s'étendre aussi aux CHRS particulièrement lorsqu'il n'y a pas d'IDE sur la structure. Il faut préciser que toutes les structures n'ont pas une IDE dans leurs équipes, car le financement d'un équivalent temps plein (ETP) d'IDE par l'ARS est extrêmement rare. Ces postes sont donc financés sur les fonds propres des associations, quand ceux-là leur permettent de le faire.

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« Ce matin, lorsque L. embauche, elle apprend grâce aux transmissions que M. L a été conduit aux urgences dans la nuit du lundi au mardi (aujourd'hui). Elle n'a pas plus de détail en sa possession. Elle décide donc d'appeler l'hôpital afin d'avoir quelques informations comme l'heure de sortie de M. L, s'il a besoin d'affaires ou s'il y est tout simplement. Son interlocutrice l'informe qu'elle va transférer son appel à un médecin, mais l'appel ne va pas être correctement transféré et finira par prendre fin sans qu'elle ne puisse obtenir de réponse. L. explique suite à cet appel qu'elle ne sait pas comment faire pour obtenir des informations concernant M. L. Elle précise que peu importe l'âge du résident il est souvent difficile d'obtenir des informations auprès de l'hôpital, avec sa posture de travailleuse sociale. Elle envisage par la suite de demander à l'IDE – quand elle sera disponible – d'appeler l'hôpital afin de prendre des nouvelles de M. L. Ce n'est pas la première fois qu'elle fait appel à l'IDE afin d'obtenir des informations puisque selon elle l'IDE a plus de chance de recueillir des informations de par son statut d'infirmière. Finalement M. L reviendra au CHRS sans que personne ne soit prévenu au préalable de son retour ».

Cette difficulté dans la communication inter-secteur est une problématique qui ressort dans tous les échanges avec les travailleurs sociaux, car elle les confronte à leur sentiment de ne pas « bien faire »

et d'isolement dans la prise en charge du public vieillissant. Une fois de plus, cette difficulté peut être expliquée par la construction en silos de ces secteurs du fait de leur développement indépendant les uns des autres : « Les secteurs sanitaire et social, en particulier, ont développé des catégories d'intervention, des logiques professionnelles et des législations différentes, ce qui rend difficile la coordination des interventions auprès d'une même personne » (Bloch & Hénaut, 2014).

1.2.3 Des mises en danger individuelles et collectives

La présence de personnes précaires vieillissantes dans les structures de l'AHIL peut également créer des tensions sur le collectif des structures. Ces dernières sont des institutions, elles-mêmes codifiées par des normes. La présence de bricolage à destination d'une personne et non pour l'ensemble du collectif peut engendrer de l'incompréhension chez des personnes accompagnées qui vont accuser les personnes en perte d'autonomie de jouer de leur état de santé : « *M. C déclare que selon lui M. L fait exprès de jouer de son état de santé, pour que - par exemple - l'équipe du réfectoire lui apporte son plateau repas à table* » (Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2) ; « *Il était tout le temps couché, il n'était pas disponible. J'ai eu un problème avec lui. Il était en fauteuil roulant. Il avait une sale manie, c'est de se lever de son fauteuil et d'aller pisser dans le parterre de fleurs. Et ça, je le voyais de ma fenêtre, ça m'énervait, ça m'énervait. Je me disais, s'il peut faire ça, il peut marcher* » (Résidente 1 – PF ; Association 4). La mise en danger du collectif peut aller jusqu'à la mise en danger de la vie d'autrui : « *C'était récurrent. Une fois à midi il avait un truc à chauffer, puis il était parti. Et avec ma collègue, on était là. Et puis je dis, tu trouves pas ça sent le brûlé ? On est allées. Sa porte était ouverte, hein, d'appartement. Il était parti, là avec sa porte ouverte tranquille. Et puis, on a vu une casserole sur le feu, quoi* » (Monitrice éducatrice – PF ; Association 2). Si dans la majorité des situations les équipes arrivent à éviter le pire, cela n'est pas toujours le cas : « *Et puis c'était une dame qui était orientée en structure médico-sociale aussi. Qui était chez elle, qui avait la maladie de Charcot. [...] Et ça été très, très long déjà dans sa prise en charge. Donc... elle est décédée parce qu'elle ne pouvait plus.... Enfin, elle a fumé dans son lit. Elle n'était pas en capacité de rester seule. Il y a eu un incendie et il y a quand même un autre résident qui a failli mourir* » (Assistante sociale – PF ; Association 1).

Ainsi la thématique du vieillissement/vieillesse prématuré des publics précaires au sein des structures de l'AHIL est à considérer comme un problème systémique puisqu'il est présent au sein des différents types de structures et sur la totalité des structures investiguées. La présence du public étudié dans ces structures demande aux équipes de s'adapter à la situation avec leurs propres moyens. Pour rappel, l'origine de ce type de difficultés se trouve dans le fait que ce public se trouve dans un angle mort des politiques publiques, ce qui engendre des difficultés pour trouver des

solutions de sorties vers un établissement plus adapté pour ces personnes. Avant de se concentrer sur les difficultés concernant l'orientation de ce public – en dehors de l'AHIL – il est essentiel de faire un focus sur la situation des PF, qui sont identifiées par certains professionnels enquêtés comme la solution à la prise en charge des personnes vieillissant prématurément.

1.3 Des pensions de famille qui cristallisent la problématique du vieillissement prématuré

La différence principale entre les PF²⁰ et les autres structures de l'AHI est qu'elles ne relèvent pas de l'hébergement social mais du logement adapté. Ce dispositif a été créé en 2002 par Emmanuelli, sous la forme d'une expérimentation, avant de se pérenniser et d'intégrer les « politiques du logement d'abord ». Elles accueillent « des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, réalisant des allers-retours fréquents entre la rue et les dispositifs d'hébergement d'urgence, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend difficile leur accès à un logement ordinaire. Les PF accueillent notamment des personnes en fragilité, qui sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent accéder à un logement autonome du fait de leur isolement (social et / ou psychologique) » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021e). Ces pensions de famille se divisent en deux types de structures que sont les pensions de famille dites « classiques » - dont font partie les structures enquêtées - et les résidences accueil, spécialisées dans l'accompagnement des publics avec un handicap psychique. En 2016, la Bretagne comptait vingt-six PF « classiques » et treize résidences accueil, totalisant respectivement 476 et 210 places (Direction générale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, 2019).

1.3.1 Les pensions de famille considérées comme solution idéale du point de vue des acteurs du social

Toujours en empruntant l'« effet filière » mentionné plus tôt, ce sont les PF qui sont le plus souvent perçues comme une forme de solution pour les acteurs du social bretons, notamment concernant les problèmes d'orientation des personnes précaires vieillissantes : « *La cheffe du SIAO insertion rapporte que les CHRS disent que “ les PF sont pas mal ” pour orienter les personnes précaires vieillissantes* » (Extrait carnet de terrain – SIAO ; Association 1). Plusieurs raisons ont pu être identifiées au cours de cette enquête.

²⁰ Anciennement appelées « maison-relais ». Cette dénomination est encore utilisée dans certaines structures de Bretagne enquêtées.

Tout d'abord, l'absence d'une durée limite d'accompagnement. En effet, les résidents des PF, *a contrario* des personnes hébergées au sein des différentes structures composant l'AHI, sont locataires de leur logement et peuvent donc rester y vivre jusqu'à la fin de leur vie s'ils le souhaitent. Ainsi, si les personnes sont finalement admises sur des PF, la forme de « bricolage » visant à augmenter leurs durées de séjour sur les autres types de structures n'est plus nécessaire.

De plus, comme explicité précédemment, les PF peuvent accueillir des personnes ayant précédemment été hébergées dans d'autres structures de l'AHI. Elles ont donc l'image de la « *dernière chance* »²¹ pour les personnes ne pouvant vivre en autonomie complète sans la présence d'un collectif et de travailleurs sociaux. Cette image de la « *dernière chance* » s'applique notamment aux personnes vieillissantes en perte d'autonomie, qui, pour rappel, ne correspondent plus aux critères d'accompagnement formulés pour les CHRS et les CHU par exemple. Une nouvelle fois, on trouve au sein des PF la mise en place d'étayages de différentes formes pour les personnes accompagnées (voir 1.2.2). Il ressort des différents échanges que certains de ces étayages mis en place sur les PF ne peuvent pas fonctionner sur les structures d'hébergement :

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« La travailleuse sociale explique que leur retour [les LAM] a été négatif, puisque selon eux il relève d'une orientation en maison-relais avec un étayage PCH. Ils jugent que des dispositifs sont plus adaptés qu'eux. (...) Le soucis c'est que M. L a bien une PCH mais étant donné qu'il est dans un hébergement et non dans un logement il ne peut pas l'« utiliser ». La PCH peut prendre la forme d'une aide humaine pour la toilette par exemple ».

Pourtant, en théorie, la mise en place d'une prestation de compensation du handicap (PCH) dans un CHRS est pourtant possible : « Vous pouvez obtenir la PCH si vous êtes hébergé en établissement social ou médico-social ou hospitalisé en établissement de santé » (Service Public, 2024c). Cela est soit révélateur de la méconnaissance de toutes les aides sociales disponibles et de leur application par les travailleurs sociaux, ou bien de leur difficulté d'application sur le terrain.

Cependant, les PF doivent répondre à un critère de mixité sociale dans les résidents qu'elles logent, puisque « ces publics devront présenter, autant que possible, des profils et des parcours suffisamment variés pour dynamiser la vie sociale interne à l'établissement et favoriser son ouverture sur l'extérieur » (Ministère de la Transition écologique, 2014). Vouloir orienter les personnes

²¹ Le terme de « *la dernière chance* » a pu être entendu auprès des professionnels enquêtés.

précaires vieillissantes dans les PF est donc en contradiction avec le modèle même de ce genre d'établissement, d'une part en ce qui concerne le principe de mixité sociale, d'autre part car elles dispensent un accompagnement social moins important que dans les autres structures.

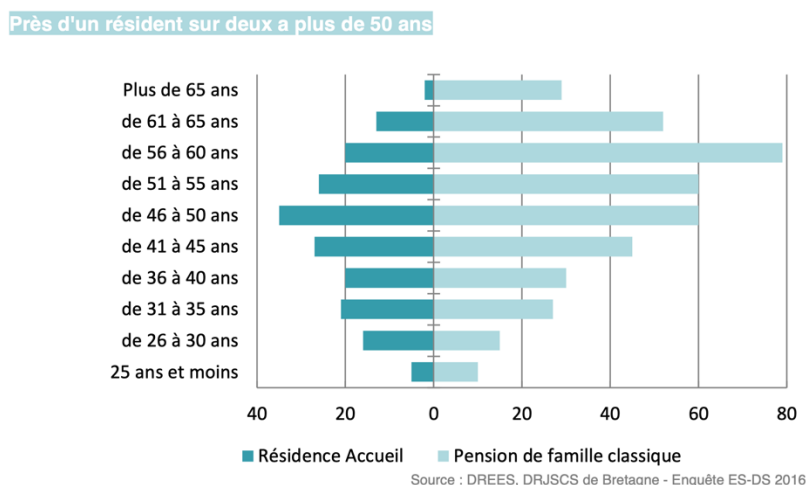
Les PF ne sont donc pas pensées pour accueillir les personnes précaires vieillissantes en perte d'autonomie et n'ont d'ailleurs pas vocation à le faire. C'est pour cela que les demandes d'orientation pour les personnes présentant une trop forte dépendance, avec en particulier des problématiques d'addictions, voient leur demande d'orientation en PF refusée : *« Oui, c'est compliqué, parce qu'il n'y a pas de structure pour lui. Nous, il avait été orienté ici, mais moi, je dis non. Je dis non, c'est pas moi qui a dit non, c'est parce qu'il fallait bien aussi prouver au SIAO qu'ils cherchaient des solutions pour le mettre ailleurs. Je dis non, c'est pas possible, il va replonger. On en a qui sont dans l'addiction, on a des consommations de drogues dures ici, donc c'est pas la peine. C'est pas la peine »* (Monitrice éducatrice – PF ; Association 2).

Néanmoins, malgré une attention particulière quant au profil des personnes qu'elles accueillent, les pensions de famille enquêtées constatent, elles aussi, un vieillissement des résidents qu'elles accompagnent.

1.3.2 Un public vieillissant au sein des pensions de familles bretonnes

La Dihal, dans sa synthèse de l'étude intitulée « Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », faisait, déjà en 2015, état du vieillissement des personnes logées en PF, et affirmait que « plus de la moitié des personnes logées en pension de famille en 2013 avaient plus de 50 ans ». La Bretagne n'échappe pas à cette tendance comme le montrent les résultats de l'enquête Etablissements et Services (ES) de 2016. Il en ressort que la moyenne d'âge du public accueilli au sein des PF de Bretagne était de 50 ans. Le graphique ci-dessous, apporte plus de précisions quant à cette moyenne d'âge (Figure 1).

Figure 1 : Nombre de personnes logées en pensions de famille (bleu clair) et résidences accueil (bleu foncé) bretonnes en fonction des différentes tranches d'âge



Clé de lecture : La tranche d'âge des 56-60 ans est la plus représentée dans les pensions de famille bretonnes.

Champ : Région bretonne en 2016

Source : Enquête ES 2016, Les établissements et services pour adultes en difficulté sociale en Bretagne

Il est possible de voir que sur les 476 places que comportaient les PF de Bretagne en 2016, les tranches d'âges les plus représentées étaient celle des 46-50 ans, des 51-55 ans et enfin celle des 56-60 ans. Cette dernière (56-60 ans) regroupe à elle seule presque 80 résidents logés sur le territoire breton. Les deux autres catégories atteignent les 60 résidents. La tranche d'âge du public de la présente étude (50-60 ans), identifiée comme celle regroupant les personnes susceptibles de présenter un vieillissement prématuré est donc la plus représentée au sein des PF bretonnes.

Le terrain a permis de confirmer que cette réalité était toujours d'actualité et avait même tendance à s'accroître. En effet, l'un des premiers constats énoncés par les professionnels des PF enquêtées est le vieillissement du public accueilli. C'est ce que confirment par exemples les bilans d'activité de 2019 à 2023 de l'Association 1, qui montrent que les préoccupations concernant le vieillissement de son public, et notamment le vieillissement prématuré, remontent à plusieurs années. Ces bilans recensant l'âge des résidents exposent qu'en 2019, sur 24 résidents, 8 avaient entre 40 et 50 ans (33,3 %), 9 entre 50 ans et 60 ans (37,5 %) et 6 avaient plus de soixante ans (25 %). En 2023, toujours sur cette même PF, sur un public de 27 résidents cette fois-ci, ils étaient 2 à avoir entre 40 et 50 ans (7,4 %), 10 âgés de 50 à 60 ans (37 %) et 11 à avoir plus de soixante ans (45,8 %). Ces données permettent donc d'affirmer l'avancée en âge des résidents de cette PF. En effet alors que le nombre de personnes âgées de 40-50 ans diminue (il passe de 33 % à 7 %) entre 2019 et 2023, il augmente fortement dans la tranche d'âge de 60 ans et plus, passant de 25 % à 45,8 %. Pour rappel, dans la présente étude il a été acté que les personnes précaires dès l'âge de 50 ans pouvaient présenter

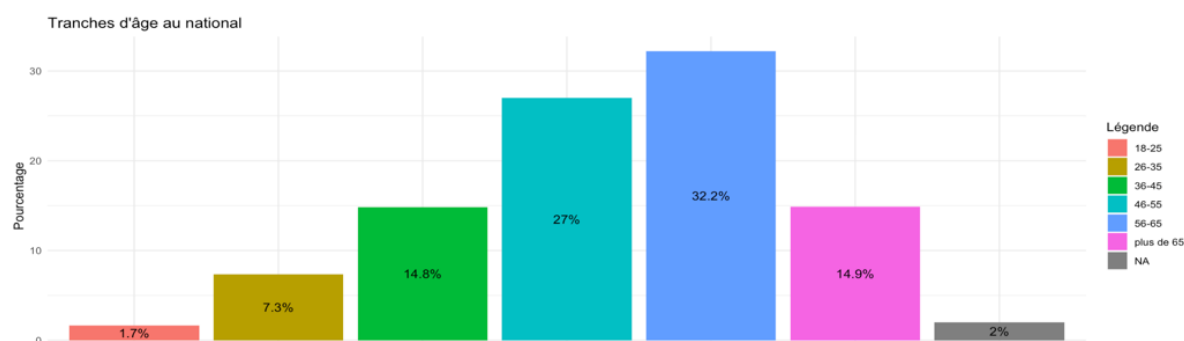
un vieillissement prématuré. En considérant, que la tranche d'âge des 50-60 ans atteint 37 % d'effectif ; le nombre de personnes logées dans cette PF susceptibles de développer un vieillissement prématuré ou non s'élève à 82,8 % (tranches des 50-60 ans et 60 ans et plus). Cette PF n'est pas la seule structure de logement adapté à faire ce constat en Bretagne. L'Association 4, présente sur un département différent de l'Association 1, expliquait dans son évaluation médicale de 2020 que la moyenne d'âge des 35 résidents de la structure était alors de 57 ans. Ce chiffre place donc la moyenne d'âge de cette PF au-dessus de la moyenne d'âge constatée par la dernière enquête ES de 2016, qui s'élevait à 50 ans.

La part croissante des 50-60 ans et 60 ans et plus au sein des PF peut trouver une forme d'explication dans le fait qu'elles connaissent très peu de sorties vers d'autres structures, notamment vers le secteur de la gérontologie et/ou du handicap. Les sorties sont le plus souvent des décès ou des hospitalisations : « *Généralement, les sorties, c'est [...] décès de la personne* » (Éducatrice spécialisée – PF ; Association 3). Ces motifs de sorties ne permettent pas un réel turn-over des résidents qui restent donc sur de longues périodes au sein des PF, ce qui peut expliquer que la moyenne d'âge de ce type de structure semble augmenter depuis 2015.

De nouvelles données affluent une fois de plus dans ce sens. Le graphique ci-dessous, correspond aux nouvelles données de l'enquête menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) s'étendant sur les années 2020 et 2021²², permettent de dire que la moyenne d'âge des PF de France a augmenté de plus d'un point depuis 2015, puisqu'elle est désormais de 51,67 ans. Une fois de plus il est intéressant de se pencher sur les graphiques afin de faire « parler » les données de manière plus précise.

²² Ces données ont été transmises par Julianne Anger, étudiante du Master 2 PSHPH de l'EHESP. Cette dernière, après avoir reçu les données à paraître de l'enquête ES DS 2020-2021, les a traitées sur le logiciel R afin de réaliser les graphiques sur la « Tranche d'âge au national » (Figure 2) et celui sur les « Motifs d'admission au national » (Figure 4).

Figure 2: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille au national en fonction des tranches d'âge, en 2020-2021



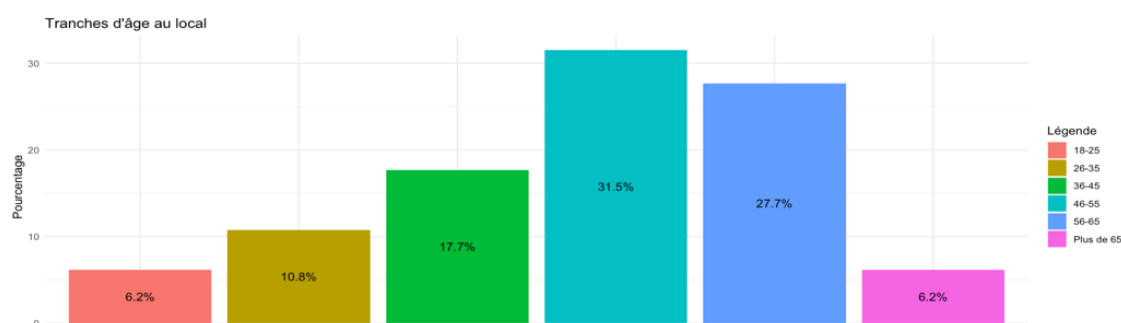
Clé de lecture : Les personnes âgées entre 46-65 ans représentent près de 60 % du public accueilli dans les pensions de famille françaises.

Champ : France entière en 2020-2021.

Source : Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale - 2020-2021, Drees - Ministère de la Santé [producteur], ADISP [diffuseur], 2021

Il est possible de voir dans la figure 2 que la tranche d'âge des 46-55 ans (turquoise) au national représentent 27 % de la population accueillie en PF, et celle des 56-65 ans (bleu) représente quant à elle 32,2 %. L'addition de ces tranches montre que le nombre de personnes dont l'âge est compris entre 46 et 65 ans, tranches d'âge pour laquelle les personnes précaires sont le plus susceptibles de rentrer dans la catégorie des personnes vieillissant précocement, s'élève à près de 60 %.

Figure 3: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille sur le bassin Rennais en fonction des tranches d'âge en 2023



Clé de lecture : Les personnes âgées entre 46-65 ans représentent près de 60 % du public accueilli dans les huit pensions de famille du bassin rennais enquêtées.

Champ : Bassin rennais en 2023

Sources : Juliane Anger, mémoire M2 PSHPH - EHESP²³

²³ Données issues des réponses d'un questionnaire déclaratif auquel 42 résidents des PF du bassin rennais ont répondu.

La figure 3, est issue des résultats d'une étude réalisée par une étudiante du M2 PSHPH de l'EHESP, portant sur huit PF du bassin rennais. Ces données montrent que les PF de cette étude, sont, elles aussi, confrontées aux tranches d'âge touchées par le vieillissement prématuré. En effet, l'addition de ces mêmes deux tranches montre que le nombre de personnes dont l'âge est compris entre 46 et 65 ans, s'élève également dans le bassin Rennais à près de 60 %.

En Bretagne, les professionnels des PF les plus récentes (telles que celle de l'Association 6) commencent à se questionner sur la thématique du vieillissement, notamment sur les orientations futures des résidents qui ne seront bientôt plus assez autonomes pour se maintenir sur le dispositif. Cette prise de conscience se traduit - localement - au travers de la mise en place de rassemblements entre les PF de Rennes : *« on fait des réunions tous les trimestres avec plusieurs maisons-relais. Et du coup en fait on parle de différents sujets et notamment on a commencé à travailler sur le vieillissement. On a fait des protocoles décès parce que c'est arrivé aussi des décès dans les maisons-relais. Mais on est en train de parler justement du vieillissement et comment anticiper des vieillissements, en fait des personnes qu'on accompagne... et j'avoue qu'on est pas encore assez calé »* (TISF – PF Association 6). Les PF les plus anciennes du territoire breton sont pourtant déjà pleinement confrontées au vieillissement/vieillesse prématuré et toutes les difficultés en découlant comme le montre les rapports d'activité évoqués ci-dessus.

Il ne faut pas oublier que les chiffres donnés dans cette sous-partie ne permettent pas de faire des statistiques qui démontreraient une avancée en âge des résidents des PF en Bretagne. Néanmoins, au vu de ceux-ci, il est possible de constater que les résidents présents dans les PF sont essentiellement des personnes ayant un âge compris entre cinquante et plus de soixante ans, ce qui est précisément le public de cette étude ; et, par conséquent la tranche d'âge la plus concernée par le vieillissement prématuré. Cela crée d'ailleurs des inquiétudes auprès des acteurs du social et des différentes FAS de France, qui lors de son Groupe d'Appui National (GAN) santé d'avril 2023, s'accordaient à dire que les PF ne doivent pas devenir les « nouvelles maisons de retraite des pauvres ». Cette population et ces inquiétudes grandissantes montrent que le sujet mérite d'être saisi par la scène politique.

1.3.3 Une présence toujours plus marquée de personnes ayant des troubles psychiques au sein des structures

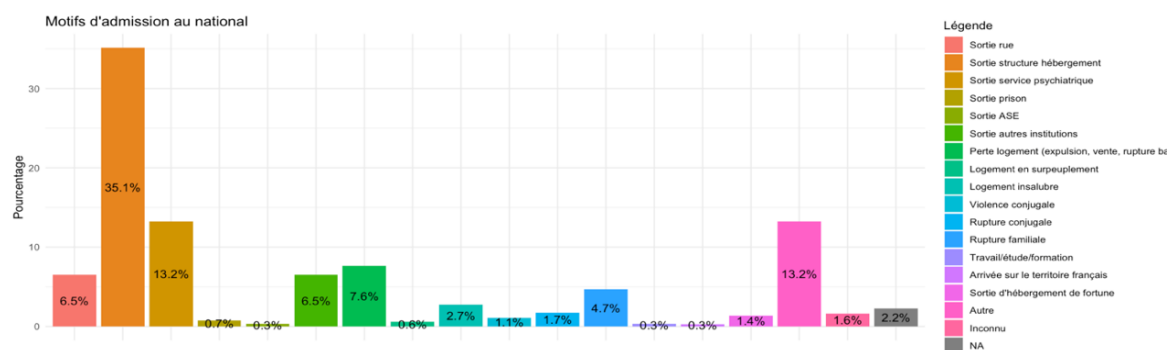
Un deuxième constat concernant les PF de Bretagne enquêtées est la présence plus importante depuis quelques années de personnes présentant des pathologies psychiques,

diagnostiquées ou non : « Mais je vois surtout mes collègues, ma collègue, elle est là depuis l'ouverture. Elle voit bien, on voit bien au niveau des candidatures, des personnes qui viennent, beaucoup, beaucoup de troubles psy. Avant, il y avait pas autant de personnes... Là, par exemple, sur l'autre maison relais à l'[...], c'est pareil, il y a une période où c'était que l'hôpital en sortie d'hospitalisation, qu'il n'y avait que des orientations de personnes en sortie d'hospitalisation, donc en fait, c'était pas bordé » (TISF – PF ; Association 6).

Ce changement de profil des personnes accueillies amène à de nouvelles questions concernant l'accompagnement des résidents, puisque ce public présente lui aussi des spécificités. Les personnes atteintes de troubles psychiques ont une espérance de vie plus faible que la population générale avec « en moyenne 16 ans [de moins] chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés » (Coldefy & Gandré, 2018). En effet, ce public est par exemple sujet aux ruptures de parcours de soins, aux difficultés de prise en charge par le secteur sanitaire, aux effets secondaires dus aux traitements psychotropes et à la non-observance de ces traitements. Tous ces facteurs peuvent être vecteurs de l'apparition d'un vieillissement qui peut être prématuré, nécessitant, si cette tendance persiste, une adaptation de l'accompagnement proposé par les structures. D'autant plus que leurs partenaires tels que « les Centre médico-psychologiques (CMP) [...] voient leur file active – et donc les délais d'attente – s'allonger, pendant que la psychiatrie libérale se spécialise sur le créneau rentable des « troubles » des classes moyennes et supérieures » (Fauquette & Pierru, 2020). Le cumul du statut de précaire et de celui de personne porteuse de pathologies psychiques peut, de surcroît, engendrer une forme de double stigmatisation de ces personnes et, par conséquent, des difficultés accrues dans leur prise en charge.

La présence en plus grand nombre de personnes ayant des troubles psychiques au sein des structures du social trouve son origine dans la crise du secteur de la psychiatrie publique que connaît la France depuis la fin des années 1970. Elle se matérialise par pour la baisse de la démographie professionnelle des psychiatres ou encore la fermeture de lits : « Parmi les changements importants intervenus ces dernières années dans le champ de la santé, l'un d'eux mérite une attention particulière : la transformation de la psychiatrie publique et le basculement d'un nombre croissant de « patients » vers des structures sociales et médico-sociales, que ce soit pour des projets d'insertion ou pour des accompagnements plus adaptés et souvent moins coûteux que l'hôpital » (Jaeger, 2012).

Figure 4: Motifs d'admission en pensions de famille au national, en 2020 – 2021

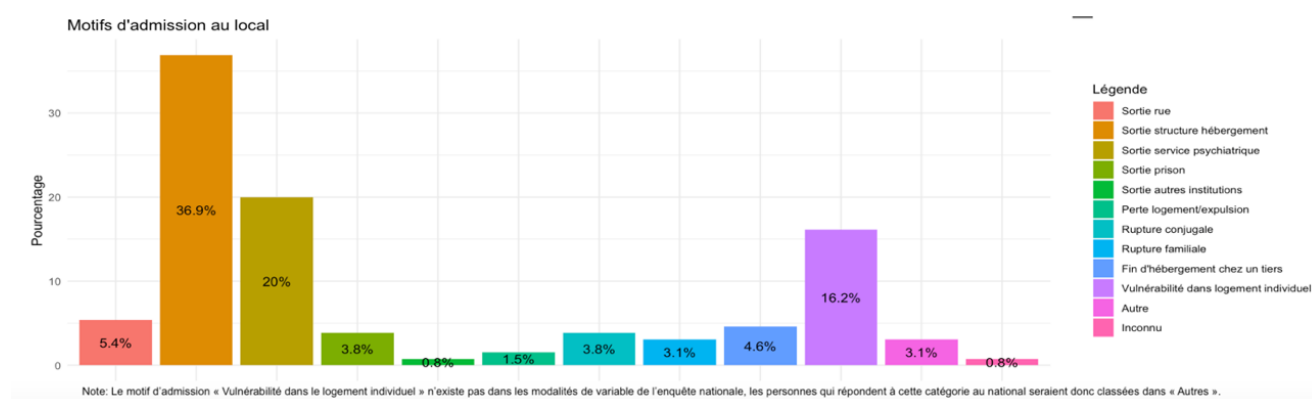


Clé de lecture : Les deux premiers motifs d'admission, en 2020-2021, dans les pensions de famille françaises sont respectivement les sorties d'hébergement et les sorties de services psychiatriques.

Champ : France entière en 2020-2021

Source : Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale - 2020-2021, DREES - Ministère de la Santé [producteur], ADISP [diffuseur], 2021

Figure 5 : Motifs d'admission en pensions de famille, dans le bassin Rennais en 2023



Clé de lecture : Les deux premiers motifs d'admission, en 2023, dans les pensions de famille du bassin rennais sont respectivement les sorties d'hébergement et les sorties de services psychiatriques.

Champ : Bassin rennais en 2023

Sources : Juliane Anger, mémoire M2 PSHPH - EHESP²⁴

Les deux graphiques ci-dessus montrent, que soit au national (Figure 4) ou dans le bassin rennais (Figure 5), que le deuxième motif d'admission dans les PF fait suite à des sorties de service psychiatrique (respectivement 12,3 % et 20% des motifs d'admission), ce qui confirme la hausse des personnes accueillies avec des troubles psychiques au sein de ces structures. Cependant, les

²⁴ Données issues des réponses d'un questionnaire déclaratif auquel 42 résidents des PF du bassin rennais ont répondu.

professionnels bretons enquêtés issus des structures d'hébergement constatent eux aussi un changement dans le public accueilli : « *On a aussi beaucoup de problèmes avec des personnes avec des problèmes psy aussi, donc y en a qui sont stabilisées pareil dans la maladie mais y en a non donc...* » (TISF – CHRS Association 1). Or les figures 4 et 5, montrent que les premiers orienteurs dans les pensions de famille au national et dans le bassin rennais sont des structures d'hébergement (en orange sur les figures). Ainsi, si les structures d'hébergement accueillent également des personnes atteintes de troubles psychiques ; et, compte tenu de la forte proportion d'admission en PF suite à des sorties de services psychiatriques, il semble alors possible de penser que les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus nombreuses dans les PF (au national et au local) que ne le laisse supposer ces deux figures. Au-delà des données présentées dans ces figures, il serait intéressant de connaître la proportion réelle de personnes atteintes de trouble psychiques logées en PF.

L'avenir de ces personnes, cumulant pathologies psychiques et précarité, au sein des structures telles que les PF est à prendre en compte mais aussi à anticiper afin de pouvoir y faire face, puisque « *les vieux d'aujourd'hui ne seront pas les vieux de demain* » (Extrait carnet de terrain – Association 5). Ce changement de profil des personnes accueillies démontre qu'il faut apporter des solutions concernant la prise en charge des personnes précaires vieillissantes, sans pour autant négliger l'aspect « photographique » des chiffres à un instant précis : la thématique du vieillissement est un objet mouvant.

Comme le démontre cette partie, le vieillissement des personnes accompagnées au sein des différentes structures du social dédiées à l'accueil de public adulte et précaire entraîne des difficultés dans la prise en charge de ces personnes. Cela a pour conséquence d'augmenter les temps de séjour au sein de structures d'hébergement telles que les CHRS, et d'induire une détresse des travailleurs sociaux face à ces situations. De plus, la problématique semble se cristalliser dans les PF bretonnes, qui voient la moyenne d'âge de leurs résidents augmenter, avec en parallèle, une hausse de l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques. Ce constat permet d'affirmer que la définition du vieillissement prématuré des personnes précaires ne doit pas être immuable afin qu'elle puisse y intégrer toutes les spécificités de ces dernières. Cependant, ces difficultés ne s'arrêtent pas ici, l'une des plus importantes - si ce n'est la principale - est celle de leur orientation.

2 Un public précaire vieillissant, aux spécificités multiples, face à des structures existantes inadaptées : constats et préconisations

Les investigations menées sur le terrain ont permis de révéler que le secteur de l'AHIL ne permet pas de proposer des solutions concrètes et pérennes pour les personnes vieillissantes précaires présentant une perte d'autonomie. Lorsque l'état de santé d'une personne vieillissante devient préoccupant, c'est-à-dire lorsque la personne n'est plus suffisamment autonome pour se maintenir sur le dispositif ou la structure sans se mettre elle-même ou le collectif en danger, son orientation vers le secteur médico-social apparaît indiquée. Il semble disposer des accompagnements nécessaires pour répondre au mieux aux problématiques rencontrées.

2.1 En dépit de solutions adaptées, le regard se tourne vers les structures avec aide médicale, spécialisées dans l'accueil de personnes précaires : les LHSS, les LAM, les ACT et certaines RA

Des dispositifs d'hébergements avec aide médicale spécialisée dans la prise en charge des publics précaires ont progressivement fait leur apparition en France depuis les années 1990 : les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et les Lits d'accueil médicalisé (LAM).

Ici, la question était de savoir si ces structures prodiguant un accompagnement médico-social auprès de personnes précaires pouvaient être une solution concrète aux problèmes d'orientation que rencontrent les personnes précaires vieillissantes - prématurément ou non.

Tout d'abord, les conditions d'entrée dans ces dispositifs diffèrent de celles des CHRS, PF, CHU, puisque ce n'est pas le SIAO²⁵ qui décide de l'orientation des personnes. En effet, pour ces trois dispositifs médico-sociaux, l'orientation s'effectue par l'envoi d'un dossier médical et d'un dossier social à la structure concernée. Après réception d'un dossier complet, des commissions d'admission ont lieu entre les membres de l'équipe – composées de travailleurs sociaux, d'IDE et d'un médecin généraliste. C'est lui qui a le dernier mot concernant le refus ou l'admission d'une personne. Les hôpitaux sont les orienteurs majoritaires pour ce type de structures. Chacun de ces dispositifs dispense un accompagnement spécifique.

²⁵ Le SIAO peut toutefois faire partie des commissions d'admission dans certaines structures médico-sociales, cela relève de particularités territoriales.

2.1.1 Les lits haltes soins santé : une durée de prise en charge trop courte

Le terrain a permis de se rendre sur des LHSS de Bretagne. Ils ont été créés en France en 1993 à titre expérimental, avant d'être pérennisés par la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005, et d'obtenir le statut d'établissement médico-social (HAS, 2018). Les LHSS accueillent des « personnes sans domicile, obligatoirement majeures, quelle que soit leur situation administrative, présentant des problèmes de santé bénins dont l'absence de domicile génère soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de leur état de santé » (Ministère Chargé du Logement & Cerema, 2021). La durée de prise en charge au sein des LHSS est fixée à deux mois renouvelables. Cette durée de séjour, plutôt courte, intrinsèque à la structuration même de ce type d'établissement, exclut donc ceux-ci des solutions viables d'orientation pour les personnes dépendantes des autres structures de l'AHIL. De plus, il apparaît que ces derniers sont, eux aussi, concernés par la problématique de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes vieillissantes, mais surtout de leur orientation post-LHSS.

Extrait carnet de terrain – LHSS ; Association 1 :

« Les LHSS accueillent une personne en âge d'aller en Ehpad - 63 ans- sur la structure mais elle présente une addiction à l'alcool. Une demande d'orientation en Ehpad va être prochainement faite pour cet usager. Cependant, le médecin affirme que cela ne servira à rien puisqu'il ne sera jamais accepté. C'est un usager qui a déjà fait des passages sur les LHSS, puisque lorsque son état de santé ne justifie plus une prise en charge il retourne à la rue et revient sur la structure dès l'apparition de nouveaux problèmes de santé ».

Le fait de ne pouvoir assurer une orientation pérenne – qu'elle soit en CHRS, PF, Ehpad ou autres structures - pour toutes les personnes sortantes de LHSS engendre également chez ces équipes un sentiment d'impuissance, comme explicité dans la partie précédente.

2.1.2 Des lits d'accueil médicalisés pour les personnes non hébergées et non logées

La Bretagne compte deux LAM sur son territoire (Annexe IV). Initialement lancés sous la forme d'une expérimentation sur le territoire français, en 2009, avant d'être pérennisés en 2016, ils « ont été créés pour désengorger les LHSS et surtout l'hôpital des SDF trop malades, sans solution

administrative ou d'hébergement » (Marin, 2023). Ils accueillent les « personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021d). Le terme de « perte d'autonomie » (voir 1.1.2) - terme plus qu'ancré dans les verbatims des acteurs de terrain pour définir la situation du public qu'ils accompagnent - présent dans cette définition, peut apporter une explication à la confusion que peuvent ressentir certains travailleurs sociaux. En effet, ce terme accentue la croyance que les LAM sont une solution aux problématiques les plus complexes de prise en charge des personnes vieillissantes. « Comme les LAM accueillent des malades plus lourds avec des pathologies chroniques à pronostic sombre nécessitant un hébergement pérenne, ils ne comportent, à la différence des LHSS, que des chambres seules, et sont plus médicalisés, avec en particulier la présence d'infirmières la nuit » (Marin, 2023). Cette présence en continu de professionnels paramédicaux sur les lieux des structures est un argument de poids à cette confusion, puisque les professionnels du social affirment que les personnes précaires vieillissantes qui ne peuvent plus se maintenir sur les structures ont besoin de ce type d'accompagnement. Les demandes d'orientation en LAM sont envisagées dans les cas les plus complexes.

Extrait carnet de terrain – CHRS : Association 2 :

« Une demande d'orientation pour les LAM pour un monsieur – aujourd'hui décédé – souffrant d'un cancer de la sphère ORL²⁶ a été faite par le CHRS. Les raisons de cette demande sont les suivantes : une dégradation rapide de son état de santé, un refus d'hospitalisation de la part de l'hôpital, le non-respect de monsieur des recommandations médicales. De plus, lorsqu'il était au CHRS, il criait, tapait dans les murs et jetait ses affaires par la fenêtre, rendant l'accompagnement très difficile pour l'équipe. La demande a été rejetée par les LAM car selon eux il relevait d'une orientation maison-relais avec la mise en place d'une PCH. Les professionnels du CHRS, confient ne pas savoir comment les professionnels des LAM – pendant leur commission d'admission – choisissent les personnes ».

²⁶ « Un cancer de la sphère ORL (oto-rhino-laryngée), aussi nommé cancer de la tête et du cou, est une maladie qui se développe dans l'un des organes formant les voies aérodigestives supérieures (VADS). Il s'agit des cancers de la bouche, du nasopharynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx (qui composent le pharynx) et du larynx, aussi appelés gorge » (Institut national du cancer, 2022).

Les LAM enquêtés, ayant ouverts en septembre 2023, sont encore en pleine construction, dans le sens où tous les protocoles ne sont pas encore établis, comme celui concernant la gestion des décès. Néanmoins, une information importante ressort des échanges avec ces derniers. Les LAM ont vocation à accueillir des personnes sans logement, ni hébergement et ne sont donc pas destinés aux personnes accompagnées au sein de l'AHIL. Ils ne peuvent donc pas être envisagés comme une possible orientation pour les personnes précaires hébergées et logées qui présentent des signes de vieillissement avancés. De plus, l'équipe du LAM précise que ce dispositif n'est pas « *un sas d'attente d'un logement en sortie d'hospitalisation* » et « *n'a pas vocation à devenir une unité spécialisée* » (Extrait carnet de terrain – LAM ; Association 5).

2.1.3 Les appartements de coordination thérapeutique : un soutien temporaire

Quant aux ACT, ils « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021c). Leur durée de prise en charge moyenne est comprise entre 18 et 24 mois, ce qui, à l'image des LHSS, ne leur permettent pas d'être une réponse aux problématiques d'orientation des personnes précaires vieillissantes. Cependant, les immersions ont montré, dans de très rares cas, que des résidents vieillissants de PF pouvaient bénéficier d'un accompagnement par les ACT portés par la même association, toujours dans cette logique d'« effet filière », notamment quand l'accompagnement devient trop lourd et qu'il y a un projet de sortie de la structure mais qu'il n'est pas concluant : « *C'est vrai que des fois on oublie nos missions de base mais il me semble que la mission de base sur la pension de famille vraiment à toute base c'est maintien d'un logement et animation. Dans la réalité, je crois qu'on déborde sur tout, au final. C'est-à-dire qu'en fonction des situations... Voilà, je prends rendez-vous chez le médecin quand il faut, je prends rendez-vous chez les spécialistes quand il faut, je vais avec eux aux rendez-vous médicaux quand il faut, je fais des courriers aux médecins si on a des inquiétudes. Là, par exemple, pour M. F, ça a dépassé... Il y avait tellement besoin de soutien et de coordination qu'au final, là, il a un suivi ACT hors le mur en plus* » (Educatrice spécialisée – PF ; Association 3). Les ACT restent donc parfois pertinents comme solution de transition pour certains cas précis, et évitent une nouvelle fois le « sans solution »²⁷ pour les personnes précaires vieillissantes. Cependant, elles ne semblent pas constituer un accompagnement suffisant et pérenne adapté aux problématiques spécifiques rencontrées par le public.

²⁷ Ce terme est employé dans le secteur du handicap afin de décrire le fait de ne plus pouvoir proposer de solution d'accompagnement pour une PSH (Piveteau et al., 2014).

Les LHSS, les LAM et les ACT de Bretagne ne représentent pas une solution d'orientation pour le public enquêté. Ils reflètent la prise de conscience d'un manque de réponse pour leurs problématiques de santé des personnes précaires et de leur prise en charge dans un parcours de soins coordonnés. Cependant, il apparaît clairement que le vieillissement des personnes précaires n'a – une fois de plus – pas été anticipé. Au national, ces structures médico-sociales font le constat de la part croissante des personnes vieillissantes dans le public accueilli : « En 2012 ils représentaient 17 % des personnes accueillies en LHSS, alors qu'ils ne représentent que 10 % des personnes sans domicile. En 2017, dans les structures LAM de l'enquête du cabinet Ernst and Young, ils représentent au moins 31 % des personnes hébergées. Leur part dans ces dispositifs est supérieur à leur part parmi les personnes sans-domicile (environ 10 %). Cette surreprésentation est en lien avec une dégradation de l'état de santé liée à l'âge » (HAS, 2018). La Bretagne n'est pas à exclure de ce constat.

2.1.4 Les « résidences autonomie » : une perte d'autonomie sous-évaluée

Le profil des personnes incluses dans la catégorie des personnes précaires vieillissantes prématurément ou non n'est pas homogène, et relève d'un processus plus ou moins rapide selon les individus. Dans l'imaginaire collectif, les deux seules façons d'habiter des personnes âgées en France sont le domicile et l'Ehpad (Caradec, 2022). L'une des difficultés du public de l'enquête est qu'il ne possède pas un logement à lui – exception faite des résidents des PF. Il existe cependant des formes intermédiaires d'habitat qui sont les suivantes :

- « Les résidences autonomies (anciennement nommées « foyer logement » avant la loi de 2015)
- Les habitats services
- Les habitats intergénérationnels
- Les habitats inclusifs
- Les habitats alternatifs ou autogérés » (Caradec, 2022).

Il s'agit ici de se concentrer sur les résidences autonomies²⁸ (RA), car aujourd'hui il semble que seulement deux d'entre elles accueillent, en Bretagne, uniquement des personnes en situation de précarité. « Les résidences autonomie appartiennent à la catégorie des établissements et services

²⁸ « Créés par la loi du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs, les logements-foyers « *sont établis en premier lieu par une politique d'urbanisme* » (Simzac, 2016, p. 61). Ils ont ensuite été intégrés au rang des établissements sociaux et médico-sociaux (loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales). La terminologie « résidences autonomie » est quant à elle issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV): cette dernière « *donne un nouveau souffle aux logements-foyers rebaptisés "résidences autonomie"* » et affirme leur rôle dans la prévention de la perte d'autonomie » (Devaux, 2020).

sociaux et médico-sociaux qui répondent à un besoin d'accompagnement social des personnes âgées » (République Française, 2020). Elles accueillent les personnes à partir de soixante ans, cependant, tout comme les Ehpad, il est possible pour des personnes plus jeunes de demander une dérogation d'âge auprès du département. D'autres critères d'éligibilités existent comme « avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6²⁹ (une dérogation est parfois possible, mais dans des proportions limitées, pour entrer en résidence autonomie en ayant une perte d'autonomie évaluée en GIR 1 à 4) » (République Française, 2024). Elles accueillent donc des personnes âgées dépendantes, à un seuil inférieur de celui des Ehpad.

Concernant l'attribution du GIR pour les résidents, la référente sociale de la RA explique que selon elle, il est un bon outil pour les Ehpad, mais pas pour le public dont elle s'occupe. En effet, le public précaire présente des troubles psychiques et des addictions qui ne sont pas intégrés dans l'évaluation de la perte d'autonomie. Cette critique de la grille Aggir n'est pas nouvelle puisqu'« on lui reproche notamment de négliger l'influence de l'environnement, de sous-estimer les incapacités psychiques et sensorielles et de négliger certaines variables dans le calcul du GIR (fonctions mentales, communication) » (Gervais et al., 2009) et ainsi de ne se focaliser que sur l'autonomie fonctionnelle³⁰. Cela remet donc en question le principe d'autonomie sur lesquels sont fondées les RA : « *Mais par contre, ce que me disait M, on en parlait un peu la dernière fois, c'est qu'elle est aussi responsable des services des maisons-relais. En fait, elle remarque qu'il y a un petit glissement quoi. Limite, les gens qui sont en maisons-relais auraient plutôt besoin d'être en résidence autonomie et en résidence autonomie ils auraient plutôt besoin d'être en Ehpad, quoi* » (Référénte sociale – RA ; Association 5). Ainsi les RA doivent, elles aussi, faire face à des situations complexes, dans lesquelles des résidents ne font plus preuve d'autonomie : « *Les personnes qui ont des addictions à l'alcool, l'état de santé se dégrade extrêmement vite. Je pense que ça commence à se voir à partir de 50 ans ou un petit peu avant. Tu vois le monsieur qui est décédé, qui avait 55 ans, il buvait beaucoup et depuis toujours. Et à 55 ans, il n'était plus du tout autonome. Il ne pouvait plus du tout se déplacer pour aller au réfectoire* » (Référénte sociale – RA ; Association 5). La littérature permet de confirmer que ce paradoxe autour de l'autonomie des résidents de RA n'est pas uniquement une caractéristique propre du public de l'enquête mais bien à l'ensemble de ce type de logement puisque « *derrière l'image d'autonomie attribuée aux publics des résidences autonomie, une minorité d'habitants présente des difficultés et des troubles nécessitant une prise en charge plus conséquente* » (Saray-Delabar, 2022).

²⁹ Les GIR vont de 1 à 6, 1 étant le plus dépendant et 6 le moins dépendant.

³⁰ L'autonomie fonctionnelle correspond à la capacité de réaliser seul les tâches quotidiennes sans être dépendant d'un tiers (Ennuyer, 2013). Ce constat peut être étendu à toutes évaluations du GIR des personnes de l'étude, peu importe leur structure d'accueil.

Ces RA – spécialisées dans l'accueil de publics précaires – sont très peu connues sur la région bretonne. Lorsqu'elles le sont par les professionnels du même territoire, elles ne sont pas clairement identifiées dans leur fonction : « *C'est une résidence... Comment dire ? Une espèce d'Ehpad, je vais dire ça comme ça. Mais pour les personnes en situation de précarité* » (Monitrice éducatrice – PF ; Association 2). De plus, les vingt-huit places qu'elles représentent sur le territoire breton ne permet pas d'apporter une réponse d'orientation à l'échelle régionale, pour les personnes dont la perte d'autonomie ne nécessite pas une orientation en Ehpad.

Si elles existent, il s'avère néanmoins que les structures médico-sociales spécialisées dans l'accompagnement de publics précaires ne peuvent être envisagées comme des solutions d'orientations pérennes pour les personnes vieillissantes dépendantes. De fait, les orientations sont parfois faites vers des structures de droit commun. Cependant, celles-ci montrent également des difficultés dans l'admission et l'accompagnement pour le public de l'étude.

2.2 Les publics précaires vieillissants face aux normes régissant les structures de droit commun : les « incasables »

Dans cette partie, il s'agit de faire remonter les difficultés du secteur de l'AHIL dans l'orientation des personnes vieillissantes. L'enquête n'a pas porté sur les acteurs du secteur du handicap et de la gérontologie, il n'est pas question de porter leur parole dans ce travail.

Pour rappel, les politiques publiques de la vieillesse fixent leur critère d'éligibilité à l'âge de soixante ans. Cet âge charnière permet de définir si les personnes demandeuses d'aide sociale peuvent bénéficier des politiques du handicap ou des politiques relevant de la vieillesse. Cela signifie, dans les faits, que les personnes précaires présentant un vieillissement prématuré – avant soixante ans – relèvent du secteur du handicap, et que celles ayant franchi cette barrière de l'âge peuvent prétendre aux services de gérontologie. En théorie, que ce soit dans l'un ou l'autre de ces secteurs, leur prise en charge devrait être garantie. Cependant, la réalité montre que la situation est beaucoup plus complexe que la théorie ne le laisse entendre.

2.2.1 Des démarches administratives longues et complexes : l'âge et la situation économique, des barrières immuables

Tout comme les RA, il est possible de demander une dérogation d'âge auprès du département pour intégrer un Ehpad. Cette demande de dérogation est conditionnée. La personne demandeuse

doit justifier « d'un taux d'incapacité de 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans » (Cap retraite, 2024), ce qui nécessite au préalable une reconnaissance de handicap (Service public de l'autonomie, 2024). Cette présence de dérogation d'âge est la raison pour laquelle les travailleurs sociaux envisagent l'Ehpad comme la solution d'orientation, puisqu'ils ont conscience qu'une demande auprès, par exemple, d'un foyer de vie³¹ pour une personne de cinquante-huit ans a très peu de chance d'aboutir : *« Alors, pour F on avait aussi demandé à [...] un foyer de vie. À la base, c'était l'idée. Et en fait, il n'y a plus de place. Et le fait qu'il soit aussi à cheval au niveau de l'âge, à 58-59 ans, on se dit qu'ils vont pas le prendre en foyer de vie parce que déjà la liste d'attente est super longue et ils vont prioriser quelqu'un qui a 40 ou quoi »* (Éducatrice spécialisée – PF ; Association 3). De plus, les foyers de vie nécessitent une autonomie (capacité à se nourrir, à s'habiller et participer aux activités), et accueillent un public de moins de soixante ans. En outre, la dérogation d'âge n'est pas la seule demande à faire au département. En effet, le public de l'enquête reste précaire et n'a pas toujours les moyens de financer une place en Ehpad, qui, représente en moyenne un coût de 2 050 € par mois en Bretagne (Cap retraite, 2024). De plus, l'année 2023 a vu les tarifs en Ehpad augmenter. Ainsi, « pour les prix ASH, la progression s'élève à 3,9 %, soit une accélération significative de la hausse des prix qui, depuis 2016, connaissent une croissance annuelle comprise entre 1,1 % et 1,6 % » (CNSA, 2024). Pour aider au financement, une demande d'aide sociale à l'hébergement (ASH) peut être réalisée. Elle « paie la différence entre le montant des frais d'hébergement et ce que peut payer la personne âgée, voire ce que peuvent payer ses *obligés alimentaires* (enfants, gendres, belles-filles). Le département peut récupérer l'ASH versée, du vivant et au décès de la personne âgée » (Service Public, 2024a). Des freins à son obtention peuvent se présenter, comme le fait que le public présent au sein de l'AHIL n'ait plus de contact avec les membres de leur famille ou encore qu'il ne se rappelle plus de ceux-ci, comme le montre cet extrait :

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« L'équipe explique qu'elle a eu un résident pour lequel une demande d'ASH a été faite. Pour cette demande, la liste de ses enfants lui a été demandée, mais ce monsieur n'était plus en contact avec sa famille et ne se souvenait plus du nom de ses enfants. La travailleuse sociale, a expliqué que lorsque la personne arrive sur la structure c'est leur rôle de connaître sa situation à un instant T, d'écouter la personne si elle veut se confier sur son passé, mais qu'ils ne sont pas là pour

³¹ « Le foyer de vie (ou foyer occupationnel) accueille des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations et activités en fonction de leur handicap. Le foyer de vie est destiné aux personnes ne relevant ni d'un établissement et service d'aide par le travail (Ésat), ni d'une maison d'accueil spécialisée (Mas), ni d'un foyer d'accueil médicalisé (Fam) » (Service Public, 2024).

découvrir ce qu'elle ne veut pas dire. De fait, ils étaient juste informés que le monsieur avait dix enfants et n'avaient aucune possibilité d'en savoir plus, ce qui a considérablement compliqué cette démarche administrative ».

Ainsi, « les demandes de réorientations des personnes âgées vieillissantes en hébergement portent très majoritairement (à 70 %) vers des Ehpad mais la majorité de ces demandes sont refusées (56 %), principalement en raison des moyens financiers insuffisants et d'une situation administrative instable. Sachant par ailleurs que peu de liens existent entre les secteurs de l'hébergement et le secteur médico-social dans la prise en charge des personnes âgées » (Fondation Abbé Pierre, 2023). L'âge, la situation économique et administrative des personnes précaires vieillissantes sont donc des freins à leur accès aux structures médico-sociales de droit commun. De plus, ce n'est pas parce qu'une personne obtient une place en Ehpad qu'elle ne risque pas de se retrouver dans une structure de l'AHIL, par manque de moyens financiers pour payer le loyer de l'établissement médico-social.

Extrait carnet de terrain – CHU ; Association 3 :

« Un monsieur de 70 ans est présent sur le CHU. Lors d'un échange informel, il explique qu'il a été en Ehpad pendant un mois et demi et qu'il en ait sorti par manque de moyens financiers. Il précise qu'il touche la retraite, mais qu'il doit verser une pension alimentaire à ses enfants ce qui ne lui laissait pas suffisamment d'argent pour rester en Ehpad. Le fait de ne plus être en Ehpad ne lui manque pas, car il explique qu'il se sentait diminuer car il n'avait personne avec qui interagir ».

Cet exemple révèle que l'orientation en Ehpad n'est pas forcément la plus adaptée, non pas uniquement d'un point de vue financier, mais bien en termes d'accompagnement. En effet, l'homme cité dans l'extrait sentait sa santé psychique régresser du fait d'un manque d'interactions sociales. Les démarches administratives à entreprendre pour établir un dossier de demande d'orientation en Ehpad ou dans les établissements du secteur du handicap sont longues et fastidieuses. A cela s'ajoute les délais d'attente pour une réponse, qu'elle soit positive ou négative, ainsi que les placements sur liste d'attente, qui peuvent laisser le temps à la perte d'autonomie de s'aggraver et de rendre alors les demandes d'orientation déjà en cours obsolètes. Relancer les démarches dans ce genre de situation est donc inévitable. De plus, lorsque la personne possède une orientation vers le secteur du handicap mais qu'elle avance en âge et franchit la barre des soixante ans, les démarches sont également à renouveler dans des structures différentes (Ehpad).

2.2.2 Les personnes précaires vieillissantes face au cadre normatif des structures médico-sociales

Aux difficultés administratives, il est nécessaire d'ajouter la prise en compte de la réalité de ces potentielles structures d'accueil, ainsi que les souhaits des personnes concernées.

Aujourd'hui, « les structures d'hébergement pour personnes âgées, qui sont [...] principalement des Ehpad accueillent une faible partie des soixante ans et plus (environ 4 %) la proportion augmentant néanmoins fortement aux âges élevés (près de 40 % à 95 ans) » (Caradec, 2022). Ce constat est corroboré sur la région bretonne, puisqu'en 2015, sur les 17 250 entrées en Ehpad recensées, 5 % des personnes concernées avaient moins de soixante-dix ans (ARS Bretagne, 2019). Ces chiffres démontrent que les personnes de l'étude, en situation de vieillissement prématuré dès l'âge de cinquante ans, se trouvent dans la tranche d'âge la moins représentée dans les Ehpad de France et de Bretagne, ce qui les situeraient dans une forme de double déviance à la norme de ces établissements du fait de leur statut de précaire et du fait leur âge. De surcroît, le changement de lieu de vie (de la structure d'hébergement vers l'Ehpad) peut les placer une fois de plus en face à une situation de rupture de leur parcours de vie. En effet, cet écart d'âge est l'un des arguments évoqués par les personnes accompagnées, pour exprimer le fait qu'ils ne souhaitent pas intégrer ce type d'établissement : « *L'Ehpad c'est pour les très vieux, il faut des structures pour les plus jeunes* » (Café discussion – RA ; Association 5) ; « *C'est un mouroir* » (Café discussion – PF ; Association 4). Cette double stigmatisation peut également s'étendre aux structures composant le secteur du handicap, puisqu'ils y seront perçus comme vieux et précaires, ce qui n'est pas la norme dans celles-ci : « *Bah et après vu qu'ils sont quand même assez, bah c'est enfin voilà, ils sont pas vieux. Enfin je veux dire 40, 50 ans, aller en Ehpad même si enfin c'est compliqué ou aller en en structure, en MAS³², en FAM* » (TISF – CHRS ; Association 1). Le secteur du handicap – même s'il n'a pas été enquêté – ne semble pas indiqué pour la prise en charge du public précaire vieillissant prématurément, car l'accompagnement des personnes en situation de handicap (PSH) vieillissantes questionne dans ces structures depuis peu. En effet, la question est actuellement de savoir comment faire évoluer les dispositifs accompagnant les PSH vieillissantes (ANCREAI, 2018), mais aussi d'être en mesure de pouvoir diagnostiquer l'apparition de la maladie d'Alzheimer chez ces derniers par exemple (EHESP et al., 2023).

En ce qui concerne les personnes accompagnées comme dit précédemment, elles ne souhaitent pas - pour la grande majorité - aller dans ce type d'établissement : « *Oui, J le dernier qui est décédé, qui était en fauteuil roulant, il ne voulait absolument pas aller en Ehpad. Il était bien*

³² Maison d'accueil spécialisée

esquinté. Par contre, excusez-moi, à un moment, je trouve qu'il n'avait plus sa place ici » (Résidente 1 – PF ; Association 4). Ce refus de l'Ehpad vient de l'image négative qu'il renvoie à notre société. Considéré comme une institution totale³³, ces établissements essayent cependant de faire évoluer leur image ces dernières années, notamment avec une impulsion visant à s'ouvrir sur l'extérieur. Pour ce faire, la loi Bien Vieillir tend à réaffirmer le droit d'emmener son animal de compagnie en Ehpad. Des financements sont aussi dédiés à la rénovation des locaux ou encore à la création de tiers-lieux³⁴. Ce n'est qu'un début et les répercussions sur l'opinion publique ne se font pas encore ressentir. De plus, le cadre normatif de l'Ehpad peut être mal vécu par ces personnes ayant déjà souffert de disqualification sociale (Paugam, 2009).

2.2.3 Le cumul de problématiques : un frein à l'accès aux structures de droit commun

Néanmoins, ce ne sont pas les seules problématiques liées à l'orientation du public vers le secteur médico-social. Comme explicité précédemment dans la première partie, le vieillissement du public précaire n'est pas à définir uniquement sous le prisme de la vieillesse mais est à percevoir comme un cumul à d'autres problématiques déjà présentes chez ce public, ce qui est le cas des addictions. Il nécessite donc un accompagnement spécifique. Les échanges – formels et informels – avec des professionnels du social, montrent que les motifs de refus reçus pour les demandes d'admissions vers les structures du médico-social sont essentiellement dues à la présence d'addictions et notamment d'addictions non stabilisées. Ce motif est généralement communiqué de manière informelle dans le sens où il n'apparaît pas écrit noir sur blanc sur les documents mais est plutôt communiqué oralement. Le faible taux d'orientation en Ehpad et les difficultés des travailleurs sociaux pour trouver les bons interlocuteurs résultent en grande partie de la méconnaissance entre les secteurs : *« enfin qui devraient être orientées vers un Ehpad et en fait s'il y a une méconnaissance du public et en même temps nous on a une méconnaissance des missions en Ehpad et eux ils ont une méconnaissance de notre public et du coup il y a des craintes qui font que des fois ça bloque »* (Educatrice spécialisée – PF ; Association 3). Ce manque d'interconnaissance est la résultante de la construction des secteurs de manière indépendante. Laureline Coulomb dans son article intitulé *Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux*, explicite que même si les personnes précaires vieillissant prématurément souffrent des mêmes

³³ « Lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffmann, 1979).

³⁴ « Un tiers-lieu est un lieu inspirant et stimulant pour les résidents de l'Ehpad ou de la résidence autonomie, une « place du village » qui fait entrer dans l'établissement des personnes et des activités inédites : couture, maraîchage, gym douce ou théâtre, café associatif, échanges de services... Il répond aussi aux besoins d'animation de la vie locale du territoire » (CNSA, 2022).

difficultés (physiques, cognitives et sociales) que le public accompagné dans le secteur de la gériatrie, des réticences existent du côté des acteurs de la santé et du social. Ils auraient une véritable crainte quant à la surcharge de travail que peut représenter l'accompagnement de ce public et ne se pensent pas formés pour intervenir auprès de ce dernier (Coulomb, 2021). Ces inquiétudes ne sont pas injustifiées, comme le démontre le cas de l'Ehpad François 1^{er} de Villers-Cotterêts qui accueille à la fois des personnes ayant connu la rue et d'autres non précaires. Le constat y est fait que l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes nécessite une « augmentation conséquente du temps passé par rapport à une prise en charge classique », que ce soit dans l'accompagnement au soin et dans la gestion des mésusages de l'alcool par exemple (Soudani et al., 2020). Il est donc possible de supposer que le refus d'admission des personnes précaires vieillissantes dans les Ehpad est essentiellement motivé par ces problématiques.

2.2.4 Un manque de solution émanant des dispositifs de coordination

Lorsque les acteurs du social ne trouvent aucune solution – après avoir tentés en vain d'orienter les personnes précaires vieillissantes - ils peuvent faire appel au Dispositif d'appui à la coordination (DAC) de leur territoire. Créé en 2019, ils unissent les anciens dispositifs d'appui à la coordination présents sur les territoires comme les missions d'accueil et d'information aux associations (Maia), les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA), dans l'objectif de rendre plus lisible l'offre présente sur un espace d'action défini. Les DAC ont pour objectif de venir « prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés » (Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2023), profils auxquels les personnes précaires vieillissant prématurément correspondent. L'Association 2, après avoir pris contact avec le DAC de son territoire, a dû réunir une longue liste d'acteurs³⁵ à la demande du dispositif, afin d'envisager une possible orientation. Cependant, cette réunion – d'après les retours de la travailleuse sociale interrogée – n'a pas permis de trouver de solution pérenne : « *Concernant la réunion avec le DAC nous n'avons pas vraiment trouvé de solutions de sortie du CHRS mais plus des solutions temporaires comme des séjours de rupture en MAS afin de soulager les professionnels du CHRS et faire découvrir d'autres établissements à M L. Les addictions nous bloquent sur de l'accueil permanent car peu de structures adaptées à ses difficultés acceptent des consommations. Nous allons quand même essayer des Ehpad car la situation se dégrade de plus en plus* » (Extrait

³⁵ « CAARUD ; CSAPA ; SIAO ; EMPP ; Curateur ; Référente du CDAS ; CMP ; MDPH ; Médecin traitant ; Cabinet IDEL ; Professionnels du CHRS ; Cadre de santé PSH du Conseil départemental » (Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2)

d'échange d'email – CHRS ; Association 2). Le fait que cette plateforme de coordination ne puisse proposer de solution d'orientation pour ces personnes démontre une fois de plus que le vieillissement de ce public présentant des spécificités telles que des addictions n'a pas été pensé par les politiques publiques et par extension par les territoires bretons à qui revient la mise en place de ces dernières. De plus, même si le DAC avait pu fournir une réponse d'orientation, cela ne resterait qu'une réponse individuelle – puisqu'il a pour mission de coordonner les parcours complexes au cas par cas – et non pas d'apporter une réponse globale à la thématique du vieillissement prématuré ou non des personnes précaires.

Les orientations vers les structures de droit commun sont complexes et n'aboutissent pas dans une très grande partie des cas. Cela démontre que les politiques publiques n'ont pas pris en compte les spécificités du public enquêté, engendrant ainsi un maintien dans les structures de l'AHIL et par conséquent une saturation des celles-ci. Les acteurs du social nomment ces personnes vieillissantes en perte d'autonomie les « *incasables* », puisque aucune structure ne semble avoir été pensée pour les prendre en charge. Le non-aboutissement des orientations accentue, de fait, le continuum des problématiques – exposées dans la partie précédente – du secteur de l'AHIL. Le vieillissement du public, qu'il soit prématuré ou non, est une problématique à visualiser sous la forme d'un infini recommencement. En effet, pour les personnes vieillissantes sur les structures, les solutions de sorties n'aboutissent pas, ce qui induit un maintien sur la structure et une accentuation des difficultés quand la situation de la personne s'aggrave. Cela se poursuit par la non-adéquation des demandes envisagées au profil de la personne, et, dans le pire des cas, se finalise par leur décès sur les structures de l'AHIL ; décès prématurés³⁶ à cause de leur positionnement dans les angles morts des politiques publiques. Ceci questionne le droit à vivre et à mourir dignement de ce public.

2.3 Mettre en valeur les innovations isolées. Préconisations pour l'accompagnement du public précaire vieillissant

Les précédentes parties de ce travail, exposent les difficultés d'accompagnement internes et externes que rencontrent les structures de l'AHIL en Bretagne. Ce travail a aussi permis de relever les besoins communiqués par les enquêtés et les personnes accompagnées quant à cette thématique. L'objectif est donc de les retranscrire tout en essayant d'y apporter une forme de réflexion. Comme explicité dans cet écrit, la catégorie des personnes précaires vieillissants prématurément n'est pas homogène. L'âge auquel apparaît leur perte d'autonomie, les politiques dont elles relèvent, leurs

³⁶ « La mortalité prématurée a été définie dans les années 90 comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans » (HCSP, 2013) .

envies et leurs besoins, sont aussi divers que leurs parcours de vie. Une seule et unique réponse ne peut être la solution à cette problématique.

2.3.1 Préconisations à destination des structures de l'AHIL

Les travailleurs sociaux enquêtés ont fait part du dépassement de leurs missions vis-à-vis de l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes prématurément ou non, mais aussi du fait qu'ils ne sont pas formés pour l'accompagnement de ce public. Ils ont aussi exprimé, pour certains, leur souhait de bénéficier de formation sur le public vieillissant (aucune ne leur est actuellement proposée), afin de pouvoir ressentir ce sentiment de « bien faire » vu précédemment (voir 1.2.2). La FAS Ile de France propose des formations pour les professionnels du secteur du social de son territoire. Elles ont comme objectifs pédagogiques opérationnels :

- « Comprendre les évolutions physiques et psychiques liées au vieillissement normal ou pathologique et à la perte d'autonomie et mieux en repérer les signes dans l'exercice de la pratique sociale ;
- Adapter son positionnement professionnel au vieillissement des personnes et à ses impacts notamment en termes psychiques ;
- Appréhender les questions relatives aux choix de la personne en lien avec sa perte d'autonomie et/ou sa fin de vie ;
- Connaître les droits sociaux spécifiques aux personnes âgées et/ou en situation de perte d'autonomie et se familiariser avec les démarches à réaliser » (Annexe V).

Après un échange, la chargée de mission santé de la FAS Ile de France se propose de collaborer avec la FAS Bretagne afin qu'une formation puisse être mise en place sur cette région. Cependant, il est à noter que tous les professionnels du social ne souhaitent pas être formés afin de pallier le manque de solution concernant la prise en charge de ce public : *« Et en tout cas pour les formations pour ta question de tout à l'heure, il faudrait pas que ça arrive sur un glissement de tâches non plus en fait. C'est bien d'être formé, mais il faudrait pas que ça soit un glissement de tâches parce qu'on est formé et que voilà, du coup ça devienne un peu une structure autre »* (TISF – CHRS ; Association 1).

Un autre point a été soulevé : le besoin de professionnels paramédicaux au sein des structures de l'AHIL, plus précisément dans les PF et les CHRS³⁷. Le terrain montre que le public précaire est en rupture avec le secteur du soin, et qu'il est difficile de l'y réinscrire. Le vieillissement du public

³⁷ Les CHU ayant été très peu enquêtés il n'est pas possible de les exclure de ce besoin de professionnels paramédicaux.

impose une part croissante de coordination médicale dans les missions des équipes des structures. Or, elles ne possèdent pas la littératie en santé, ni les connaissances du secteur sanitaire et/ou médico-sociale, à la différence des IDE : *« Elle a des connaissances médicales que nous n'en avons pas »* (Monitrice éducatrice – PF ; Association 4). Développer un poste d'IDE afin de prendre en main ce rôle de coordination médicale est un moyen de redonner aux travailleurs sociaux du temps pour les accompagnements sociaux individuels, mais surtout d'aider les personnes concernées à se réinscrire dans un parcours de soins. Les réinsérer dans un parcours de soins serait une manière de prévenir et prendre en charge des pathologies avant qu'elles ne deviennent incurables. En effet, ces personnes ont tendance à consulter trop tardivement, ce qui fait qu'elles ne se trouvent que dans du soin à visée curative et non dans une logique de prévention. Cependant, l'absence d'IDE dans toutes les structures de l'AHIL est d'ordre financier. En effet, l'ARS Bretagne n'accorde que dans de très rares cas des financements pour des postes d'IDE, ce qui implique alors pour les associations d'avoir assez de fonds propres pour engager du personnel paramédical : *« Alors non. En ça a été un choix de la direction. Mais on n'a pas en fait, il y a eu une demande de financements auprès de l'ARS et l'ARS a refusé disant que l'ARS en fait elle met en avant plutôt comment dire de développer des maisons médicales. Donc de l'aller vers, or nous ce qu'on voit, c'est que quand justement l'infirmière elle est dans le service, eh bien, comment dire, entre guillemets, elle fait partie des murs et du coup, ça démystifie un petit peu l'image de l'infirmière, de la blouse blanche, et donc ça facilite en fait la, la mise en place des soins »* (Cheffe de service – Association 1). Le terrain a permis d'enquêter sur la PF de l'Association 4 où un poste d'IDE est financé par l'ARS Bretagne à hauteur de 0,2 ETP. Sa présence est décrite de manière positive. Les résidents déclarent mieux comprendre le rôle de chacun et identifient l'IDE en question comme une interlocutrice de confiance pour aborder leurs problématiques d'ordres divers : *« Ça rassure d'avoir M [IDE], on peut parler facilement de tout avec elle, c'est pas un médecin psychiatre, on peut parler de tout »* (Café discussion ; PF – Association).

Une discussion est donc à entreprendre avec l'ARS Bretagne afin de lui exposer les bénéfices de postes d'IDE au sein des structures de l'AHIL. Il apparaît qu'un temps plein n'est pas nécessaire dans toutes les structures et que les IDE rencontrées ont un emploi du temps qui les amène à se rendre sur plusieurs dispositifs d'une même association au cours de la semaine. Il peut aussi être recommandé, à la création de ce genre de poste, de faire en sorte que l'IDE en question soit bien identifiée par les personnes accompagnées afin qu'ils puissent reconnaître sa place dans la structure et son rôle de personne ressource : *« C'est pas clair ce qu'elle fait là »* (Café discussion, PF Association 4).

Toujours dans cette optique de prévention, il est possible de faire un pas de côté concernant le vieillissement et d'aborder la question des addictions dont souffrent une grande partie des personnes accompagnées. Le syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), appartenant à la catégorie des démences alcooliques présent dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (MSD) 5 (O'Malley & O'Malley, 2022), est une pathologie dont il a beaucoup été fait mention lors des échanges avec les professionnels enquêtés au cours de ce travail. Ce syndrome SWK résulte d'un alcoolisme chronique s'étendant sur une très longue période, et se solde par l'apparition de troubles de la mémoire engendrant une perte d'autonomie nécessitant, dans les cas les plus sévères, un placement en établissement spécialisé. Cette pathologie concerne les hommes âgés entre quarante-cinq et soixante ans et les femmes vers l'âge de trente-cinq ans (car elles sont plus vulnérables aux conséquences de l'alcool), ce qui est exactement la tranche d'âge touchée par le vieillissement prématuré (France Alzheimer et maladies apparentées, 2020; France Assos Santé, 2022). Former et aider les équipes de l'AHIL à mettre en place une politique de réduction des risques et des dommages (RdRD)³⁸ liée à la consommation d'alcool apparaît nécessaire, pour ralentir l'apparition et la progression du syndrome SWK. De plus, la présence de personnel paramédical au sein des structures pourrait être un moyen de détecter la maladie dès ses premiers symptômes, puisqu'elle « est un cercle vicieux car ces atteintes cognitives sont par ailleurs responsables de ce que l'on appelle une « anosognosie », c'est-à-dire que les patients ne se rendent pas compte ou sous-estiment leurs troubles » (France Assos Santé, 2022). La prise en compte des addictions des personnes accompagnées peut donc être perçue comme un levier dans la prévention du vieillissement prématuré.

Il est important de notifier l'existence d'une PF spécialisée dans l'accueil de femmes atteintes du SWK à Roubaix gérée par Soliha et le centre hospitalier de Roubaix. Ce modèle pourrait sembler pertinent car adapté aux spécificités d'un public particulier, et aurait vocation à être essaimé à large échelle. Il entre cependant en contradiction avec le principe de mixité sociale intrinsèque aux pensions de famille. L'Etat stipule qu'« il est donc exclu de retenir des projets sociaux dont l'objet serait d'accueillir telle ou telle catégorie spécifique de population : par exemple jeunes sortant des structures ASE ou immigrés vieillissants qui sont hors champ, et qui, pour certaines d'entre elles, relèvent de structures *ad hoc* déjà existantes tels que les établissements pour personnes handicapées ou pour personnes âgées » (Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2003). Le paradoxe apparent entre le besoin d'accompagnement spécifique et le souhait d'accueillir des publics de nature différente pose question. En outre, dans quelle mesure serait-il intéressant de ne développer

³⁸ « La RdRD reconnaît l'existence d'usages et de comportements à risques et, plutôt que de contraindre les usagers, elle s'attache à transmettre les ressources et les aides qui permettront aux consommateurs d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir, afin de limiter les conséquences négatives des consommations de substances psychoactives » (MILDECA, 2016).

que des structures accueillant un seul type de public ? Si l'idée peut sembler novatrice, elle vient questionner les limites du droit et l'évolution des politiques publiques actuelles qui visent à brouiller les frontières d'un secteur encore très compartimenté (habitat inclusif, Ehpad hors les murs). Si la non-mixité du point de vue du genre est reconnu comme bénéfique pour l'accompagnement d'un public spécifique (femme en situation de précarité)³⁹, la non-mixité du point de vue de la pathologie (femme ou homme souffrant du SWK) pourrait accroître la double stigmatisation que portent déjà les personnes précaires vieillissantes.

La question du bâti doit également être mentionnée. En effet, celui-ci est apparu comme inadapté au public précaire vieillissant dans de nombreuses structures enquêtées (présence d'escaliers, marche haute pour accéder à la salle de bain et au lit). Il est donc nécessaire de poser les questions suivantes : faut-il faire évoluer le modèle des structures de l'AHIL afin de pouvoir préserver au maximum l'autonomie du public accueilli en leur sein ? Doivent-elles devenir des structures d'accueil de personnes en perte d'autonomie ? Engager une évolution dans ce sens, ne risque-t-elle pas de faire changer en profondeur les missions des structures de l'AHIL ? Au-delà des aménagements pour faciliter l'autonomie des personnes ayant des difficultés de mobilités, comment faire pour celles présentant des problématiques cognitives qui les empêchent de se repérer dans l'espace ? A ces questions se couplent celles d'ordre financier : comment financer ces changements d'aménagements du bâti ? Quels acteurs doivent en être les financeurs (les associations, les départements, l'ARS, les DDETS) ? D'autant plus que les associations gérantes sont, pour la plupart, locataires des bâtiments qu'elles occupent, et que pour celles ayant leurs propres locaux cela ne signifie pas qu'elles aient les fonds nécessaires.

Ces propositions – internes aux structures du social – (dont un résumé est présenté dans le Tableau 2) - ne sont pas des solutions miracles à l'accompagnement du public précaire vieillissant mais peuvent être une manière pour les professionnels de moins subir les conséquences des manquements évoqués dans ce travail. Elles permettent aussi d'apporter un cadre mieux délimité pour les personnes accompagnées, et ainsi de prévenir les questions de perte d'autonomie liées au vieillissement prématuré de ces dernières. Cependant il est toutefois nécessaire de penser à des solutions externes aux structures du social tant en termes de coordination, que d'aménagement de l'existant.

³⁹ Comme l'illustre la multitude de dispositifs spécifiques à l'accompagnement des femmes : les haltes femmes, CHRS et PF dédiés uniquement aux femmes (Association 6), les maisons des femmes etc.

Tableau 2 : Résumé des préconisations des structures de l'AHIL

Préconisations nécessaires :
• Former les professionnels sans que cela induise pour autant un glissement des missions des professionnels du social • Intégrer des IDE dans les équipes sociales
Préconisations nécessitant un travail de réflexion éthique et sociétale :
• L'adaptation du bâti • Et la création de structures spécialisées pour les personnes précaires vieillissantes souffrant du SWK

2.3.2 Préconisations à l'échelle de la région Bretagne

En outre, comme exposé précédemment, assurer une orientation en Ehpad pour les personnes précaires vieillissant prématurément ou non est difficile. Cependant, le terrain a révélé que lorsque qu'il y a une bonne interconnaissance entre professionnels de différents secteurs (ici du social et du médico-social), ainsi qu'un accompagnement de la part des travailleurs sociaux dans cette période de transition, l'orientation est facilitée.

Des recherches ont révélé la présence de dispositifs nommés « Mission Interface », présents à Paris et à Nantes. Leur mission consiste à « faciliter l'accès aux prises en charge de droit commun des personnes âgées » de plus de cinquante-huit ou soixante ans (selon la ville) qui sont hébergées dans le dispositif Urgence-Insertion. Pour ce faire, ces missions identifient les structures de l'AHIL ainsi que les dispositifs d'hébergement avec aide médicale (LHSS, LAM, ACT), qui concentrent une part importante de personnes vieillissantes ; ainsi que les structures pour personnes âgées (Ehpad, RA) acceptant d'accueillir les personnes précaires sur le même territoire. Elles ont un rôle d'intermédiaire et de coordination entre le secteur de la gérontologie, les professionnels du social et les personnes âgées, dans le sens où elles permettent de faire le lien entre ces trois acteurs, de les accompagner dans cette transition et de garantir un suivi post-admission d'une durée d'environ un mois (Extrait carnet de terrain – Journée vieillissement précarité ; FAS Pays de la Loire). Les Missions Interface apparaissent donc comme des acteurs favorables au décroisement des secteurs du social et du médico-social, puisqu'elles permettent de faire le lien entre eux et ainsi briser un effet « silo ». Il semble donc pertinent de créer une Mission Interface en Bretagne, en commençant par la mise en place d'une plateforme sur un des départements bretons ou l'un des huit territoires de santé, qu'il faudra étendre progressivement à tous les départements. La région pourrait s'inspirer du modèle du Samu Social de Paris en munissant chaque département d'un coordinateur, tous les quatre

chapeautés par un même responsable. Néanmoins, un travail sur la lisibilité de ce dispositif sera nécessaire afin que les acteurs ne le confondent pas, par exemple, avec les DAC – sauf si la décision est prise de les y intégrer. Ce cumul des dispositifs est à prendre en considération dans la possible mise en place d'une telle mission sur la région bretonne et dans le choix de la figure juridique la portant, afin de ne pas accentuer les difficultés de lisibilité du système.

Cependant ces Missions Interface « engage(nt) le secteur Urgence-Insertion à réaccueillir les personnes accompagnées, si l'intégration au sein de la structure pour personnes âgées n'est pas satisfaisante, au terme d'une période probatoire définie » (Maison Veille Sociale 44, 2011). Envisager cette possibilité semble révélateur du fait que les structures telles que les Ehpad ne sont pas toujours aptes à accueillir ce public (dans certains cas la personne n'arrive pas à se conformer au cadre normatif de ces institutions). Une réflexion est donc à mener autour de la possible sensibilisation des professionnels de ce secteur, notamment par le biais de formation ; ou en s'inspirant de travaux déjà menés sur cette thématique. Il serait possible de contacter l'Ehpad François 1^{er}, évoqué précédemment, qui, après avoir mis en place un groupe d'analyse de pratique, a instauré le rôle de « soignant-confident » afin de faciliter la prise en charge du public étudié grâce à la création d'un lien de confiance entre le résident et un soignant. La « formation » à ce rôle de « soignant-confident » est assurée par un soignant ayant déjà une expérience professionnelle dans cet Ehpad.

Mener une étude afin d'analyser les freins et les leviers de la prise en charge des personnes précaires vieillissantes au sein des Ehpad bretons serait un bon complément du présent travail afin de comprendre les enjeux que revêt cette thématique dans ce secteur.

De plus, il est essentiel de se poser les questions suivantes : est-ce le rôle des personnes précaires vieillissant prématurément de s'adapter aux normes des structures pour personnes âgées ? *A contrario*, sont-ce les structures pour personnes âgées qui doivent s'adapter aux spécificités de ce public ?

Une réflexion est à mener autour des établissements qui pourront accueillir le public des précaires vieillissants dépendants. La possibilité de s'inspirer de structures déjà présentes sur les autres régions peut être une option. Le cas de l'Ehpad de La Rochelle est un modèle qui pourrait être exporté en Bretagne. Cet Ehpad est financé comme un Ehpad ordinaire, c'est-à-dire qu'il prend en charge des personnes à partir de soixante ans – avant si dérogation d'âge – mais il est plus flexible dans son accompagnement. En effet, les personnes peuvent alors continuer leurs habitudes de vie, à l'image de certains résidents qui continuent de faire la manche. Quant à la gestion des addictions, leur politique de RdRD consiste à stocker les bouteilles d'alcool des résidents lorsqu'ils rentrent dans l'établissement et à s'engager à leur redonner à leur sortie. Ce procédé permet d'éviter les

alcoholisations massives avant l'entrée sur l'établissement et ainsi d'empêcher des comportements jugés inappropriés (Extrait carnet de terrain – Journée vieillissement précarité ; FAS Pays de la Loire).

Du fait de l'âge élevé des publics en Ehpad, des spécificités des personnes précaires vieillissantes, mais également des difficultés pour obtenir une prise en charge dans les établissements du droit commun, la création d'une structure d'accueil intermédiaire entre les structures de l'AHIL et des Ehpad a été mentionné tant par les professionnels que par les personnes accompagnées de Bretagne : « *Quand le vieillissement est là. Parce qu'ici, ils sont pas... Ils peuvent pas s'en occuper, c'est pas possible, h 24 quoi, l'infirmière est là que le matin et le soir. Et c'est là qu'il manque quand même quelque chose entre ici et la maison de retraite. Tout le monde ne peut pas aller en maison de retraite, et pour trouver une maison de retraite, il faut des mois et des mois. Il manque quand même cette structure-là où les gens pourraient être mieux accueillis que dans des centres où c'est des gens qui vont déjà pas bien, où il n'y a pas assez de monde pour s'occuper, ils sont encore plus paumés quoi* » (Résidente 2 – PF ; Association 4) ; « *il manque clairement une structure entre nous et l'Ehpad* » (Monitrice éducatrice – PF ; Association 4). Cette structure intermédiaire est le plus souvent imaginée par les travailleurs sociaux comme l'évolution du modèle de la PF, c'est-à-dire que les personnes auraient leur propre logement, évolueraient de façon relativement autonome, mais avec un accompagnement prenant en compte les spécificités de ce public, à l'image des habitats inclusifs qui se développent sur le territoire. Elle pourrait accueillir un public présentant une perte d'autonomie moindre que celle des personnes relevant de l'Ehpad, dans l'optique de ne pas rompre leur parcours de soins. Cependant, est souvent évoqué le besoin d'une équipe médicale présente en permanence pour intervenir en cas de difficultés auprès des personnes en perte d'autonomie.

Un résumé des préconisations à l'échelle de la région est présenté dans le Tableau 3. Si ce travail a permis de dégager des pistes d'action et préconisations à la fois internes aux structures d'hébergement/logement, mais également à une échelle régionale, la problématique du vieillissement prématuré est telle qu'elle doit également être pensée au niveau national.

Tableau 3 : Résumé des préconisations à l'échelle de la région Bretagne

Préconisations nécessaires :
• Mettre en place une « Mission Interface » • Former les équipes médico-sociales au rôle de « soignant-confident » • Faire une étude auprès du secteur du grand âge afin d'identifier les freins et les leviers à l'accueil et la prise en charge des personnes précaires vieillissantes
Préconisations nécessitant un travail de réflexion éthique et sociétale :
• Implanter des Ehpad spécialisés pour ces publics • Créer des structures intermédiaires

2.3.3 Préconisation à l'échelle nationale

Le manque de données précises sur les sans-domicile fixe reste une limite à l'accompagnement et au suivi efficace d'un parcours coordonné, bien que les besoins soient de plus en plus présents. Celui-ci ainsi que « la difficulté à identifier qui appartiendrait à la catégorie des personnes sans domicile âgées compliquent autant la définition de cette population que l'élaboration de concepts et de modes d'intervention adaptés » (Coulomb, 2021). C'est pour cela qu'il est nécessaire de dresser un portrait statistique de ce public afin de pouvoir élaborer des réponses adaptées répondant aux besoins de cette catégorie de la population, au niveau de la région, ainsi qu'au niveau national. Il faut noter que le public sans domicile fixe fait l'objet de peu d'étude statistique. La dernière en date a été menée par l'INSEE en 2012 (Yaouancq et al., 2013). Cependant une nouvelle étude « Enquête sans domicile 2024-2025 » est en cours de réalisation (INSEE, 2024). Une des thématiques de cette enquête porte sur la santé et l'accès aux soins des sans-domicile, ces données devront être analysées dans la perspective de créer des actions de prévention afin de lutter contre le vieillissement prématuré. Il existe les enquêtes ES DS menée par la Dress tous les quatre ans. Elles sont menées « auprès des centres d'hébergement (hébergement généraliste ou relevant du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés) et des établissements de logement adapté ». Elles dressent notamment le profil des personnes hébergées ou logées dans les structures. Au vu de l'importance grandissante de la problématique du vieillissement des personnes précaires, il serait intéressant d'y interroger cette variable. Cependant, un consensus sur les critères d'appartenance à la catégorie des personnes précaires vieillissant prématurément est à trouver préalablement.

Un long travail reste donc à fournir afin de pouvoir appréhender au mieux les besoins des personnes précaires vieillissantes, de coordonner leur parcours de vie, de santé et de soins, que ce

soit à l'échelle des départements, des régions et même au national. Ce travail démontre bien que la Bretagne est confrontée à cette thématique, qui appelle des actions concrètes sur son territoire, mais les recherches bibliographiques ainsi que la rencontre de différents acteurs⁴⁰ de la métropole française permettent de dire que la problématique n'est pas uniquement circonscrite à la région bretonne. Afin de faire bouger les lignes, il paraît indispensable de prendre en considération les recommandations suivantes :

« Un enjeu des recherches à venir consiste dès lors à étudier les modalités particulières du vieillir de personnes définies par la position qu'elles occupent dans les rapports sociaux de genre, de classe ou ethniques ou situées au croisement de plusieurs d'entre eux, comme y invite la perspective intersectionnelle. Cette orientation de la recherche apparaît prometteuse si elle parvient à éviter deux écueils : d'une part, ne pas revenir à une approche statique des vieillesse, en perdant de vue l'intérêt de l'étude dynamique de l'avancée en âge ; d'autre part, ne pas déboucher sur une vision trop éclatée des vieillissements, qui empêcherait d'en avoir une perception d'ensemble » (Caradec, 2022).

Un élargissement des représentations – ainsi que la considération des nouvelles connaissances produites à leur sujet - est nécessaire, concernant les normes afférentes à la définition de la vieillesse et du vieillissement. Tant que les spécificités du public précaire vieillissant de manière prématurée ne seront pas prises en compte et reconnues par les politiques publiques, aucune action concrète ne pourra voir le jour. Il est possible de dire que - à l'image du secteur du handicap – le sujet pourrait être davantage porté par les associations/fédérations sur le devant de la scène politique. Les initiatives de quelques territoires (Pays de la Loire, l'Isère), ainsi que le plaidoyer « Vieillissement et précarité » de la FAS et de la FEHAP semblent tendre dans ce sens.

Pour conclure, l'interrogation majeure – qui voit sa réponse tarder - sera celle du droit des personnes précaires vieillissantes. En effet, si la loi de 1998 (mentionnée en introduction) visait à faciliter l'accès au droit commun pour ce public, les constats effectués tout au long de ce travail montrent que celui-ci n'est ni effectif, ni réalisé dans une majorité des cas. De plus, il semble opportun de rappeler la notion de parcours de vie posée dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016⁴¹. Elle suppose une prise en charge globale, structurée, continue des usagers, au plus près de chez eux. Le parcours de vie englobe les différents parcours de santé et de soins rencontrés par la personne, envisage celle-ci dans son environnement économique et social, en prenant en compte sa santé, mais aussi son parcours social, médico-social, son éducation, son emploi.

⁴⁰ Les différentes FAS régionales, l'Ehpad de La Rochelle, Mission interface Nantes

⁴¹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Il suppose une continuité et une coordination des services entre les différents professionnels de santé, tout en prenant en compte les aspects sociaux et environnementaux qui influencent la santé de la personne. Cependant, cette conception du parcours de vie montre ses limites face aux personnes précaires en situation de vieillissement précoce. En effet, comme évoqué auparavant, le passage par les différentes structures de l'AHIL, peu adaptées à aux réalités des personnes précaires vieillissantes, ne permet pas un parcours de vie facilité, ni, de fait, un parcours de santé et de soins efficaces. Les parcours standardisés n'intègrent pas suffisamment les spécificités des personnes en situation de précarité, notamment celles confrontées à un vieillissement précoce, créant ainsi des inégalités majeures dans l'accès à une prise en charge adaptée. Si la discrimination positive est aujourd'hui en œuvre dans de nombreux domaines, il serait intéressant de questionner la loi du 29 juillet 1998, qui, pour rappel, se positionne contre la mise en place d'un droit pour les pauvres et en faveur de l'accès aux droits fondamentaux pour tous, afin de lutter contre les exclusions (Rayssiguier & Huteau, 2018a). En effet, la création alors d'un « droit des pauvres », en lieu et place du droit commun, et à destination spécifiquement des personnes précaires vieillissantes, pourrait être pertinente, car elle faciliterait l'adaptation et l'accompagnement de ces personnes aux besoins spécifiques.

Même si des initiatives locales émergent, et que les actes de déconcentration/décentralisation donnent certaines prérogatives aux régions et départements, les financements et les grandes décisions restent à la charge de l'État. Du fait de changements sociétaux engendrant des parcours de vie différenciés, certains auteurs remettent en cause la pertinence de la « police des âges » et de l'institutionnalisation des parcours de vie qu'elle « impose ». C'est notamment le cas de Anne-Marie Guillemard, qui grâce à ses travaux comparatifs aux seins de plusieurs pays comme le Japon, la Suède et la France explique que la pertinence de l'âge, et par conséquent, la création de catégories de populations dans l'action publique sont à questionner (Guillemard, 2022). Les problématiques soulevées dans ce travail montrent cette nécessité, puisque le fait de considérer les personnes dites âgées comme un groupe homogène avec pour critère d'entrée un âge fixe (soixante ans) a pour conséquence l'exclusion de personnes présentant un vieillissement prématuré. Dans les autres pays, Anne-Marie Guillemard montre que l'autonomie y est envisagée au travers de paniers de biens et services visant à répondre aux besoins des personnes pour maintenir et rétablir leur autonomie. Pour ce faire, aucune condition d'âge n'est mise en place comme seuil d'éligibilité. Elle décrit alors ces politiques comme finalistes – accessible à tous - et non causalistes, telles qu'elles sont pensées en France (Guillemard, 2022). Réformer cette « police des âges », en supprimant l'âge barrières des soixante ans dans les politiques publiques peut être perçu comme un moyen d'éviter une forme de « dépendance au sentier », et ainsi permettre de sortir de ce processus d'auto-renforcement du choix initial fixant l'âge d'accès aux politiques de vieillesse à soixante ans, qui ne permet pas, dans les faits, de répondre aux besoins de tous (Le Bihan, 2023).

Pour finir, une réflexion sur la grille Aggir doit être menée puisqu'elle ne permet pas de bien considérer les spécificités du vieillissement prématuré ou non des personnes précaires (voir 2.1.4). Cet outil d'évaluation de la perte d'autonomie n'aide pas à la bonne visualisation des enjeux que revêt le vieillissement prématuré du public de ce travail.

Ainsi ce travail a permis de dégager sept préconisations majeures, à l'échelle nationale résumées dans le Tableau 4.

Tableau 4: Résumé des préconisations à l'échelle nationale

Préconisations nécessaires :
• Définir une notion commune du vieillissement prématuré des publics précaires • Créer une catégorie des personnes précaires vieillissant prématurément dans les études ES DS • Analyser une partie des données statistiques de l'enquête sans domicile 2024-2025 (INSEE) sous le prisme du vieillissement prématuré • Mettre en place des politiques de prévention du vieillissement prématuré • Revoir la grille Aggir
Préconisations nécessitant un travail de réflexion éthique et sociétale :
• Supprimer la « barrière des âges » dans les politiques publiques • Instaurer un « droit des pauvres »

Conclusion

Ce travail aborde la problématique du vieillissement prématuré du public sans domicile fixe – hébergé et logé - dans les structures de l’AHIL de Bretagne. Il a pour objectif d’éclairer la complexité de la prise en charge de ce public, ainsi que la mise en place d’un parcours de soins coordonné répondant à leurs besoins. Empruntant sa méthodologie aux disciplines de la sociologie, ce travail a montré que tant les structures de l’AHIL que celles des secteurs de la gérontologie et du handicap, ne sont pas pensées pour l’accompagnement du public de cette étude. Cela est finalement révélateur d’un impensé des politiques publiques, plaçant alors les personnes concernées dans un angle mort de ces dernières. Cependant, il est important de rappeler qu’ici un seul angle d’entrée de la thématique est traité, celui des dispositifs relevant de l’AHIL, alors qu’elle en comporte plusieurs : les secteurs du handicap, de la gérontologie et du sanitaire, les services déconcentrés de l’Etat, etc.

Il est possible de spéculer que les difficultés concernant cette thématique vont continuer à prendre de l’ampleur, puisqu’elle n’est, en premier lieu, pas uniquement spécifique à la région bretonne ; que la crise du logement va surement faire augmenter le nombre de sans-domicile fixe ; et que, même si leur espérance de vie reste significativement inférieure à celle de la population générale, elle continue néanmoins d’augmenter. Il apparaît alors plus que nécessaire de rendre visible sur la scène médiatique cette partie de la population afin que ces « *incasables* » puissent enfin avoir pleinement accès à leurs droits fondamentaux, et ainsi, aux dispositifs de droit commun.

S’il a simplement été fait mention, dans ce travail, de la présence de décès au sein des structures de l’AHIL, c’est une thématique sur laquelle il est indispensable de se pencher. Il apparaît pertinent d’initier une discussion entre les personnes accompagnées et les professionnels du secteur du social sur leur projet de fin de vie. Même si ces décès ne sont pas tous liés au vieillissement prématuré, il est indéniable que certains en sont la conséquence. Cela rend d’autant plus nécessaire la mise en place de solutions pérennes pour ce public, afin qu’il puisse finir sa vie et mourir dignement.

Bibliographie

Articles de revues :

Bernonville, D. D. (1911). *La Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables : Ses premiers résultats.*

Coldefy, M., & Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : Une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 237. <https://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>

Cottin-Marx, S., Hély, M., Jeannot, G., & Simonet, M. (2018). La recomposition des relations entre l'État et les associations : Désengagements et réengagements: *Revue française d'administration publique*, N° 163(3), 463-476. <https://doi.org/10.3917/rfap.163.0463>

Coulomb, L. (2021). Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux. *Retraite et société*, 85(1), 61-81. <https://doi.org/10.3917/rs1.085.0062>

Devaux, C. (2020). Les inégalités départementales d'accès à l'offre en résidences autonomie. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 181-216. <https://doi.org/10.3917/gsl.162.0181>

Direction générale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne. (2019). *Les pensions de famille bretonnes : Des petites structures pour accueillir des adultes isolés. L'info statistique.* https://bretagne.dreets.gouv.fr/sites/bretagne.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/infostat_24_4c48.pdf

Dobovetzky, C. (2020). Vieillesse et précarité : Des inégalités au regard des représentations. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 71-82. <https://doi.org/10.3917/gsl.162.0071>

Eideliman, J.-S., & Brunel, M. (2022). *La sociabilité et l'isolement social des seniors*. 98.

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, 6(5), 139-157. <https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>

- Fauquette, A., & Pierru, F. (2020). Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique. *Savoir/Agir*, 52(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/sava.052.0011>
- Fontaine, R., & Pennec, S. (2020). Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2), 19-36. <https://doi.org/10.3917/gsl.162.0019>
- Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R., & Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : Comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management & Avenir*, 26(6), 205-218. <https://doi.org/10.3917/mav.026.0205>
- Grand, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : Cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, 15(3), 13-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0013>
- Guillemard, A.-M. (2022). La catégorie d'âge n'est plus une catégorie pertinente de l'action publique. *Revue française des affaires sociales*, 3, 147-163. <https://doi.org/10.3917/rfas.223.0147>
- Le Bihan-Youinou, B. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? *Informations sociales*, 157(1), 124-133. <https://doi.org/10.3917/inso.157.0124>
- Rouay-Lambert, S. (2006). La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite. *Les Annales de la recherche urbaine*, 100(1), 136-143. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>
- Saray-Delabar, V. (2022). Les habitants non autonomes de la résidence autonomie, révélateurs des contradictions du modèle. *Revue française des affaires sociales*, 3, 109-127. <https://doi.org/10.3917/rfas.223.0109>
- Soudani, M. L. N., Miot, C., & Le Noc Soudani, M. (2020). Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue. *Revue de gériatrie (la)*, vol. 45, n° 5, pp.304-307.

Décrets-lois-circulaires :

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002-2 (2002).

Ministère de la Transition écologique. (2014). *Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais*. <https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/circulaire-dgas-sda-no-2002-595-du-10-decembre-a1410.html>

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. (2003). *Instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais*. <https://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/documents/Bulletinofficiel-0012900/A0060064.pdf;jsessionid=576E2A41A29080992EDEB01E4D268739>

Dictionnaire :

Larousse. (2024). *Nursing*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nursing/55293#:~:text=Ensemble%20des%20soins%20d'hygi%C3%A8ne,aide%20soignante%20aux%20personnes%20d%C3%A9pendantes>.

Documents :

AFS. (2024). *Vieillesse des personnes âgées marginalisées et réactions sociales*. <https://afs-socio.fr/vieillesse-des-personnes-agees-marginalisees-et-reactions-sociales/>

Association Escale. (2023). *Projet Associatif, 2023-2028 : Agir au quotidien*. <https://association-escape.fr/wp-content/uploads/2023/10/PROJET-ASSOCIATIF-association-escape.pdf>

DREETS. (2023). *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Appel à projets 2023 : Cahier des charges*. https://bretagne.dreets.gouv.fr/sites/bretagne.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_ap_sp_2023_20230428_vf.pdf

- FAS & FEHAP. (2022). *Plaidoyer : Vieillesse et précarité*.
<https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/12/PlaidoyerVF.pdf>
- Fas Ile de France. (2017). *Précarité et vieillissement : Relevons le défi d'un accueil et d'un accompagnement dignes !* <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2021/01/Actes-journee-vieillesse-precarite-FAS-IdF-14-decembre-2017.pdf>
- HAS. (2018). *La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : La place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/la_coordination_des_parcours_des_personnes_confrontees_a_des_difficultes_specifiques_la_place_des_lhss-des_lam_et_des_act-n.pdf
- Maison Veille Sociale 44. (2011). *L'accueil en établissement personnes âgées*.
- Maulini, O. (2010). *Travail, travail prescrit, travail réel*. <file:///C:/Users/DELL/Downloads/publ-1101.pdf>
- Ministère chargé du logement & Cerema. (2021a). *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/03_fiche_pratique_les-centres-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-_chrs__mai_2021_cle2bb6b1.pdf
- Ministère chargé du logement & Cerema. (2021b). *Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). L'orientation des personnes sans domicile et le dispositif de veille sociale*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/10_fiche_pratique-le_service_integre_d_accueil_et_d_orientation__siao_-mai_2021_cle07a272.pdf
- Ministère chargé du logement & Cerema. (2021c). *Les appartements de coordination thérapeutique (ACT). Le dispositif « Un chez-soi d'abord »*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/07_fiche_pratique_un_chez-soi_d_abord-mai_2021_cle1ba852.pdf

Ministère Chargé du Logement & Cerema. (2021). *Lit halte soins santé (LHSS)*.
https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/15_fiche_pratique-les_lits_halte_soins_sante__lhss_-mai_2021_cle787939.pdf

Ministère chargé du logement & Cerema. (2021d). *Lits d'accueil médicalisé (LAM)*.
https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/14_fiche_pratique-les_lits_d_accueil_medicalises__lam_-mai_2021_cle0191a1.pdf

Ministère chargé du logement & Cerema. (2021e). *Pension de famille*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/05_fiche_pratique_les-pensions-de-famille___pf_-mai_2021_cle191dab.pdf

Etudes et Rapports :

ANCREAI. (2018). *Vieillesse des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?* <https://www.creai-bretagne.org/wp-content/uploads/2022/01/SYNTHESE-Recherche-PHV-2018-1.pdf>

ARS Bretagne. (2019). *Entrée précoce en EHPAD : 5 % des résidents entrent avant 70 ans*. (12; Focus de l'ARS Bretagne). <https://www.bretagne.ars.sante.fr/entree-precoce-en-ehpad-5-des-residents-entrent-avant-70-ans>

Collectif des morts de la rue. (2023). *Mortalité des personnes sans domicile 2022 : Dénombrer et décrire* (11ème rapport annuel). https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2023/10/Rapport_CMDR_2022.pdf

DIHAL. (2015). *Les pensions de famille et résidences accueil : Du modèle aux réalités d'aujourd'hui*.
https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2015_12_pensions-de-famille-ecran.pdf

FAS Auvergne Rhône-Alpes, & Plateforme VIP. (2021). *Rapport vieillissement et précarité*. <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-vieillesse-et-precarite2.pdf>

Fondation Abbé Pierre. (2023). *L'état du mal logement en France, 2023* (Annuel 28).
https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023_WEB_DEF.pdf

Haut-Commissariat au Plan. (2023). *Vieillesse de la société française : Réalité et conséquences* (13; Ouverture). https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2023/09/hcp_vieillesse_de_la_societe_francaise_-_realite_et_consequences.pdf

HCSP. (2013). Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>

Mendras, P. (2023). *Perte d'autonomie des personnes âgées : Quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire?* (96; Note IPP). <https://shs.hal.science/halshs-04439144>

Piveteau, D., Acef, S., Debrabant, F.-X., Jaffre, D., & Perrin, A. (2014). *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (6). Conseil économique et social. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Regnier, V., Legleye, S., & Quaglia, M. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales* (1455; INSEE Première). INSEE.

Manuels et cours :

Carmona, E., & Raimondeau, J. (2020). *Histoires de la santé publique*. In *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP.

Le Bihan, B. (2023). *Politiques sociales et de santé, séquence 3 : Quelle(s) intervention(s) territoriale(s) ?*

Raimondeau, J. (2020). Déterminants de la santé. In *Manuel de Santé Publique* (Presses de l'EHESP, p. 68).

Rayssiguier, Y. R., & Huteau, G. (2018a). Les politiques de cohésion sociale. In *Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir* (Presses de l'EHESP, p. 135-336).

Rayssiguier, Y. R., & Huteau, G. (2018b). Les politiques sociales catégorielles. In *Politiques sociales et de santé : Comprendre pour agir* (Presses de l'EHESP, p. 117).

Mémoire :

Ged Lafon. (2016). *Les pensions de famille à l'épreuve de la santé et du vieillissement de leurs résidents : Constats et perspectives d'évolution en Bretagne*.
<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/iass/lafon.pdf>

Ouvrages et chapitres d'ouvrages :

Ameline, S., & Levannier, M. (2021). L'autonomie. In *DEAS* (p. 21-23). Vuibert.
<https://www.cairn.info/deas--9782311660791-p-21.htm>

Bercé, Y.-M. (1992). Espérances et croyances. In *La naissance dramatique de l'absolutisme (1598-1661)* (Vol. 3).

Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement* (Les éditions de minuit).
http://www.leseditionsdeminuit.fr/livre-La_Distinction-1954-1-1-0-1.html

Bruneteaux, P., & Lanzarini, C. (1998). Les entretiens informels. *Sociétés contemporaines*, 30(1), 157-180. <https://doi.org/10.3406/socco.1998.1853>

Caradec, V. (2022). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* (4^e éd., Vol. 154). Armand Colin.
<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2008-4-page-79.htm>

- Dobrovetsky, C. (2022). Quand le vieillissement vient questionner la place des résidents en pension de famille. In *La politique du Logement d'abord en pratique* (p. 170-176). Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.chamb.2022.01.0171>
- Giraud, O., & Le Bihan-Youinou, B. (2022). Les politiques de l'autonomie : Vieillesse de la population, handicap et investissement des proches aidants. In *Politiques sociales : L'état des savoirs* (p. 115-133). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.girau.2022.01.0115>
- Goffmann, E. (1979). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (Les Editions de minuit).
- Grignon, C., & Passeron, J.-C. (1989). *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature* (Editions du Seuil).
- Gueslin, A. (2013). *D'ailleurs et de nulle part : Mendians, vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Age*. Fayard.
- Haudebourg, G. (1998). Les bureaux de bienfaisance. In *Mendians et vagabonds en Bretagne au XIXe siècle* (p. 145-188). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.17741>
- Jaeger, M. (2012). Introduction. In *L'articulation du sanitaire et du social* (p. 1-8). Dunod. <https://www.cairn.info/l-articulation-du-sanitaire-et-du-social--9782100576579-p-1.htm>
- Marin, I. (2023). Qu'est-ce qu'un LAM ? In *Les SDF se cachent-ils pour mourir ?* (p. 13-29). Érès. <https://www.cairn.info/les-sdf-se-cachent-ils-pour-mourir--9782749278339-p-13.htm>
- Mauger, G. (1991). Enquêter en milieu populaire. *Genèses*, 6(1), 125-143. <https://doi.org/10.3406/genes.1991.1096>
- Paugam, S. (2009). Chapitre 1. Fragilité et apprentissage de la disqualification sociale. In *La disqualification sociale* (p. 53-82). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-disqualification-sociale--9782130569671-p-53.htm>
- Ramos, E. (2015). Analyser les entretiens : L'analyse thématique. In *L'entretien compréhensif en sociologie* (p. 96-111). Armand Colin. <https://shs-cairn-info.ehesp.idm.oclc.org/l-entretien-comprehensif-en-sociologie--9782200601157-page-93?lang=fr>

Zaouche-Gaudron, C., & Sanchou, P. (2005). Introduction. *Empan*, 60(4), 10-13.
<https://doi.org/10.3917/empa.060.0010>

Présentation :

De Wever, E., Quaglino, V., Czternasty, G., Valot, L., Lecercle, C., & Vandromme, L. (2014). *Les effets de l'alcoolisme sur le vieillissement des fonctions cognitives*.
https://www.researchgate.net/profile/Veronique-Quaglino/publication/255990127_De_Wever_E_Quaglino_V_Czternasty_G_Valot_L_Lecercle_C_Vandromme_L_2011_Les_effets_de_l'alcoolisme_sur_le_vieillissement_des_fonctions_cognitives_Communication_Orale_Congres_de_la_Societe_Francaise_de_Links/0c960535a9f8d88437000000/De-Wever-E-Quaglino-V-Czternasty-G-Valot-L-Lecercle-C-Vandromme-L-2011-Les-effets-de-l'alcoolisme-sur-le-vieillissement-des-fonctions-cognitives-Communication-Orale-Congres-de-la-Societe.pdf

EHESP, CUDEP, & Université de Rennes. (2023). *19ème colloque national de démographie : Handicaps et autonomies*.

Sitographie :

Archives Départementales de la Haute-Loire. (2014). *Bureaux de bienfaisance et d'assistance*. FranceArchives.

<https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/701e87a9264fdb61a2ff556359388b0119e29e1e>

Cap retraite. (2024). *Obtenir une dérogation en EHPAD pour les moins de 60 ans*.
<https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/comment-obtenir-une-derogation-pour-ladmission-en-ehpad-dun-resident-de-moins-de-60-ans/>

CNSA. (2022a). *Présentation et missions de la CNSA*. <https://www.cnsa.fr/la-cnsa/la-cnsa-branche-autonomie-de-la-securite-sociale/presentation-et-missions-de-la-cnsa>

- CNSA. (2022b). *Un tiers-lieu en établissement*. <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/lieux-et-cadre-de-vie/tiers-lieux>
- CNSA. (2024). *En 2023, le prix de l'hébergement en EHPAD augmente en moyenne de 4,4 %*. <https://www.cnsa.fr/actualites/en-2023-le-prix-de-lhebergement-en-ehpad-augmente-en-moyenne-de-44>
- Dobovetzky, C., Gay, C., & Bruneau, P. (2023). *Plateforme ViP*. <https://plateforme-vip.org/>
- FHF. (2024). *Les défis de la politique domiciliaire : Rapport de l'IGAS*. <https://www.fhf.fr/expertises/autonomie/ressources/les-defis-de-la-politique-domiciliaire-rapport-de-ligas>
- France Alzheimer et maladies apparentées. (2020). *Les démences alcooliques*. France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-maladies-apparentees/les-demences-alcooliques/>
- France Assos Santé. (2022). *Korsakoff : Un syndrome méconnu lié à l'alcoolodépendance*. France Assos Santé. <https://www.france-assos-sante.org/2022/01/28/korsakoff-un-syndrome-meconnu-lie-a-lalcoolodependance/>
- INSEE. (2024). *Enquête Sans Domicile. Etude auprès des personnes fréquentant des services d'aide*. <https://www.insee.fr/fr/information/7634303>
- Institut national du cancer. (2022). *Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) : Les points clés*. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/Les-points-cles>
- MILDECA. (2016). *La réduction des risques associés à la consommation d'alcool—Principes de l'intervention*. <https://www.drogues.gouv.fr/la-reduction-des-risques-associes-la-consommation-dalcool-principes-de-lintervention>
- Ministère du travail de la santé et des solidarités. (2023). *Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>

- O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2022). *Korsakoff, psychose*. Manuels MSD pour le grand public.
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/searchresults>
- République Française. (2020). *Résidence autonomie et résidence services : Quelle différence ?*
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/undefinedchanger-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/residence-autonomie-et-residence-services-quelle-difference>
- République Française. (2024, juin 26). *Les résidences autonomie, pour qui ?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/undefinedchanger-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-autonomie-pour-qui>
- Santé publique France. (2019). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?*
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
- Service Public. (2024a). *Aide sociale à l'hébergement (ASH) d'une personne âgée*.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>
- Service Public. (2024b). *Handicap : Foyer de vie (ou foyer de vie occupationnel)*.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2005>
- Service Public. (2024c). *Prestation de compensation du handicap (PCH)*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
- Service public de l'autonomie. (2016). *La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*.
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/undefinedactualites/la-loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
- Service public de l'autonomie. (2024, mai 22). *Aides et prestations pour les personnes handicapées vieillissantes*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/undefinedaides-et-prestations-pour-les-personnes-handicapees-vieillissantes>

Vie publique. (2021b). *Ordonnance 1er décembre 2021 création cinquième branche Sécu Autonomie*.

<https://www.vie-publique.fr/loi/282701-ordonnance-1er-decembre-2021-creation-cinquieme-branche-secu-autonomie>

Vie publique. (2021c). *Qu'est-ce qu'une personne dépendante ? Perte d'autonomie* | vie-publique.fr.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/262489-quest-ce-quune-personne-dependante-perte-dautonomie>

Vie publique. (2024a). *Loi du 8 avril 2024 Bien vieillir grand âge et autonomie*. [https://www.vie-](https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad)

[publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad](https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad)

Vie publique. (2024b). *Qu'est-ce que la protection sociale ?* [https://www.vie-](https://www.vie-publique.fr/fiches/24109-quest-ce-que-la-protection-sociale)

[publique.fr/fiches/24109-quest-ce-que-la-protection-sociale](https://www.vie-publique.fr/fiches/24109-quest-ce-que-la-protection-sociale)

Vie publique. (2021a). *Inégalités sociales de santé*. [https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-](https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante)

[inegalites-sociales-de-sante](https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante)

Liste des annexes

Annexe I : Tableau des entretiens réalisés	II
Annexe II : Guide d'entretien semi-directif pour les professionnels des structures de l'AHIL	V
Annexe III : Guide d'entretien semi-directif pour les résidentes de PF	VI
Annexe IV : Fiche explicative des ACT	VII
Annexe V : Fiche explicative des CHRS	IX
Annexe VI : Fiche explicative des CHU	XI
Annexe VII : Fiche explicative des LAM	XII
Annexe VIII : Fiche explicative des LHSS	XIII
Annexe IX : Fiche explicative des PF	XIV
Annexe X : Fiche explicative des SIAO	XVI
Annexe XI : Document portant sur la formation "Accompagner les personnes vieillissantes en situation de précarité" de la FAS Ile de France	XVIII

Annexe I : Tableau des entretiens réalisés

Date	Modalité	Association	Structure / Évènement	Fonction	Durée de l'échange	Mobilisé dans ce mémoire
17/10/23	Présentiel		5 ^{ème} conférence régionale des acteurs de la stratégie de lutte contre la pauvreté			
14/11/2023	Présentiel	Association A	Point santé	IDE	1h	
23/11/2023	Présentiel	Association 4	PF	Coordinatrice PF	2h	
29/11/2023	Distanciel - visioconférence	Association M		Cheffe de service pôle précarité – service santé	54 min	
30/11/2023	Présentiel		GT vieillesse	2 TS Association 2 1 TS Association 3	2h15	
11/12/2023	Distanciel - Téléphone	Association D	Point H	Psychologue clinicienne	40 min	
12/12/2023	Présentiel	FAS PDL	Journée régionale : vieillesse et précarité			☒

Immersion 1						
18/12/2023	Présentiel	Association 1		Cheffe de service CHRS – ADN	1h13	☑
19/12/2023			LHSS	AES	1h55	
21/12/2023			CHRS	TISF	30 min	☑
				IDE	1h10	☑
			Résidence accueil	Monitrice d’atelier	1h09	
17/06/2024			PF	Assistance sociale	1h37	☑
Immersion 2						
09/01/2024	Présentiel	Association 2	CHRS	Educatrice spécialisée	1h03	
10/01/2024			Maison relais	Responsable maison relais	1h37	☑
12/01/2024			CHRS	IDE	1h43	
Immersion 3						
13/02/2024	Présentiel	Association 3	PF	Educatrice spécialisée	1h10	☑
14/02/2024				Directrice adjointe	1h32	☑
15/02/2024			Café discussion	6 personnes accompagnées	Environ 1h	☑
Immersion 4						
14/03/2024	Présentiel	Association 4	Café discussion	9 personnes accompagnées	Environ 1h	☑
15/03/2024			PF	Monitrice éducatrice -	1h08	☑
				Résidente 1	38 min	☑

				Résidente 2	1h14	☒
Immersion 5						
02/04/2024	Présentiel	Association 5	Maison relais	Référente maison relais	1h10	
			LHSS	Educatrice spécialisée	58 min	
03/04/2024			Résidence autonomie	Référente sociale RA	1h33	☒
04/04/2024			CHRS	IDE	1h37	
			LHSS	IDE	58 min	
24/04/2024			RA	Café discussion : 7 résidents	Environ 1h	☒
Association 6						
15/05/2024	Présentiel	Association 6	PF	TISF	1h04	☒

Annexe II : Guide d'entretien semi-directif pour les professionnels des structures de l'AHIL

❖ Présentation :

Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ? (Nom, prénom)

Quelle est votre fonction ?

Quelles sont les missions afférentes à votre poste ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans [dire nom de la structure] ?

❖ Présentation de la structure enquêtée :

Quelles sont les missions/objectifs de [dire nom de la structure] ?

Quelles sont les conditions pour être pris en charge par la structure ?

Combien de personnes sont accompagnées sur la structure ?

Est-ce que le public accueilli est mixte ?

❖ Le vieillissement (prématuré) dans les structures :

Qu'est-ce que le vieillissement pour vous ?

Est-ce que la notion de vieillissement prématuré vous parle ? Pouvez-vous me l'expliquer ?

Y a-t-il des personnes vieillissantes dans la structure ?

Vous est-il déjà arrivé d'accompagner une personne vieillissante ?

Quelles difficultés liées au vieillissement rencontrez-vous dans votre travail/structure ? (Missions, bâti, orientation)

Quand est-ce que l'équipe juge-t-elle que l'accompagnement dispensé par la structure n'est plus suffisant/adapté ?

❖ Les orientations post-structure :

Vers quelles structures faites-vous des demandes d'orientation pour les personnes vieillissantes ?

Rencontrez-vous des difficultés pour orienter les personnes vieillissantes ? Si oui lesquelles ? Si non comment l'expliquez-vous ?

Vous êtes-vous déjà retrouvé sans solution d'orientation ? Si oui, que se passe-t-il ?

Pensez-vous que les pensions de famille peuvent-être une bonne solution d'orientation pour les personnes vieillissantes dépendantes ?

❖ Besoins/ améliorations à apporter selon les professionnels :

Selon-vous que faudrait-il mettre en place pour accompagner au mieux les personnes vieillissantes présentes dans les structures du social ? (Dans les structures, hors les structures)

Souhaitez-vous parler/ apporter des précisions sur la thématique du vieillissement ?

Annexe III : Guide d'entretien semi-directif pour les résidentes de PF

❖ Présentation :

Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ? (Nom, prénom, âge)

Est-ce que vous acceptez de me parler de votre parcours de vie ? Comment êtes-vous arrivés dans cette structure ? Êtes-vous allée sur d'autres structures avant la PF ?

Êtes-vous en contact avec votre famille ? Si oui, vit-elle loin ?

❖ La vie en PF :

C'est comment de vivre en PF ?

Est-ce que vous y aimez ?

Est-ce que vous vous entendez bien avec les autres résidents ?

Quelles activités faites-vous pendant la semaine ?

❖ Le vieillissement :

Qu'est-ce que le vieillissement pour vous ? C'est quoi être vieux pour vous ?

Est-ce que vous vous sentez vieilles ? Avez-vous peur de vieillir ?

Selon-vous certaines personnes vieillissent à un âge plus jeune que d'autres personnes ?

Selon-vous la pension de famille est adaptée à l'accueil de personnes vieillissantes en perte d'autonomie ? (Si oui précisez, si non précisez)

❖ Souhaits de la résidente :

Où souhaitez-vous vieillir ?

Faut-il améliorer certaines choses concernant l'accompagnement des personnes vieillissantes en perte d'autonomie ? (Dans les structures de l'AHIL, dans les PF)

Souhaitez-vous parler/ apporter des précisions sur la thématique du vieillissement ?

(Laisser parler la résidente et rebondir sur ses propos afin de pouvoir orienter l'entretien et ainsi élaborer des questions plus personnelles).

Annexe IV : Fiche explicative des ACT



Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) Le dispositif "Un chez-soi d'abord"

Définition/ missions	Il existe deux formes d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) : → Les ACT comportant un hébergement : Les ACT sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale. → Les ACT « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné : Depuis le décret du 28 décembre 2016, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » a été pérennisée. Une nouvelle forme d'appartement de coordination thérapeutique a été créée, définie par un accès à un logement en diffus dans la cité. Dans ce cadre, ces ACT doivent être exclusivement dédiés à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteinte d'une ou de plusieurs pathologies mentales sévères. Pour ces personnes, les ACT ont pour principaux objectifs : - l'accès sans délai à un logement en location ou en sous-location, et s'y maintenir ; - de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale. L'accès n'est pas conditionné à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives ou à la prise de traitement dans le cadre de la pathologie mentale.	
Statut et agrément	Établissement social et socio-médical	
Public accueilli	Les ACT comportant un hébergement sont destinés à des personnes atteintes de maladies chroniques en situation de fragilité psychologique et /ou sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT comportant un logement accompagné doivent avoir pour cible exclusive des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères.	
Durée de séjour	En hébergement, les ACT sont temporaires. La durée de séjour est définie entre la structure et la personne hébergée sur la base d'un projet individuel. La durée moyenne d'hébergement est de 18 à 24 mois. Les ACT « Un chez-soi d'abord » offrent un logement pérenne. L'accompagnement n'a pas de durée à priori.	
Forme d'habitat	Les ACT comportant un hébergement peuvent être en structures collectives, en logement individuel voire en co-location. Les ACT comportant un logement accompagné sont exclusivement en logement autonome diffus et répondant au choix de la personne.	
Mode de fonctionnement	Les ACT s'appuient sur une double coordination : - médicale devant permettre l'accès aux soins, l'observance des traitements, ... - sociale visant à faciliter l'insertion : ouverture de droits sociaux, recherche d'un logement et aide au retour à l'emploi dès lors que cela est possible... Les ACT « Un chez-soi d'abord » visent le rétablissement en santé mentale, l'insertion sociale et la citoyenneté. Les deux dispositifs reposent sur des équipes pluridisciplinaires : Les ACT comportant un hébergement sont composées d'une équipe médicale (qui ne peut être le médecin traitant) et d'une équipe psycho-socio-éducative. Le personnel des ACT « Un chez-soi d'abord » doit au moins être composé de: un directeur, un médecin psychiatre, un médecin généraliste, un cadre coordinateur d'équipe, un intervenant en addictologie, un infirmier, un travailleur social, un médiateur de santé pair et une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative. Le médecin généraliste de l'équipe peut être le médecin traitant de la personne si nécessaire	
Orientation	ACT en hébergement : - les services sociaux hospitaliers et autres (équipe de liaison et de soins en addictologie, service de médecine, Hospitalisation à Domicile) - les établissements ou services médicaux sociaux (Handicap, Lits Halte Soins Santé, Lits d'Accueils Médicalisés, autres ACT, structures d'addictologie). - les structures d'hébergement (CHRS, CADA...)	ACT en logement accompagné : Plusieurs acteurs peuvent orienter le public : - une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou d'une permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisées en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique;

	- les services sociaux municipaux ou départementaux - les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) et Unité de Consultations et de Soins A pour les personnes placées sous main de justice ou sortants de détention - les associations d'aide aux malades - A l'initiative de la personne, des proches ou du médecin traitant, organisme de tutelle...	- un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique; - un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue ou d'une structure participant au dispositif de veille sociale prévu à l'article L. 345-2, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.
Admission	La décision d'admission est établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne qui tient compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement. L'admission est prise par le responsable de l'ACT.	Une commission d'admission composée de : un représentant de chacune des structures adhérentes et conventionnées avec le GCSMS, un représentant du SIAO. La décision d'accueillir la personne déclarée admissible par la commission est confirmée par le directeur de l'organisme gestionnaire. Les personnes sont accompagnées dans le cadre d'une location directe ou d'une sous-location (dans le parc social ou privé). Elles signeront un contrat individuel de prise en charge et un contrat de location ou sous-location. L'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel (et vice et versa). En cas d'arrêt de l'accompagnement, la personne conserve pendant 6 mois le droit d'être réintégrée à sa demande sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge.
Mode de gestion	Les ACT avec hébergement sont gérés des établissements médico-sociaux (L.312-9 du code de l'action sociale et familiale) soumis au régime d'autorisation prévu par les dispositions des articles L.313-1 et L.319-9 du code de l'action sociale et familiale. Les projets de création, de transformation, d'extension et de contrôle relèvent de la compétence de l'Agence Régionale de Santé. Les ACT comportant un logement accompagné doivent être portés exclusivement par un groupement (Groupement de Coopération Social et Médico-Social ou Groupement de Coordination Sociale) formé à minima par un établissement de santé dispensant des soins psychiatriques, une association d'insertion par le logement agréé pour l'ingénierie financière, sociale et technique et l'intermédiation locative et un CSAPA. Pendant les trois premières années de fonctionnement, cette structure devra uniquement assurer la gestion de l'ACT « un chez soi d'abord ». A côté de cela, le groupement doit conventionner avec un hôpital disposant d'une PASS, une association de lutte contre les exclusions et des associations représentant les usagers en santé mentale et les personnes sans domicile. Ils sont soumis au régime d'autorisation prévu par les dispositions des articles L.313-1 et L.319-9 du code de l'action sociale et familiale sur leur volet accompagnement et à un régime d'agrément sur le volet de l'intermédiation locative (BOP 177 / DRJSCS – DDCS).	
Financement et loyer	50 % État, les autres financements étant assurés par les caisses de sécurité sociale et les collectivités territoriales locales Les ACT comportant un logement accompagné sont financés par l'assurance maladie sur le volet accompagnement et par l'Etat sur le volet logement de façon paritaire.	
Solvabilisation des personnes	En ACT avec hébergement, les personnes peuvent verser un forfait journalier dont le montant ne peut excéder 10 % du forfait hospitalier de droit commun. Pour les ACT comportant un logement accompagné, le budget logement est assuré par l'État, le budget médico-social est assuré par l'ONDAM spécifique. Des cofinancements peuvent être recherchés. Aucun forfait n'est demandé à la personne. La personne s'engage néanmoins à payer le résiduel de son loyer.	
Références législatives et réglementaires	Circulaire DGS/DGAS/DSS n°2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT) - Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique - Articles D 312-154-1 et suivants du CASF - Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 donnant un cadre pérenne au dispositif d'appartements de coordination thérapeutique "Un chez-soi d'abord" expérimenté depuis 2011 dans quatre agglomérations (Lille, Marseille, Toulouse et Paris)	
Nombre de places	Chaque dispositif ACT « Un chez soi d'abord » comporte environ 100 places (entre 90 et 105) qui ne peuvent être sécables sur le territoire.	
Perspectives et motifs d'évolution	La montée en puissance du dispositif « Un chez soi d'abord » se fera sur cinq ans (de 2018 à 2022). Au total 20 dispositifs auront été créés d'ici à 2022 soit 2000 places. L'évaluation nationale pilotée par la DIHAL en lien avec les administrations centrales concernées se poursuit.	

Annexe V : Fiche explicative des CHRS



Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Définition / missions	Etablissement comprenant ou non un hébergement, chargé d'accompagner, au titre de l'aide sociale, des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou recouvrer leur autonomie personnelle ou sociale, notamment en milieu ordinaire ou adapté (logement, emploi...). Certains comprennent également des capacités d'hébergement d'urgence, et d'autres activités (atelier d'adaptation à la vie active...). L'action socio-éducative au sein de ces établissements se traduit par une prise en charge individualisée et globale par le biais d'un "projet d'insertion" élaboré avec la personne accueillie.
Statut et agrément	Le CHRS relève du régime de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux du Code de l'action sociale et des familles qui sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Pour chaque CHRS, le gestionnaire et l'Etat concluent une convention, précisant les catégories de personnes accueillies et la nature des actions conduites en leur faveur, ou un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le projet social doit être compatible avec le Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). L'autorisation est délivrée par le préfet de département pour quinze ans.
Public accueilli	Personnes isolées ou familles connaissant de graves difficultés d'ordre économique, familial, de logement, de santé et/ou d'insertion. Certains CHRS sont spécialisés dans l'accueil d'un public connaissant des problématiques spécifiques: femmes victimes de violence, jeunes, personnes placées sous-main de justice, personnes en parcours de sortie de la prostitution...
Durée de séjour	L'admission dans la structure est faite pour une durée déterminée et renouvelable, précisée dans un contrat de séjour et fixée avec la personne à partir d'une évaluation de ses besoins et d'une définition de son projet d'insertion. La situation de la personne accueillie doit faire l'objet d'un bilan tous les 6 mois. Le renouvellement se fait en fonction de l'évolution de la situation de la personne et donne lieu à une demande de prolongation de l'admission, au bénéfice de l'aide sociale, adressée au préfet par le directeur du centre. Lorsque la durée prévisionnelle de séjour est inférieure à deux mois, le contrat de séjour peut être remplacé par un document individuel de prise en charge.
Forme d'habitat	Chambres individuelles ou partagées, espaces collectifs (cafétéria, informatique, activités...) ou logements diffus individuels ou semi collectifs (chambres individuelles avec cuisine partagée)
Mode de fonctionnement	L'admission dans la structure se fait sur proposition du SIAO, sauf situation d'urgence. La décision est prise par le responsable de la structure puis transmise au préfet accompagnée de la demande d'admission à l'aide sociale pour être accueillie en CHRS (acceptation implicite de cette demande lorsque l'Etat n'a pas fait connaître sa réponse dans un délai d'un mois qui suit la date de réception de la demande). La personne admise reçoit un livret d'accueil auquel sont annexés une charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. Ce dernier définit "les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service". L'hébergé participe à la vie de l'établissement (via un Conseil de vie sociale ou une autre forme de participation) et à l'élaboration de son contrat de séjour qui "définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service". Une équipe d' intervenants sociaux aide la personne à accéder aux droits (minima sociaux, logement, santé, éducation, formation, emploi, citoyenneté) et à recouvrer son autonomie sociale.
Mode de gestion	Etablissement géré par un organisme public (CCAS, GIP) ou privé à but non lucratif (associations loi 1901, GCSMS)
Financement	Financement de l'établissement: Fonctionnement : dotation globale de fonctionnement versée par l'État (préfet de région), par douzième, dans le cadre de la dotation régionale limitative, sur le programme 177. Investissement : Le CHRS dispose d'une section d'investissement. Les programmes d'investissement et leurs plans de financement doivent être approuvés par l'autorité de tarification.

	Pour les nouvelles structures : programme 135 (crédits FNAP) : produit spécifique hébergement (PSH). Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes de logement social (OPH et SA d'HLM, SEM agréés), les associations agréées pour la maîtrise d'ouvrage d'insertion, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et, à titre exceptionnel et sous certaines conditions, les collectivités locales ou leurs groupements. Cofinancement possible par les collectivités territoriales et par Action logement lorsque les personnes hébergées ont un lien avec l'emploi. Prêts CDC et déductions fiscales : TVA à 5,5 %, exonération de la TFPB pendant une durée de quinze ans. Financement par l'Anah des travaux d'amélioration et d'humanisation des conditions d'accueil du public. Les maîtres d'ouvrage gestionnaires de la structure susceptibles d'être subventionnés sont les organismes œuvrant dans le domaine de l'hébergement, les organismes de logement social, les SEM et les collectivités locales ou leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS, CIAS), les organismes (associations, union d'économie sociale...). A titre exceptionnel et dans certaines conditions (travaux d'ampleur limitée), les gestionnaires non propriétaires peuvent bénéficier de la subvention Anah. Depuis la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN), les gestionnaires de CHRS ont l'obligation de signer avec l'Etat un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le contenu du CPOM doit répondre aux conditions fixées dans un cahier des charges.
Participation financière des personnes accueillies	La personne accueillie doit s'acquitter d'une participation financière à ses frais d'hébergement et d'entretien à proportion de ses ressources. Cette participation ne peut être assimilée à un loyer. Certaines personnes en sont dispensées (par ex. si le séjour ne dépasse pas cinq jours ou si les personnes sont dépourvues de ressources).
Références législatives et réglementaires	Principales dispositions codifiées aux articles L. 345-1, L. 345-2-11, L. 345-3, L. 345-4, D. 311 à D. 311-39, R. 345-1 à R. 345-7 et D. 345-11 du CASF, D 331-96 et suivants du CCH • Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale • Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 (ALUR), décret d'application n° 2015-1447 du 6 novembre 2015 modifiant l'article R.345-4 CASF relatif à l'accueil et au séjour dans les CHRS • Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique • Décrets 2001-576 du 03 juillet 2001 et 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatifs au fonctionnement et au financement des CHRS • Arrêté du 25 octobre 2019 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu pour les CHRS • Circulaire UHC/IUH du 4 juillet 2008 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'Etat pour 2008
Nombre de places	De l'ordre de 45 500 places au 30 juin 2020
Perspectives et motifs d'évolution	Afin d'unifier le statut des différentes catégories de structures d'hébergement, jusqu'au 31 décembre 2022, les projets d'extension inférieure ou égale à 100 % d'augmentation de la capacité des CHRS et les projets d'autorisation, dans la limite de la capacité existant à la date du 30 juin 2017, d'un établissement déclaré à cette date sont exonérés de la procédure d'appel à projet prévue par le CASF, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Evolution des pratiques (développement de l'aller vers et de l'accompagnement hors les murs) et transformation de l'hébergement en logement encouragés dans le cadre de la politique du Logement d'Abord.

Annexe VI : Fiche explicative des CHU



Centre d'hébergement d'urgence (CHU)

Définition / missions	Structure d'hébergement permettant une mise à l'abri immédiate et offrant des prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale et une orientation vers un professionnel ou une structure susceptible d'apporter à la personne l'aide justifiée par son état.
Statut et agrément	Les CHU relèvent du code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 345-2-2 et L. 345-2-3. Ils exercent généralement leurs missions hors du régime de l'autorisation (régime déclaratif prévu à l'article L. 322-1 et suivantes). Des activités d'hébergement d'urgence peuvent cependant être assurées par des établissements sous statut CHRS.
Public accueilli	Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale, isolée ou en famille. Il s'agit d'un accueil inconditionnel , c'est-à-dire notamment sans condition de régularité de séjour. Le CHU doit pouvoir accueillir des personnes accompagnées d'un animal de compagnie.
Durée de séjour	La durée de prise en charge est indéterminée (principe de continuité) : toute personne accueillie doit pouvoir y demeurer dès lors qu'elle le souhaite jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée dès que possible vers un logement en priorité ou une structure d'hébergement stable ou de soins adaptés à sa situation.
Forme d'habitat	Hébergement en collectif ou diffus, en chambre individuelle ou partagée, dans des conditions conformes à la dignité de la personne humaine et garantissant la sécurité des biens et des personnes qui prend en compte, de la manière la plus adaptée possible, les besoins de la personne accueillie.
Mode de fonctionnement	Admission sur orientation du SIAO (gestionnaire du service d'appel téléphonique 115) et possibilité d'admission directe en cas d'urgence. Accompagnement personnalisé suite à une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs. Recherche d'une orientation vers tout professionnel ou toute structure susceptibles d'apporter l'aide justifiée par l'état de la personne. Participation à la vie de l'établissement, via un Conseil de vie sociale ou une autre forme de participation.
Mode de gestion	Gestion majoritairement associative, et par des personnes morales de droit public (CCAS, GIP...)
Financement	Fonctionnement : programme 177 dans le cadre d'une convention de subvention (annuelle ou pluriannuelle), cofinancement possible par les collectivités territoriales, les ARS... Investissement : • Cofinancement possible par les collectivités territoriales • Cofinancement possible par Action logement lorsque les personnes hébergées ont un lien avec l'emploi • Fonds propres du gestionnaire, amortissement par le budget de fonctionnement • Prêts CDC et déductions fiscales : TVA à 5,5 %, déduction de la TFPB pendant une durée de quinze ans. • L'Anah finance des travaux d'amélioration et d'humanisation des conditions d'accueil des publics Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes œuvrant dans le domaine de l'hébergement, les organismes de logement social, les SEM et les collectivités locales ou leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS, CIAS), les organismes (associations, union d'économie sociale...). A titre exceptionnel et dans certaines conditions (travaux d'ampleur limitée), les gestionnaires non-propriétaires peuvent bénéficier de la subvention Anah. Les CHU peuvent être intégrés au périmètre des CPOM lorsque son gestionnaire gère également un ou plusieurs CHRS
Participation financière	Participation des personnes accueillies : les CHU peuvent demander une participation financière pour les personnes qui ont suffisamment de ressources, mais celle-ci n'est pas obligatoire.
Références législatives et réglementaires	Principales dispositions codifiées aux articles L. 322-1 à 8, L.345-2-2, L.345-2-3 et L.345-2-11 du CASF • Loi n°2007-290 instituant le droit au logement opposable • Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion • Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové • Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique • Décret n°2015-1447 du 6 novembre 2015 relatif à la participation des personnes accueillies ou accompagnées au fonctionnement des établissements et services du dispositif d'accueil d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement et au dispositif de veille sociale • Décret n°2016-404 du 4 avril 2016 relatif à l'information des personnes prises en charge dans les centres d'hébergement
Nombre de places	De l'ordre de 60 000 places au 30 juin 2020
Perspectives et motifs d'évolution	La loi a prévu des facilités pour unifier le statut des différentes catégories de structures d'hébergement : jusqu'au 31 décembre 2022, les projets d'extension inférieure ou égale à 100 % d'augmentation de la capacité des CHRS et les projets d'autorisation, dans la limite de sa capacité existant à la date du 30 juin 2017, d'un établissement déclaré à cette date sont exonérés de la procédure d'appel à projet prévue par le CASF, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Annexe VII : Fiche explicative des LAM

Lits d'accueil médicalisé (LAM)

Définition/ Mission	Dans le prolongement des Lits halte soins santé, les Lits d'accueil médicalisé sont des structures qui proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies chroniques non bénignes, et qui nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme. Cette prise en charge participe par ailleurs à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies.
Statut et agrément	Établissements et services sociaux et médico-sociaux, au titre du 9° du de l'article L.312-1 du CASF, consacrés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
Public accueilli	Personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.
Durée de séjour	La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.
Forme d'habitat	Selon les besoins, les lits peuvent être regroupés en un lieu unique ou installés dans différents sites, que ces derniers soient ou non exclusivement dédiés à cette activité. Les LAM sont le plus souvent rattachés à une structure préexistante (LHSS par exemple). Une structure LAM dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits. Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure "lits halte soins santé".
Mode de fonctionnement	Les LAM sont ouverts 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. L'admission est prononcée sur demande de la personne ou avec son accord, par le directeur responsable des LAM, après avis du médecin de la structure. Celui-ci évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne et la pertinence médicale de son admission. La structure comprend une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin responsable, des infirmiers présents 24h/24, des aides-soignants ou auxiliaires de vie sociale, des travailleurs sociaux et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien. La mise en place d'un accompagnement social personnalisé est possible, il vise à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies, à aider à la vie quotidienne et à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de vie avec la personne.
Mode de gestion:	La structure est gérée par une personne morale de droit public ou de droit privé, ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge. Une même personne morale peut gérer plusieurs structures LAM implantées sur différents sites.
Financement (dont participation financière des personnes accueillies)	Une participation financière à l'hébergement peut être demandée à la personne accueillie en fonction de ses ressources, elle ne peut excéder 25 % de celles-ci. Fonctionnement : le financement de la structure est assuré par l'assurance-maladie par une dotation globale définie sur la base d'un forfait par lit et par jour. Le prix de journée d'un lit s'élève à 199, 21 €/jour/lit. Investissement : Produit spécifique hébergement (PSH-article R331-96 du CCH) pour les nouvelles structures. Financement par l'Anah des travaux d'amélioration et d'humanisation. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes (notamment les associations) œuvrant dans le domaine de l'hébergement, les organismes de logement social, les SEM et les collectivités locales ou leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS, CIAS). À titre exceptionnel et dans certaines conditions, les gestionnaires non propriétaires peuvent bénéficier de la subvention Anah.
Solvabilisation des personnes	Minima sociaux de droit commun (RSA,...)
Références législatives et réglementaires	• Art. L312-1 9° CASF ; D. 312-176-1 à D.312-176-4 CASF, • Arrêté du 30 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, • Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 détaillant les conditions techniques de fonctionnement des dispositifs LAM et LHSS.
Nombre de places	Au 31/12/2016, 310 LAM ont été financés
Perspectives et motifs d'évolution	Le Premier ministre a annoncé le 13 avril 2016 dans le cadre des perspectives 2016-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale la création de 300 LAM à partir de 2017. Sur ces 300 places, 100 LAM ont déjà été financés au dernier trimestre 2016.

Annexe VIII : Fiche explicative des LHSS



Lit halte soins santé (LHSS)

Définition/mission	Les Lits halte soins santé offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social.
Statut et agrément	Établissements et services sociaux et médico-sociaux, au titre du 9° de l'article L.312-1 du CASF, consacré par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
Public accueilli	Personnes sans domicile, obligatoirement majeures, quelle que soit leur situation administrative, présentant des problèmes de santé bénins dont l'absence de domicile génère, soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de leur état de santé.
Durée de séjour	Un médecin valide la durée de séjour. Cette dernière ne doit pas excéder deux mois mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie. Les LHSS sont accessibles aux personnes handicapées.
Forme d'habitat	Lits d'hébergement de soins infirmiers regroupés en un lieu spécifique unique ou installés dans différents sites. Lorsqu'ils sont regroupés sur un site unique, les lits halte soins santé doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Sur un même site, le nombre de lits ne doit pas excéder 30 unités (50 sur dérogation de l'ARS). Intégrés dans une structure préexistante (un CHRS par exemple) les conditions d'accueil de ce site s'appliquent aux LHSS. Le cas échéant, un mode d'accueil du conjoint ou des enfants, voire d'animaux doit être prévu.
Mode de fonctionnement (admission/ orientation, gouvernance)	Les LHSS sont ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an. L'orientation vers des LHSS est propre à chaque territoire (coordination et orientation par les SIAO, en direct). L'admission se fait sur avis du médecin de la structure qui évalue et identifie les besoins sanitaires de la personne accueillie, la pertinence médicale de son admission et exclut donc la nécessité d'une prise en charge hospitalière. L'équipe pluridisciplinaire médico-sociale est composée de médecin généraliste, d'infirmier diplômé d'État, d'aide-soignant, d'assistante sociale; travaillant avec des acteurs du terrain social, de l'urgence sociale et les CHRS. Les structures ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.
Mode de gestion	La structure LHSS est portée par une personne morale publique ou privée (majoritairement des associations, mais aussi des CCAS/CIAS, Centre hospitalier, Samu Social à Paris)
Financement (dont participation financière des personnes accueillies)	La structure dispose d'un budget propre. Fonctionnement: Un forfait jour par place de 112,37 € (en 2016), que le lit soit occupé ou pas, financé par l'Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) spécifique médico-social et éventuellement des cofinancements. Investissement: Programme 135 (crédits FNAP): produit spécifique hébergement pour les nouvelles structures. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes de logement social (OPH et SA d'HLM), les SEM agréées pour le logement social, les associations agréées pour la maîtrise d'ouvrage d'insertion, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et, à titre exceptionnel, et sous certaines conditions, les collectivités locales ou leurs groupements. Financement par l'Anah des travaux d'amélioration et d'humanisation. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes (notamment les associations) œuvrant dans le domaine de l'hébergement, les organismes de logement social, les SEM et les collectivités locales ou leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS, CIAS). A titre exceptionnel et dans certaines conditions, les gestionnaires non propriétaires peuvent bénéficier de la subvention Anah.
Solvabilisation des personnes	Minima sociaux de droit commun (RSA...)

Références législatives et réglementaires	• Art. L. 312-1 (9°), Art. L. 314-3-3, Art. D.312-176-1 à 4 du Code de l'action sociale et des familles, article DR331-96 du CCH (PSH) • Art. L. 174-9-1 du Code de la sécurité sociale • Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006, Art. 50 (création du dispositif) • Décret 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé ». • Décret n°2006-642 du 31 mai 2006 relatif au financement et à la tarification de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux • 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 " • Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 détaillant les conditions techniques de fonctionnement du dispositif
Nombre de places	Au 31/12/2016, 1346 LHSS ont été financés.

Annexe IX : Fiche explicative des PF



Pensions de famille (PF)

Définition / missions	La pension de famille, qu'elle soit généraliste ou sous forme de résidence accueil, est une forme de résidence sociale. Elle en partage donc les mêmes grandes caractéristiques, c'est-à-dire « un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non, et des locaux communs affectés à la vie collective ». Il s'agit d'une offre alternative au logement pour des personnes à faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale, et ayant pour la plupart fréquenté de façon répétée les structures d'hébergement provisoire. De taille réduite, cette structure propose un accompagnement à la vie quotidienne assuré par un hôte ou un couple d'hôtes.
Statut et agrément	Les gestionnaires de pension de famille, qu'ils soient propriétaires ou non, doivent être agréés au titre de l'« intermédiation locative et gestion locative sociale » (ILGLS), visant notamment l'activité de gestion de résidences sociales (CCH : art. L. 365-1 et s. ; R. 365-1 et s.). Si le gestionnaire est également propriétaire de la pension de famille, il peut solliciter l'agrément « maîtrise d'ouvrage d'insertion » (MOI) qui vise les activités d'acquisition, de construction, de réhabilitation, destinées au développement de l'offre d'accueil des personnes défavorisées. Les organismes bénéficiant de l'agrément MOI sont alors considérés comme détenteurs de l'agrément ILGLS pour la gestion des logements dont ils sont propriétaires, preneurs à bail ou attributaires, sur le périmètre géographique de leur agrément. Ces résidences sociales sont conventionnées à l'APL (lié à la participation de l'Etat au bâti – financement PLAI ou PALULOS). Il y a alors signature d'une convention APL "résidence sociale".
Public accueilli	Des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, réalisant des allers-retours fréquents entre la rue et les dispositifs d'hébergement d'urgence, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend difficile leur accès à un logement ordinaire. Les PF accueillent notamment des personnes en fragilité, qui sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent accéder à un logement autonome du fait de leur isolement (social et / ou psychologique).
Durée de séjour	Contrat conclu pour une durée d'un mois tacitement renouvelable. Accueil sans limitation de durée, à vocation pérenne.
Forme d'habitat	Structure de taille réduite, la capacité recommandée est de 25 logements, alliant des logements individuels et des espaces collectifs, dans un tissu urbain intégré.

Mode de fonctionnement (de la pension de famille, orientation, admission)	Les hôtes assurent différents « services » au sein de la résidence : - l'aide à la vie quotidienne auprès des résidents : sensibilisation sur l'hygiène de vie, notamment alimentaire, sur le respect des règles relatives à l'occupation du logement, à la vie collective et au règlement intérieur; - l'orientation des résidents vers les services sociaux et de santé; - une veille, en exerçant un rôle de vigilance et d'alerte sur les problèmes rencontrés par les résidents ou avec ceux-ci; - l'organisation d'activités collectives autour des actes du quotidien, d'animations avec les résidents (jeux, sorties, visites de musées etc.). Les espaces collectifs de la pension de famille favorisent souvent la préparation et la prise en commun de repas. Ce sont des lieux d'échanges qui permettent de rompre l'isolement affectif et social des résidents et de développer des relations sociales, en fonction de leur souhait. Les fonctions de gestion locative sociale que sont l'accueil, l'information de la vie de la résidence et de l'environnement, la prévention des impayés par le suivi des dossiers d'aide au logement, la veille et l'orientation sont donc assurées par les hôtes. La gestion locative peut être faite selon les cas, par l'un des hôtes ou par un autre intervenant, de façon mutualisée, quand la taille et l'organisation du gestionnaire le rendent possible. La personne accueillie signe un contrat de résidence ou une convention d'occupation conclue pour une durée d'un mois et tacitement renouvelée, sans limite de durée. Il est conseillé à ce que les hôtes disposent d'une expérience ou d'une qualification dans le domaine du social et / ou de l'insertion. L'orientation sur l'ensemble des places créées en pensions de famille et résidences accueil est systématiquement réalisée par le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), en distinguant : - le quota réservataire de l'Etat déterminé dans la convention APL-foyer (CCH : R.353-159), - les places restantes qui font également l'objet d'une orientation par le SIAO mais dans le cadre d'un processus itératif avec les gestionnaires, afin de respecter l'équilibre de la structure ou la cohérence du projet social. Le SIAO doit donc être informé des places vacantes ou susceptibles de l'être. Le SIAO formule alors des propositions d'orientation après une évaluation sociale. Les gestionnaires de pensions de famille et résidences accueil examinent ensuite les propositions d'orientation du SIAO selon les procédures qui leur sont propres (CASF : L. 345-2-8). Il peut notamment s'agir de mettre en place une commission d'attribution. Par ailleurs, il est demandé que ces places soient systématiquement recensées dans l'application SI-SIAO. Ce principe d'orientation systématique par les SIAO n'empêche pas qu'un gestionnaire puisse proposer des orientations au SIAO, qui est garant de la conformité de ces propositions d'orientations au public cible.
Mode de gestion	La pension de famille peut être gérée soit directement par le propriétaire, ou par un gestionnaire, disposant d'un agrément d'intermédiation locative et de gestion locative sociale mentionné à l'article L. 365-4 du CCH.
Financement (dont participation financière des personnes accueillies)	Fonctionnement : BOP 177 plafonné à 16 euros par jour et par personne Investissement: programme 135 (crédits FNAP) : PLAI/PLAI adapté. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes de logement social (OPH et SA d'HLM), les SEM agréées pour le logement social, les associations agréées pour la maîtrise d'ouvrage d'insertion et, à titre exceptionnel, et sous certaines conditions, les collectivités locales ou leurs groupements. Participation des personnes par une redevance mensuelle (loyer + charges + prestations annexes) ouvrant droit à l'APL. Le locataire doit avoir suffisamment de ressources ainsi qu'un revenu régulier et stable ou bénéficier des minimas sociaux. Le loyer est fonction de la superficie du logement et des conventions entre les financeurs et le gestionnaire.
Solvabilisation des personnes	Conventionnement APL ("APL-foyer")
Références législatives et réglementaires	- Circulaire interministérielle du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil - Circulaire du 20 février 2012 relative à la campagne budgétaire du secteur "accueil, hébergement et insertion" et à la contractualisation entre l'Etat et les opérateurs "poursuivre le développement des pensions de famille". - Circulaire 2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord - Loi Mobilisation pour le Logement et la lutte contre l'exclusion du 25 mars 2009 - Plan de relance de 2009 - Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais - Circulaire DGAS / DGALN n°2008-248 du 27 Août 2008 relative à la création de maisons relais - Article L.633-1 du CCH et D.331-14 et suivants - Articles L.345-2-6 à L.345-2-8 du CASF (orientation SIAO)
Nombre de places	19 514 places de pensions de familles au 30/06/2020, dont 3 944 sous forme de résidence accueil.
Perspectives et motifs d'évolution	Le plan de relance 2017-2022 a pour objectif l'ouverture de 10 000 places supplémentaires sur cette période, dont un tiers sous forme de résidences accueil.

Annexe X : Fiche explicative des SIAO



Le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) **L'orientation des personnes sans domicile et le dispositif de veille sociale**

Définition de la veille sociale	Le code de l'action sociale et des familles prévoit que « Dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'État, un dispositif de veille sociale chargé 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. Cette orientation est assurée par un service intégré d'accueil et d'orientation, dans les conditions définies par la convention conclue avec le représentant de l'État dans le département, prévue à l'article 345-2-4 du CASF ». Ce dispositif comprend les acteurs mentionnés à l'article D. 345-8 de ce code : le service d'appel téléphonique dénommé 115, géré par le SIAO depuis la loi n° 2014-366 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), les accueils de jour, les équipes mobiles (samu sociaux, maraudes) et les services d'accueil et d'orientation (SAO). L'ensemble de ces acteurs sont coordonnés par le SIAO.
Missions du SIAO	Créé en 2010 par circulaire, le SIAO a été consacré juridiquement par la loi ALUR comme plate-forme unique départementale de régulation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile. Ces missions sont désormais précisées aux articles L. 345-2 et L. 345-2-4 du CASF. Il est ainsi chargé des missions suivantes : Le SIAO recense les demandes d'hébergement d'urgence ou d'insertion ainsi que de logement adapté ; Il recense l'offre disponible en matière d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion ainsi que de logement adapté ; Il veille à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale ou psychique ; Il assure une orientation des personnes vers la solution la plus adaptée à leur besoin et en fonction de leur situation de détresse ; Il assure la gestion du service d'appel téléphonique 115 ; Il coordonne l'action des autres acteurs de la veille sociale (équipes mobiles, accueil de jour...) ; Il suit le parcours des personnes prises en charges jusqu'à la stabilisation de leur situation ; Il contribue à l'identification des personnes en demande d'un logement, si besoin avec un accompagnement social ; Il participe à l'observation sociale ;
Statut et agrément	Dans chaque département une convention est conclue entre l'État et une personne morale unique pour assurer le fonctionnement du SIAO. Cette convention doit être pluriannuelle et ne pas excéder cinq ans. Elle comporte des indicateurs d'activité et doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Un modèle est annexé à la circulaire du 17 décembre 2015 relative aux SIAO qu'il convient d'adapter au territoire. Aucune forme juridique n'est prescrite concernant la personne morale chargée du SIAO, il peut s'agir d'une association, d'un groupement d'association, d'un GCSMS ou d'un GIP.
Fonctionnement	Un rôle de fédérateur des partenaires Le SIAO joue un rôle fondamental de mise en réseau et de coordination des acteurs intervenant auprès des personnes sans domicile. Il organise des commissions d'examen des situations individuelles auxquelles sont invités à participer ces acteurs. Ils peuvent être présents dans différentes instances territoriales comme les commissions de médiation Droit au logement (DALO), ou les instances du Plan départemental de l'accès au logement et à l'hébergement des personnes défavorisées (PDAHLPD). Les partenaires des SIAO peuvent être directement associés à sa gouvernance, notamment lorsqu'ils recouvrent un statut de groupement ou de GIP. Dans le cas d'un statut autre, les partenaires peuvent être désignés comme membres du comité de pilotage. Pour assurer ses missions, le SIAO peut conclure des conventions avec des organismes susceptibles d'accueillir les personnes qu'il est chargé d'orienter (les structures d'hébergement et de logement) ou de les accompagner (collectivités, acteurs sanitaires...), mais aussi les acteurs concourant au dispositif de veille sociale ou aux dispositifs d'accompagnement vers l'insertion et le logement. Ces acteurs sont définis par l'article L. 345-2-6 du CASF. Un rôle d'orientation garantissant la fluidité des parcours de la rue au logement Le SIAO est chargé de proposer une solution adaptée à la situation de chaque personne en favorisant l'accès au logement le plus rapidement possible. Pour atteindre cet objectif, il peut orienter les personnes vers les structures d'hébergement et d'ALT financées par l'État qui sont tenues de mettre à disposition leurs places, ou vers des structures de logement adapté qui sont

	tenues quant à elles, lorsqu'elles sont financées, d'informer des logements et places vacantes, d'examiner les propositions d'orientation, et d'indiquer au SIAO les suites données. Le SIAO doit également contribuer à l'accès au logement ordinaire des personnes sans domicile ou éprouvant des difficultés à se loger. Il est ainsi chargé de contribuer à l'identification des personnes en demande d'un logement. Cela peut passer par la mise en place d'une procédure spécifique de type « diagnostic logement », la mobilisation des structures d'hébergement pour que toute personne éligible au parc social dispose d'une demande de logement social (DLS) active, le recensement des personnes éligibles au contingent réservataire de l'Etat et l'alimentation du vivier des demandeurs prioritaires via l'outil SYPLO.
Financement	Accordé par l'État, défini dans la convention conclue avec la personne morale chargée de gérer le SIAO
Références législatives et réglementaires	- Loi relative à la lutte contre l'exclusion de 1998, instauration du dispositif de veille sociale (article L345-2 du CASF) - Circulaires du 8 avril 2010 et 7 juillet 2010 créant les SIAO - Circulaire du 29 mars 2012 relative à l'amélioration du fonctionnement des SIAO - Circulaire du 17 décembre 2015 relative à la mise en œuvre des dispositions de l'article 30 de la loi ALUR relatif au SIAO - Loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) consacrant le SIAO comme opérateur unique « de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile ». - Loi du 16 octobre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (Élan) instaurant la possibilité de création de SIAO interdépartementaux.

Proposition pédagogique - Formation :

« Accompagner les personnes vieillissantes en situation de précarité »

Public cible : Professionnel.le.s de l'Association Le Pont

Nombre de stagiaires : 15 maximum

Pré-requis : Il n'est pas nécessaire d'avoir une connaissance préalable du secteur de la personne âgée ou de la perte d'autonomie.

Objectif général : Améliorer l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement au sein des structures d'inclusion sociale et renforcer la connaissance des professionnel.le.s des dispositifs à destination des personnes âgées.

Inclusion et handicap : veuillez prendre attache avec la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France pour tout besoin d'adaptation de la formation ou de son déroulement.

Contexte de la demande :

<i>Présentation générale de la structure demandeuse</i>	L'Association Le Pont est une association, personne morale de droit privé régie par la loi du 1er juillet 1901. Elle inscrit son engagement pour la solidarité dans le cadre de l'action sociale, définie par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et reprise dans l'article 116-1 du code de l'action sociale et de la famille. L'association intervient dans plusieurs champs spécifiques de l'action sociale : la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, l'accès aux droits, l'insertion par le travail. Elle s'efforce d'imaginer, proposer et mettre en œuvre des dispositifs innovants.
---	--

<i>Présentation générale du contexte de la demande et attentes</i>	Les professionnel.le.s de l'Association Le Pont sont confronté.e.s de façon grandissante à l'accueil et l'accompagnement de personnes précaires vieillissantes et/ou en situation de perte d'autonomie. Ce public a des problématiques propres liées à la perte d'autonomie et il est nécessaire d'adapter les projets d'accompagnements à ces problématiques. L'Association a ainsi demandé à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France la mise en place d'une formation sur l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes et/ou en situation de perte d'autonomie par le biais
--	---

	de la Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne Franche Comté.
<i>Modalités de prise de contact</i>	Echange entre Clotilde Hoppe, Chargée de mission à la FAS IdF et Nouchine Azizi, Responsable formation à la FAS BFC.
<i>Profil des stagiaires et composition du groupe</i>	A définir selon l'intérêt des professionnel.le.s de l'Association Le Pont pour cette formation.

Objectifs spécifiques :

- Comprendre les évolutions physiques et psychiques liées au vieillissement normal ou pathologique et à la perte d'autonomie et mieux en repérer les signes dans l'exercice de la pratique sociale ;
- Adapter son positionnement professionnel au vieillissement des personnes et à ses impacts notamment en termes psychiques ;
- Appréhender les questions relatives aux choix de la personne en lien avec sa perte d'autonomie et/ou sa fin de vie ;
- Connaître les droits sociaux spécifiques aux personnes âgées et/ou en situation de perte d'autonomie et se familiariser avec les démarches à réaliser.

Durée : 2 journées de formation de 7h soit 14h de formation

Intervenante principale : Chargée de mission Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France

Dates : à définir – 2 jours

Contenu et déroulement :

Le déroulé est indicatif. Selon les besoins des stagiaires, les durées des parties pourront être adaptées. En amont de la formation un questionnaire d'attente et d'évaluation du niveau de connaissance des sujets abordés sera envoyé aux stagiaires afin d'adapter le contenu de la formation.

La formation fait un lien constant entre apports théoriques et temps d'échange d'expérience et de réflexion sur les pratiques professionnelles.

Séquence 1 : Vieillesse et perte d'autonomie

Jour 1 Matinée : Les impacts physiques et physiologiques du vieillissement

Objectifs pédagogiques :

- Echanger sur les représentations du vieillissement ;
- Familiariser les stagiaires avec le processus de vieillissement ;

- Maîtriser les notions de robustesse, fragilité, dépendance ;
- Mieux repérer les signes de la perte d'autonomie pour savoir quand solliciter une évaluation du GIR par les partenaires spécialisés ;
- Mettre en place des actions visant à prévenir la perte d'autonomie.

Contenu :

- Les mécanismes à l'œuvre dans le vieillissement physique et physiologique ;
- Les impacts du vieillissement sur le corps ;
- La notion de fragilité et son repérage ;
- La notion de perte d'autonomie et de dépendance ;
- Le repérage de la perte d'autonomie ;
- La prévention de la perte d'autonomie.

Activités pédagogiques : exercice de photolangage sur les représentations du vieillissement, prise en main des outils, exercices de groupes sur la prévention de la perte d'autonomie.

Séquence 2 : Le vieillissement et la santé mentale

Jour 1 Après-midi : Les impacts psychiques du vieillissement

Objectifs pédagogiques :

- Comprendre les impacts psychiques du vieillissement ;
- Savoir différencier les troubles liés à des troubles préexistants et l'impact du vieillissement sur la santé mentale ;
- Savoir adapter son positionnement professionnel.

Contenu :

- Les impacts psychiques du vieillissement ;
- La dépression du sujet âgé et son repérage ;
- Le syndrome de Diogène ;
- De refus de soins des personnes.

Activités pédagogiques : exercice de groupes à partir de ressources bibliographiques.

Séquence 3 : Les droits des personnes accompagnées vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

Jour 2 Matinée : Les aides liées à la perte d'autonomie et aides au financement d'un séjour en établissement pour personnes âgées

Objectifs pédagogiques :

- Connaître les aides liées à la dépendance dans le champ du handicap et spécifiques aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie et comprendre leur fonctionnement ;
- Se familiariser avec les démarches de mobilisation de ces droits ;
- Identifier les droits mobilisables pour le financement des services d'aide et de soins à domicile ainsi que des services médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.

Contenu :

- La politique de la dépendance : présentation du champ du handicap et du champ de la perte d'autonomie ;
- La mobilisation des aides liées au handicap en cas de vieillissement précoce ;
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile

- L'admission à l'ASH ;
- L'APA en établissement ;

Activités pédagogiques : étude de cas pratiques, quizz sur les connaissances acquises.

Jour 2 Après-midi : Les aides financières liées à l'âge

Objectifs pédagogiques :

- Connaître les droits sociaux liés à l'âge et comprendre leur fonctionnement
- Se familiariser avec les démarches de mobilisation de ces droits

Contenu :

- La liquidation des droits à retraite générale et complémentaire ;
- L'ASPA et le passage d'autres minimas sociaux (RSA et AAH) à l'ASPA ;
- Les aides de la CNAV et des Caisses de retraites ;
- Les services à mobiliser pour ouvrir les droits ;

Activités pédagogiques :

- Quizz sur les connaissances acquises.

Modalités pédagogiques :

- Apports théoriques et juridiques ;
- Enseignement participatif et interactif ;
- Questionnaire d'attentes en amont du module pour adapter le contenu de la formation aux stagiaires ;
- Partages d'expériences ;
- Apports pratiques avec des mises en situation et travaux pratiques à partir d'étude de cas inspirés des situations professionnelles des stagiaires ;
- Des perspectives opérationnelles sur le terrain ;
- Une grille d'évaluation et de bilan de la formation.

Modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs par les stagiaires :

Des cas pratiques et exercices collectifs seront proposés tout au long de la formation. Ces exercices fonctionneront comme une évaluation formative permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs par le groupe.

Des quizz seront également proposés en fin de séquences pour évaluer l'acquisition des connaissances correspondantes à la séquence.

Une auto-évaluation de l'atteinte des objectifs sera proposée en fin de formation.

Supports pédagogiques :

- Guide « Accompagner les personnes précaires vieillissantes et/ou en perte d'autonomie » remis sur table dans sa version papier ;
- Polycopiés ;
- Ressources bibliographiques en ligne et en version papier ;

- Supports de présentation de la formation contenant des analyses de textes normatifs, schémas et synthèses.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France s'engage à fournir à la Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne Franche Comté un bilan de la formation et de la satisfaction des stagiaires dans un délai d'un mois après la dernière journée de formation.

VIGNAULT	Marina	20 septembre 2024
Master 2 : Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion : 2023-2024		
Vieillissement et précarité dans le secteur de l’AHIL en Bretagne		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes et Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique		
Résumé : L’allongement de l’espérance de vie de la population française, et, par conséquent, la prise en charge de la catégorie du grand âge en perte d’autonomie sont actuellement une préoccupation politique, comme le démontrent la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 et celle du Bien vieillir de 2024. Cependant, la FAS et la FEHAP, dans leur plaidoyer intitulé « Vieillissement et précarité » paru en 2022, pointent du doigt une catégorie de la population placée dans l’angle mort des politiques publiques que sont les personnes précaires vieillissant prématurément ou non (respectivement, avant et après soixante ans). En effet, ces dernières, du fait de leurs conditions d’existence de vie présentes et passées, connaissent un vieillissement à un âge plus précoce que la population générale. De plus, ce plaidoyer fait également mention des difficultés que rencontrent les structures du secteur de l’AHIL dans l’accompagnement et l’orientation de ce public ; constats partagés par les professionnels du social bretons. Ce travail, au moyen d’une méthodologie qualitative, fait donc mention du vieillissement prématuré du public sans domicile fixe – hébergé et logé - dans les structures de l’AHIL de Bretagne, et a pour objectif d’éclairer la complexité de la prise en charge de ce public, ainsi que la mise en place d’un parcours de soins coordonné répondant à leurs besoins. Il propose différentes préconisations - internes aux structures du secteur de l’AHIL ; au niveau régional ; ainsi qu’au niveau national - afin d’améliorer les prises en charge du public précaire vieillissant, assorti de ses diverses spécificités.		
Mots clés : Vieillissement prématuré ; Bretagne ; AHIL ; personnes précaires vieillissantes ; angle mort des politiques publiques ; les « incasables » ; professionnels du social ; pensions de famille ; Ehpad ; addictions ; précarité ; vieillissement ; travail social		
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 leurs auteurs.		