



**ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE DES PERSONNES
VIEILLISSANTES AVEC UN PARCOURS D'ERRANCE :
MIXER TRAVAIL SOCIAL ET UNITE D'EHPAD DEDIEE.**

Marie PORCHER

2024

cafedes

Remerciements

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, leur soutien dans ce qui n'est pas juste une formation mais bien un changement de vie et également toutes les personnes avec qui les échanges sont venus enrichir ma réflexion autour de ce mémoire :

- Gilles, mon accompagnateur mémoire pour son regard critique, ses interrogations et son soutien
- Pascal, directeur général d'Alynea- Samu social 69, pour m'avoir accueillie à ses côtés et m'avoir permis de m'engager sur des sujets stratégiques pour l'association
- Olivier et toute son équipe de l'EHPAD La Rose des Vents pour leur professionnalisme et leur humanité
- Lucas, collègue chef de projet, pour nos échanges nombreux sur le sujet qui nous occupait tous les deux
- Sophie, collègue d'Alliance pour nos échanges et nos soutiens réciproques
- Christelle, notre référente santé à la FAS Auvergne Rhône Alpes, pour les informations partagées, les échanges transparents et son enthousiasme
- Les collègues de la promotion d'ENSEIS Management pour le soutien en toutes circonstances et les moments de partage
- Hervelyne, déléguée générale de la FOL 69, pour m'avoir permis de remettre le pied à l'étrier de ce beau secteur
- Mes enfants, Claire et Xavier, pour leur soutien moral, technique

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie employée.....	2
1 L'enjeu du vieillissement des personnes ayant un parcours d'errance	5
1.1 Alynea, une association engagée et militante dans la lutte contre le sans-abrisme	5
1.1.1 Histoire et organisation.....	5
1.1.2 Des personnes vieillissant dans nos CHRS avec peu de solutions de sortie	6
1.1.3 Une réflexion menée dans l'association depuis plusieurs années déjà.....	8
1.2 Les personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance.....	10
1.2.1 De l'évolution démographique et de la désinstitutionalisation pour expliquer l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes sans-domicile	10
1.2.2 Vieillir à la rue : une peine alourdie.....	12
1.2.3 Des personnes trop souvent exclues de l'accès au médico-social.....	14
1.3 L'environnement : les politiques, le territoire et les attentes des financeurs	16
1.3.1 Des politiques cloisonnées : une difficulté pour accompagner les grands exclus	16
1.3.2 La Métropole lyonnaise : un écosystème dynamique insuffisamment fourni pour ces personnes.....	18
1.3.3 Les décideurs de la Métropole en recherche de solutions innovantes	20
2 Répondre aux besoins des personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance.....	23
2.1 Accompagner le vieillissement précoce.....	23
2.1.1 Vieillir précocement et se poser après un parcours d'errance et de ruptures..	23
2.1.2 Psychiatrie et addictions.....	25
2.1.3 Quelle approche en travail social ?.....	27
2.2 Quelles solutions institutionnelles possibles ?	28
2.2.1 Les limites des structures existantes	28
2.2.2 Favoriser l'inclusion en créant une unité dédiée dans un EHPAD	31
2.2.3 Enrichir le fonctionnement de l'EHPAD de l'intervention de travailleurs sociaux	34

2.3	Créer un pont entre le social et le médico-social pour mieux accompagner ce public	35
2.3.1	Une complémentarité de métiers au service d'un objectif commun	35
2.3.2	Fonctionner en interdisciplinarité pour mieux répondre aux besoins	37
2.3.3	Construire et réguler le partenariat.....	38
3	Expérimenter : une équipe de travailleurs sociaux en renfort d'une unité d'EHPAD dédiée	43
3.1	Lieu de vie et de soin adapté	43
3.1.1	Un processus d'entrée adapté	43
3.1.2	Aménager le cadre de vie	44
3.1.3	Accompagner au mieux les personnes accueillies	45
3.2	Des enjeux humains au cœur de l'expérimentation	47
3.2.1	Organiser les équipes	47
3.2.2	Des enjeux managériaux importants	49
3.2.3	Piloter le projet dans une dynamique partenariale	51
3.3	Créer et faire vivre l'unité d'EHPAD et l'équipe de travailleurs sociaux ..	52
3.3.1	Lancer le projet	53
3.3.2	Préparer l'ouverture puis commencer l'exploitation	55
3.3.3	Piloter, évaluer, mesurer l'impact	58
	Conclusion	61
	Bibliographie.....	63
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 – Organigramme de l'association.....	II
	Annexe 2 – Analyse 7S d'Alynea	III
	Annexe 3 – SWOT d'Alynea sur l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance	IV
	Annexe 4 – Plaquette plateforme VIP	V
	Annexe 5 – Plan de communication.....	VI
	Annexe 6 – Indicateurs de pilotage.....	VII
	Annexe 7 – Extrait diagramme de GANTT	VIII

Liste des sigles utilisés

AAVA	Atelier d'Adaptation à la Vie Active
ACPPA	Accueil et Confort Pour Personnes Agées
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
AHI	Accueil Hébergement Insertion
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
AVP	Aide à la Vie Partagée
BOP	Budget Opérationnel de Programme
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C POM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRPA	Conseil Régional des Personnes Accueillies
CSE	Comité Social et Economique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement
DPA	Développement du Pouvoir d'Agir
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELAN	Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESAT	Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail
ESSMS	Etablissement et Service Social et Médico-Social
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FNDSA	Foyer Notre Dame Des Sans Abri
GEPP	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré

INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LAM	Lit d'Accueil Médicalisé
LDA	Logement D'Abord
LHSS	Lit Halte Soins-Santé
MAPAM	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MVS	Maison de la Veille Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
RBPP	Recommandation de Bonne Pratique Professionnelle
RDRD	Réduction Des Risques et Dommages
RSRH	Réseau Social Rue Hôpital
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SME	Santé Mentale Europe

Introduction

Dans les premiers mois de la formation CAFDES, j'ai eu l'occasion de participer à un projet collectif pour lequel nous avons choisi de lancer une réflexion sur la fin de vie des personnes en grande précarité. Par fin de vie, nous entendons mort, comme un euphémisme d'un moment que notre société tient à l'écart. Ce travail nous a permis de partager autour du tabou qui entoure la mort dans les établissements qui accueillent des personnes sans-domicile. Parce que l'euphémisme ne me paraît pas propice à aborder cette problématique de la fin de vie avec lucidité, je ne parlerai pas ici des derniers moments qui précèdent la mort mais bien du dernier chemin. L'étymologie du mot vie vient de via en latin qui signifie voie ou chemin. C'est bien de cela dont je parlerais.

Exerçant au sein de la direction d'Alynea-Samu Social 69, j'ai eu l'occasion de constater que les travailleurs sociaux sont confrontés à un nombre grandissant de personnes vieillissantes, souffrant souvent de troubles psychiatriques et d'addictions qu'un parcours d'errance est venu aggraver. La sortie de ces personnes de nos établissements vers des dispositifs adaptés à leurs besoins multiples est extrêmement difficile : l'acceptation de leur dossier dans les dispositifs médico-sociaux susceptibles de prendre en charge un état de dépendance qui s'accroît reste du domaine de l'exceptionnel.

Ce constat est partagé à la fois sur la Métropole de Lyon et à l'échelle du territoire national : il existe peu de dispositifs aujourd'hui permettant à des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance de se poser, en étant assuré d'un accompagnement respectueux mais aussi d'une prise en charge adaptée de leur dépendance. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité travailler sur un dispositif qui permettrait une fin de vie digne à ces personnes.

Après avoir présenté les constats et réflexions sur ces personnes dans l'association qui m'emploie, je m'attacherai à analyser les raisons multiples de l'accroissement de ce phénomène ainsi que les difficultés spécifiques auxquelles elles sont confrontées. Ce diagnostic sera clôturé par la présentation des enjeux et réflexions de l'ensemble des parties prenantes sur le territoire.

Pour répondre aux besoins constatés dans le diagnostic, il sera nécessaire d'approfondir l'analyse quant aux besoins spécifiques du vieillissement et du cadre de vie de ce public. En confrontant les dispositifs existants et l'intervention sociale à leurs limites, une piste de solution pourra se dégager qui tient à la fois du social et du médico-social :

La création d'une équipe de travailleurs sociaux intervenant en soutien éducatif dans une unité dédiée d'un EHPAD¹ afin de soutenir celui-ci dans l'accueil de personnes avec un parcours d'errance.

¹ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

La dernière partie me permettra d'aborder à la fois la création et le fonctionnement de l'unité adaptée à ce public, la constitution de l'équipe de travailleurs sociaux, le fonctionnement du partenariat, les adaptations de l'organisation de l'EHPAD ainsi que l'évaluation de cette expérimentation.

Méthodologie employée

Le point de départ de cette proposition a été le constat qu'une inquiétude relative à un accompagnement digne des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance revenait régulièrement dans les propos des travailleurs sociaux ou ceux des membres du comité de direction.

Les rapports d'activité, le diagnostic partagé du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), la renégociation de ce dernier et la réécriture du projet associatif ont confirmé cette préoccupation et ont constitué ma première base de travail. Les réflexions en cours au sein d'Alynea sur ce sujet sont venues provoquer mais aussi alimenter ma réflexion.

Je l'ai ensuite élargie à des éléments documentaires, notamment les statistiques et études réalisées sur le territoire. Comme j'ai fait le choix de traiter un sujet qui recouvre plusieurs politiques publiques et plusieurs réalités professionnelles, il était important dans l'analyse de s'intéresser aux apports de la psychiatrie, de l'EHPAD et même du handicap.

Des interviews de professionnels dans l'association mais aussi dans des associations partenaires : Foyer Notre Dame Des Sans Abri (FNDSA) et son dispositif Alliance, Habitat et Humanisme Soins, sont venues questionner et enrichir ma réflexion. J'ai fait le choix d'interroger à la fois des travailleurs sociaux, un infirmier, un dirigeant d'association, un cadre du social, des cadres en EHPAD, des chefs de service possédant la double compétence social et soins.

Pour ce qui est de la parole des personnes concernées, j'ai fait le choix de partir des ateliers qui avaient pu se dérouler sur le projet du Refuge des Aînés, porté par Alynea, pour éviter de sursolliciter des personnes pour lesquelles l'effort est important. Ceci d'autant plus qu'elles ont été mobilisées aussi dans la réécriture du projet associatif.

Le positionnement de nos fédérations professionnelles est important et j'ai beaucoup échangé avec la coordinatrice santé de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) sur les possibilités et projets du territoire, j'ai participé à la journée santé précarité de la FAS à Paris le 4 décembre 2023.

L'observation du terrain était importante, elle s'est déroulée de deux façons :

- Des visites sur des établissements accompagnant le même public : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées (MAPAM) de Dijon et l'EHPAD Saint Barthélémy à Marseille.
- La découverte de l'EHPAD grâce à un stage d'observation de deux semaines dans un établissement du groupe Accueil et Confort Pour Personnes Agées (ACPPA), groupe associatif. Il gère notamment quelques unités pour personnes handicapées vieillissantes et est très implanté sur le territoire de la métropole Lyonnaise.

Enfin, les échanges avec les financeurs concernés et leur volonté d'améliorer l'offre d'accompagnement de ces personnes sur le territoire ont été déterminants pour parvenir à construire ce projet.

1 L'enjeu du vieillissement des personnes ayant un parcours d'errance

1.1 Alynea, une association engagée et militante dans la lutte contre le sans-abrisme

1.1.1 Histoire et organisation

Fondée en 1973, l'association REGIS, devenue Alynea-Samu Social 69 en 2024 (nommée Alynea dans la suite de ce mémoire), est une association laïque engagée dès son origine dans un accueil des personnes sans-abri respectant leur dignité et leur intimité. 2 fusions, en 2010 avec Entretemps puis en 2017 avec ENTR'AIDS (appartements de coordination thérapeutique - ACT) vont élargir le champ des compétences de l'association sans l'éloigner de son objet : la lutte contre le sans-abrisme. Bénévoles et salariés se retrouvent autour des valeurs de l'association², qu'ils ont choisies ensemble lors de l'écriture du projet associatif 2024-2028.

L'innovation fait partie des caractéristiques fondamentales d'Alynea, en particulier à l'intention des personnes qui ont du mal à intégrer les dispositifs classiques ou à y rester. Les derniers dispositifs créés dans cet objectif s'appuient sur une approche du travail social orientée vers les forces pour favoriser le développement du pouvoir d'agir des personnes concernées. Pour reprendre la définition de Yann Le Bossé, « *le développement du pouvoir d'agir est le processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou le collectif auquel elles s'identifient* » (Le Bossé, 2021 : 8). Depuis plusieurs années, l'association a fait le choix d'orienter l'action d'Alynea en ce sens. La pédagogie et le temps ont manqué pour faire adhérer les salariés de services utilisant d'autres approches. Cela a cristallisé des positions. Les équipes d'Alynea ont repris cette année un travail de coconstruction de cette évolution. La réécriture du projet associatif a permis de réaffirmer l'importance d'une pluralité d'approches de l'accompagnement pour assurer au mieux les missions de l'association et permettre l'innovation dans les dispositifs et dans les pratiques.

L'association emploie aujourd'hui 220 salariés sur 18 services³ qui, par leur diversité, proposent un accompagnement global à une grande multiplicité de publics précaires. Le développement de l'association s'est accéléré en sortie de crise COVID : 200 salariés en 2021 alors qu'ils étaient 156 un an plus tôt (+30 %). Ce changement rapide s'est avéré

² Annexe 2 – Analyse 7S d'Alynea

³ Annexe 1 – Organigramme de l'association

déstabilisant pour une organisation qui était alors sous-dimensionnée. Depuis, les services supports se sont structurés par une direction générale adjointe. Ce développement avait également fragilisé une organisation opérationnelle qui s'est stabilisée autour de 3 directions opérationnelles depuis 2022. Si un pilotage efficace, un cadre explicite et des fonctionnements unifiés restent des axes de progrès, l'association est aujourd'hui en mesure d'assumer de nouveaux développements, pour autant qu'ils correspondent à ses capacités et à son projet associatif.

Le budget global de 2023 est de 18 M€, financés par la Direction Départementale du travail, de l'emploi et des solidarités (DDETS) pour 47 %, la Métropole de Lyon pour 15 %, l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour 9 %, le mécénat pour 3 % et d'autres financements au titre de la facturation du service formation et des Ateliers d'Adaptation à la Vie Active (AAVA), de la participation des usagers et de marchés publics. Fin 2023, une fondation Alynea-Samu Social 69 a été créée sous l'égide de la Fondation Abbé Pierre. Elle est destinée à recueillir des fonds auprès du grand public. Le développement des financements privés fait partie des orientations stratégiques de l'association, en s'appuyant sur un plaidoyer qui se renforce.

1.1.2 Des personnes vieillissant dans nos CHRS avec peu de solutions de sortie

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) (art L312-1 Code de l'Action Sociale et des Familles - CASF) ont pour premier objectif de permettre aux personnes accueillies d'accéder à l'autonomie personnelle et sociale. C'est ainsi que le CASF définit leur mission première. Il s'agit donc d'assurer un hébergement et un accompagnement global pour aller vers une autonomie dont la définition reste à préciser.

La loi 2009-323 du 25 mars 2009 est venue compléter le CASF en précisant que « *Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation.* »

Sur nos 5 CHRS⁴, 3 établissements fonctionnant en semi-collectif (appartements ou chambres individuels regroupés) accueillent des personnes souffrant d'addictions, de troubles psychiques rendant leur orientation plus difficile. Un vieillissement accéléré vient souvent se rajouter à ces difficultés :

- Carteret accueille en semi-collectif majoritairement des hommes isolés avec ou sans animaux souffrant d'addictions et/ ou de troubles psychiques.

⁴ Annexe 1 – organigramme d'Alynéa

- Cléberg accueille en collectif avec chambres individuelles des personnes isolées dont la majorité souffrent d'addictions et de troubles psychiques. Parmi ces personnes, un certain nombre a plus de 60 ans, souffre de pathologie duelle⁵ et reste au CHRS faute d'orientation vers un dispositif médico-social. Sur 23 résidents, 15 bénéficient actuellement de soins infirmiers quotidiens.
- Point Nuit accueille des femmes isolées dont nombre d'entre elles souffrent de troubles psychiatriques. Il accueille également quelques femmes en transition de genre.

Dans ces 3 établissements, 52 % des personnes accompagnées souffrent de troubles psychiques, 36 % d'addictions et 27 % relèvent ou relèveraient d'une reconnaissance de la Maison Départementale Des Personnes Handicapées (MDPH). Les pathologies duelles sont nombreuses mais ne sont pas mesurées en tant que telles dans nos rapports d'activité. Il est à noter également que 14 % des personnes accompagnées ont plus de 60 ans et devraient donc relever d'autres dispositifs.

Un grand nombre de ces personnes ont besoin de temps pour simplement nouer une relation de confiance avec les travailleurs sociaux et accepter de travailler le soin, comme un préalable à toute autre action. C'est seulement après que d'autres besoins pourront être travaillés, dont l'orientation.

Le logement ordinaire n'est pas forcément accessible par peur de la solitude ou parce que la prise en charge que nécessite leur état général ne le permet pas, d'autant que les aidants familiaux sont l'exception. Nous sommes pour les personnes nécessitant une orientation vers un dispositif médico-social confrontés à une deuxième difficulté qui est de réussir à trouver l'établissement qui acceptera nos résidents, qu'il s'agisse de personnes en situation de handicap comme de personnes en situation de vieillissement précoce. Les délais peuvent être de plusieurs années quand les entrées en EHPAD font l'objet d'un refus quasi-systématique. Les motifs de refus sont souvent liés à des addictions encore présentes ou des pathologies psychiatriques non stabilisées.

Lors de la renégociation du CPOM, le diagnostic multidirectionnel a fait ressortir tous ces éléments. En parallèle de cela, les indicateurs qui sont venus se rajouter à ceux existants dans les précédents CPOM mettent l'accent sur une sortie rapide vers le logement ordinaire :

- Taux de demande de logement social des ménages à 3 mois de présence avec un objectif à 100 %.

⁵ Pathologie duelle : association d'une psychose et d'une addiction

- Une durée de présence est considérée comme anormalement longue dès lors qu'elle dépasse 24 mois, dans un territoire où le délai d'attente pour un logement social est de 27 mois et où le logement privé est devenu inaccessible.

Bien qu'habituelle dans le secteur de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI), cette dichotomie a amené l'association à lancer une réflexion sur le sujet de l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

1.1.3 Une réflexion menée dans l'association depuis plusieurs années déjà

Une des valeurs constantes dans les projets associatifs successifs est l'inconditionnalité de l'accueil et sa continuité. Cette valeur s'exprime au quotidien par le choix d'accueillir toute personne orientée par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), géré par la Maison de la Veille Sociale (MVS) sur la Métropole.

Or, cette volonté est mise à mal par les problématiques de santé, en particulier psychique ou relevant d'addictions. Les troubles du comportement qui en découlent peuvent faire vivre aux équipes comme aux autres usagers de l'inconfort, des situations stressantes, voire de la violence verbale ou physique. Ils peuvent mettre en difficulté le collectif ou le voisinage, lorsque la personne est hébergée en diffus.

Par ailleurs, les situations de handicap ainsi que les conséquences du vieillissement précoce viennent interroger notre mission d'insertion alors que le médico-social peine à accueillir ces personnes quand elles cumulent les problématiques : handicap et addictions, vieillissement et psychose. Si le médico-social n'est à priori pas structuré pour accueillir des personnes au comportement difficile, nos établissements et organisations ne sont pas conçus ni dotés pour répondre aux besoins de soins. Nos travailleurs sociaux se retrouvent régulièrement à « bricoler » pour répondre autant que faire se peut aux besoins de ces personnes. Ces situations sont génératrices de risques psycho-sociaux mais aussi de problématiques de santé somatiques pour nos personnels : on ne s'improvise pas aide-soignant quand on n'est pas formé pour cela et que l'établissement n'est pas équipé.

Différents ateliers de travail ont fait émerger la préoccupation de l'orientation des personnes vieillissantes sans-domicile.

Par l'écriture d'un projet nommé l'îlot, une équipe de travailleurs sociaux a fait remonter le besoin d'accompagnement spécifique de personnes en situation de dépendance qui n'ont pas ou peu accès à l'hébergement d'urgence. Elles sont majoritairement en situation de non-recours et cumulent problématiques sociales, psychiques et addictions. Isolées et majoritairement âgées de plus de 60 ans, ces personnes accèdent difficilement à une place

en CHRS alors que leurs besoins d'accompagnement et l'absence de logement le justifieraient. Le CHRS, malgré tout, ne pourrait pas répondre à leur besoin de soins de santé au quotidien. Naviguant entre la rue et la Halte de Nuit, l'évaluation de leur état de dépendance et la constitution d'un dossier administratif solide deviennent extrêmement compliqués et rajoutent un frein majeur à leur orientation vers un dispositif médico-social. L'équipe propose la création d'un établissement qui assurerait une prise en charge éducative et sanitaire permettant à la fois une stabilisation et l'évaluation précise de l'état de dépendance de la personne. Si cette proposition n'a pas pu se concrétiser, elle permet de pointer à la fois l'augmentation du nombre de personnes dépendantes à la rue et la difficulté pour le secteur AHI à répondre à la complexité des besoins de ces personnes.

En parallèle, et notamment parce que le médico-social reste pour le moment exceptionnellement accessible, l'association porte aujourd'hui un projet d'habitat inclusif avec accompagnement renforcé à l'intention des personnes en situation de handicap ou de plus de 65 ans. Cet habitat pourrait accueillir jusqu'à 20 personnes suffisamment autonomes pour intégrer ce type de projet. Si l'on peut raisonnablement penser que ce bâtiment ouvrira ses portes en 2026, il n'est pas certain qu'il répondra aux besoins des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance pour lesquelles il a été initialement imaginé. En effet, nous sommes confrontés à plusieurs difficultés :

- L'habitat inclusif ne permet pas un accueil à partir de 60 ans mais seulement à partir de 65. Nous verrons l'impact de ce critère lorsque nous parlerons des besoins du territoire.
- Les personnes concernées ont besoin à la fois d'accompagnement social et d'une présence soignante régulière, que nous n'arrivons pas pour le moment à financer totalement.
- Ces personnes ne bénéficient pas du soutien familial qui pourrait venir compléter l'intervention des professionnels.
- Nous ne pouvons pas organiser l'habitat pour les états de dépendance importants (à compter du Groupe Iso Ressources GIR 3) et la difficulté d'orientation vers le médico-social reste entière.

On visualise bien, grâce à ces deux projets, à la fois l'importance de cette préoccupation pour un accompagnement adapté et respectueux des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance et la nécessité de travailler l'accès aux dispositifs médico-sociaux pour ces personnes.

1.2 Les personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance

1.2.1 De l'évolution démographique et de la désinstitutionalisation pour expliquer l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes sans-domicile

Les personnes sans-domicile ne font l'objet d'études qu'à des intervalles relativement longs au regard de l'évolution de ce phénomène : la dernière étude publiée de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) date de 2012 et la prochaine devrait l'être fin 2025. Une personne sans-domicile peut être à la rue, hébergée chez des tiers, hébergée dans les dispositifs dédiés ou logée en habitat précaire. Au contraire d'une personne sans-abri, qui dort dans la rue ou dans un endroit non dédié à l'hébergement de façon habituelle (définition de l'INSEE).

L'étude de 2012 dénombrait 141 500 personnes sans-domicile, en augmentation de 50 % par rapport à 2001, en identifiant uniquement les personnes qui recouraient à des services d'hébergement ou de restauration. Les personnes qui ne sollicitaient plus les services dédiés n'ont pas été identifiées, ce qui constitue un biais récurrent sur ce type d'enquête : les retours d'expérience des professionnels de terrain sont notamment qu'on retrouve un grand nombre de plus de 60 ans parmi les invisibles (entretien assistante sociale CHRS Carteret, 2024).

Le constat d'un nombre grandissant de personnes de plus de 60 ans, souvent en situation de vieillissement précoce, est partagé par nombre de professionnels. La FAS s'est saisie de cet enjeu : lors de la journée nationale santé précarité du 4 décembre 2023, l'enjeu du vieillissement précoce des personnes sans-domicile a fait l'objet d'un atelier et d'un plaidoyer.

Deux causes principales me semblent expliquer l'apparition de cet enjeu : une augmentation progressive de l'espérance de vie des personnes sans-domicile et les effets des politiques de désinstitutionalisation sur les publics les plus difficiles à accompagner.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance en France a augmenté de 20 ans. L'espérance de vie à la naissance est la « durée de vie moyenne d'une génération fictive qui connaîtrait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée » (Institut national de la statistique et des études économiques - Bilan démographique 2023, 2024 : 4). Ce calcul est donc le reflet des conditions de vie à un moment donné : à titre d'exemple, l'épidémie de COVID a provoqué une diminution de l'espérance de vie sur les années 2020 et 2021 d'un peu moins d'un an alors que la progression était continue jusque-là.

L'évolution depuis 1946 est le reflet à la fois de l'amélioration de nos conditions de vie, des progrès réalisés en médecine et d'une meilleure prise en charge des problématiques de santé pour l'ensemble de la population française.

S'il faut se réjouir que l'évolution démographique concerne également les personnes sans-domicile, l'écart d'espérance de vie reste significatif et le vieillissement beaucoup plus précoce. Dans l'étude de 2012, les personnes de plus de 50 ans représentaient 25 % de la population des sans domicile alors qu'ils représentaient 47 % des personnes en logement. Le Collectif des Morts de la Rue considère que l'espérance de vie des personnes ayant un parcours d'errance est inférieure de 30 ans à celle de l'ensemble de la population. Ce qui signifie que les effets du vieillissement se font sentir chez ces personnes avec le même décalage temporel, avant l'âge officiel d'entrée en EHPAD à 60 ans pour un âge moyen réel d'entrée à 86 ans. Ces profils atypiques peinent à trouver une place dans un secteur médico-social aux prises avec les conséquences de la désinstitutionnalisation.

Le secteur médico-social s'est construit, après-guerre, sur l'institution comme centre de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. L'institution est vue en France comme étroitement liée au bâtiment qui l'abrite mais aussi comme ce qui a permis de structurer le champ de l'intervention médico-sociale.

Les pressions à la fois des Nations Unies et de l'Europe sur la nécessité de désinstitutionnaliser notre secteur médico-social s'appuient sur une volonté d'inclusion et de développement du pouvoir d'agir des plus vulnérables. Cette tendance de fond touche tout le secteur mais également la psychiatrie, ce qui n'est pas anodin pour les personnes avec un parcours d'errance. Le nombre de lits en psychiatrie est passé de 120 000 à 56 000 entre 1987 et 2005, selon les données de la DREES de 2005 (Jovelet, 2017 : 1- Psychose chronique et logique de médico-socialisation : Un intérêt pour les psychotiques âgés ?)⁶.

La primauté de l'intervention à domicile dans le handicap, auprès des personnes âgées, en psychiatrie exclue de facto ceux qui n'ont pas de domicile. La difficulté constatée aujourd'hui dans ces derniers champs d'action est que se retrouvent dans les établissements restants les situations les plus difficiles, confrontant les équipes à des concentrations de problématiques difficiles à porter. Dans ces conditions, accueillir des personnes cumulant problématiques de santé mentale, addictions et parcours d'errance devient très difficilement envisageable et les refus de dossiers mènent ces personnes à connaître une nouvelle situation d'exclusion.

Dans le secteur de la précarité, la politique du logement d'abord et les mesures d'accompagnement vers et dans le logement, sont le pendant de ce mouvement de fond. Pour des raisons qui peuvent tenir à la fois du parcours de la personne, de ses souhaits,

⁶ J'ai lu cet ouvrage en format dématérialisé sans numérotation de page, je ferai donc référence aux chapitres lorsqu'il sera cité

besoins et contraintes, l'accès au logement autonome n'est pas toujours la solution la plus adaptée. Une partie des personnes que nous accueillons dans les lieux d'hébergement ont un parcours de vie très institutionnalisé entre structures de protection de l'enfant, prison, hôpital. L'orientation vers un logement indépendant peut confronter au fait de ne pas avoir appris à vivre en autonomie, peut confronter à une solitude à laquelle on n'est pas habitué, peut confronter à la pression d'être amené à se conformer à ce qui va être vu comme l'attente de l'environnement en termes de comportement.

Si l'accès au logement doit être la norme pour ceux qui le souhaitent et le peuvent, il faut, dans nos organisations et nos politiques, garder un peu de place pour ceux qui feront un autre choix.

1.2.2 Vieillir à la rue : une peine alourdie

Quand on parle de personnes avec un parcours d'errance, il faut préciser ce qu'on entend par là parce que le rapprochement entre errance et sans-abrisme donne lieu à de nombreux débats. S'agit-il d'une errance géographique, d'une errance institutionnelle, d'une errance dans les relations, de l'errance de la personne âgée atteinte d'un trouble neurocognitif, de l'errance du psychotique ?

Dans le cas de personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, on peut trouver tout ça à la fois : une vie faite, entre autres choses, de ruptures affectives, quelquefois depuis le plus jeune âge, d'un parcours institutionnel fait de multiples ruptures incomprises la plupart du temps. Ces parcours d'errance sont faits d'une reproduction répétitive de situations à l'infini, la personne concernée se plaçant en situation d'attente perpétuelle (Declerck, 2001). Dans ce contexte, les prises de substances psychoactives viennent atténuer temporairement la souffrance psychique ressentie.

Ces parcours de vie conjugués à la vie dans la rue épuisent également le corps, sont causes de pathologies somatiques multiples qui mènent à un vieillissement précoce de la personne.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Des problèmes de santé complexes, appelés syndromes gériatriques, caractérisent le vieillissement. Leur âge d'apparition, très variable, est dépendant de facteurs multiples dont les conditions et les habitudes de vie font partie. Chez les personnes avec un parcours d'errance et de sans-abrisme, les premiers signes de cette dégradation sont constatés par les travailleurs sociaux très tôt, souvent entre 50 et 60 ans.

Pour une personne vieillissante avec un parcours d'errance, le vieillissement constitue une vulnérabilité qui vient se rajouter à celles déjà présentes. La personne va alors mettre en

place des stratégies lui permettant de limiter sa perte d'autonomie et de poursuivre tant bien que mal sa carrière de survie. La routine, la possibilité de conserver des repères stables deviennent cruciales parce qu'elles permettent de compenser partiellement les effets du vieillissement : le quartier et ses habitants sont bien connus de la personne et permettent de s'orienter quand le déclin des capacités cognitives limite la capacité à affronter un nouvel environnement. Le besoin de stabilisation devient donc prioritaire pour le bien-être de la personne.

Pouvoir bénéficier d'un chez soi sécurisant est une demande généralement partagée par les personnes sans-domicile. Les personnes vieillissantes ne font pas exception dans ce domaine avec cette difficulté que, lorsque la dépendance s'installe, elles ne peuvent pas s'appuyer sur un aidant familial. La très grande majorité des personnes vieillissantes sans-domicile que nous accompagnons sont en situation de rupture avec leur famille et souvent isolées. Dans le maintien à domicile, la dépendance, quand elle limite ou empêche le mouvement, peut mener à des situations d'isolement source de grande souffrance psychique. Idéalement, le chez soi permettant de se sentir en sécurité et de préserver son intimité doit s'accompagner d'un collectif soutenant et présent au quotidien.

Le chez soi permet aussi de continuer à vivre avec son animal, chien le plus souvent. Il a souvent constitué un soutien affectif pour la personne et il n'est pas rare qu'une solution de logement soit refusée quand elle oblige à abandonner l'animal. C'est demander à une personne confrontée en permanence à l'exclusion d'entrer elle-même dans un processus d'exclusion. L'accueil de l'animal fait partie des attentes des personnes.

On ne peut parler des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance sans aborder le syndrome d'auto-exclusion, ses effets et les stratégies que les accompagnants mettent en œuvre. Adrien Pichon, psychologue clinicien intervenant en CHRS, s'appuyant sur les travaux de Jean Furtos, parle du syndrome d'auto-exclusion comme d'une forme de « *mort relationnelle* » (Pichon, 2013 : 38).

L'exclusion, parce qu'elle place la personne dans la survie plutôt que dans la vie épuise physiquement, psychologiquement, relationnellement. Quand la personne a épuisé toutes ses ressources, pour continuer à survivre, elle s'empêche de vivre. Elle se coupe des relations possibles mais aussi de son corps, de son ressenti. Les manifestations de ce syndrome vont de l'anesthésie du corps à l'errance psychologique en passant par l'incurie, la rupture de tous les liens... Elle peut précipiter la mort et participe de l'espérance de vie fortement réduite des personnes sans-domicile.

Accompagner ces personnes passe par le réinvestissement de la relation. C'est ce qu'un travailleur social du CHRS Cléberg a illustré lors de notre rencontre par ces propos : « avec certains résidents, lors de leur arrivée, l'échange n'est pas encore possible. Il faut d'abord que j'entre dans leur monde pour qu'ensuite ils arrivent progressivement à revenir vers le

nôtre ». Il a ensuite ajouté que le prendre soin de son environnement puis de soi venait seulement après la réactivation d'une certaine capacité relationnelle de la personne. Travailler l'accès aux soins en CHRS commence souvent par travailler la relation et le début d'une confiance. Le temps de cette mise en relation n'est pas celui de l'urgence médicale ou sanitaire, il est malgré tout indispensable.

Les manifestations du syndrome d'auto-exclusion constituent un frein majeur à l'entrée des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance dans les établissements médico-sociaux.

1.2.3 Des personnes trop souvent exclues de l'accès au médico-social

Quand des personnes de plus de 60 ans ou s'en approchant, avec un parcours d'errance, souffrant souvent de troubles psychiques et d'addictions sont accueillies en CHRS, il ne s'agit plus pour elle de travailler une insertion vers l'emploi ou vers le logement de droit commun. Il s'agit plus d'accompagner une fin de vie digne, stable et respectueuse.

Cet accompagnement peut mener à une orientation vers un établissement médico-social, permettant une qualité de soins conforme aux besoins de la personne. Et c'est à ce moment que les choses deviennent compliquées. L'acceptation du dossier est souvent conditionnée à un état psychique et addictif stabilisé.

J'ai travaillé il y a plus de 25 ans dans un CHRS qui accompagnait vers l'insertion dans le logement quelques personnes. Il fallait pour cela qu'elles démontrent leur bonne volonté par un comportement exemplaire, une réduction de la consommation d'alcool, une discipline que l'insécurité générée par leur situation rendait très difficile à tenir. En parallèle, nous ne pouvions accueillir ces personnes que 30 jours de suite, après quoi elles devaient quitter le CHRS au moins une semaine avant d'y revenir. Cette organisation maintenait ces personnes dans une insécurité permanente et leur demandait en même temps d'améliorer un comportement en partie engendré par l'exclusion dont elles souffraient.

Demander aujourd'hui à une personne hébergée en CHRS, qui a intégré qu'il s'agit majoritairement d'un lieu de vie temporaire, qui a vécu de nombreuses ruptures de parcours, de travailler à stabiliser ses addictions et son état psychique dans ce contexte relève de la même injonction paradoxale. Le chemin pour arriver à cette stabilisation ne peut s'envisager que si la personne se trouve dans un cadre sécurisant et stable. Ce qui n'est que moyennement le cas du CHRS et encore moins de la rue, des hébergements d'urgence, haltes de nuit, etc...

Les dispositifs médico-sociaux sont en difficulté pour accueillir ces personnes parce qu'ils n'ont pas été organisés pour cela, que les problématiques de rotation de personnel et de recrutement sont très présentes à l'esprit des directions d'établissement. Des structures

médico-sociales adaptées à l'accueil de personnes vieillissantes avec un parcours d'errance relèvent de l'exception en France.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) sont une piste d'orientation possible en ce sens qu'ils ont été créés pour les personnes malades sans-domicile. Régis par l'article D312-176-3 du CASF, les LAM n'ont pas de durée de séjour limitée et mixent équipe soignante et équipe éducative. Malgré cela, l'exemple du guichet unique sur Lyon est éclairant : les personnes non stabilisées sur le plan psychique et addictif peuvent tout à fait être refusées alors que ces dispositifs ont été créés aussi pour ces personnes. Comme le nombre de places existantes sur le territoire métropolitain représente environ 10 % des besoins et que la durée de séjour n'a pas de limite, une sélection s'opère.

Concernant l'accès en résidence autonomie ou en EHPAD, les places accessibles à ces personnes se trouvent dans les établissements financés à l'aide sociale, publics ou privés associatifs. L'obtention d'une place relève du pouvoir de décision de la direction qui, pour différentes raisons, va le plus souvent refuser la demande. Dans ces structures, l'influence des familles dans les décisions prises par l'institution et dans ses fonctionnements est centrale. Par ailleurs, les préjugés et craintes du personnel sont une autre motivation de refus.

Ces difficultés sont à rapprocher de celles auxquelles sont confrontées les personnes handicapées vieillissantes (PHV). Ces personnes entrent en EHPAD beaucoup plus tôt que la moyenne des Français parce qu'elles souffrent également de vieillissement précoce. Elles bénéficient en grande majorité de l'aide sociale et sont le plus souvent isolées, sous mesure de protection judiciaire (DREES, EHPAD : un résident sur 10 a moins de 75 ans, 2024). Elles intègrent majoritairement des EHPAD publics et, dans une moindre mesure, des EHPAD associatifs. Entre 2006 et 2018, la part des personnes de plus de 60 ans au sein de la population des personnes en situation de handicap est passée de 3 à 9%. Les Etablissements et Services d'Accompagnement par le Travail (ESAT) sont confrontés à la difficulté d'orienter ces personnes vers un établissement adapté : plus de 25 % des projets d'établissements abordent cette problématique. Là aussi, l'accompagnement de ces personnes demande aux équipes des EHPAD formation et adaptation, insuffisamment organisées pour le moment.

Pour alimenter ma réflexion autour de ce sujet de mémoire, j'ai effectué un stage d'observation dans un EHPAD associatif. Il s'agissait d'un établissement habilité à 100 % à l'aide sociale avec un niveau de GIR Moyen Pondéré (GMP) et un Pathos Moyen Pondéré (PMP) supérieur à la moyenne nationale. Le directeur et le médecin coordinateur étaient expérimentés quant à l'accueil de profils de précaires ou sortant de psychiatrie dans leurs

expériences précédentes. La priorité en termes de gestion des entrées pour un directeur d'EHPAD est d'équilibrer les profils et les types de dépendance afin d'équilibrer la charge de travail : les dossiers retenus sont ceux qui vont permettre à l'équipe soignante de ne pas subir trop de surcharge et de stress. Les échanges sur mon sujet de mémoire avec le reste de l'encadrement ont généré intérêt, crainte des troubles et surcharges que cela pourrait engendrer pour l'équipe soignante et culpabilité. Ces profils déstabilisants parce qu'imprévisibles et difficiles à comprendre, quelquefois bruyants, quelquefois en situation d'incurie demandent également une adaptation à une équipe fonctionnant déjà en flux tendu et c'est la raison principale des refus à l'entrée en EHPAD.

Les problématiques multiples rencontrées par ces personnes les placent à la convergence de différentes politiques sociales rendant leur accompagnement d'autant plus difficile. Devant le constat d'une augmentation régulière du nombre de personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, les acteurs du territoire de la Métropole de Lyon se sont saisis de la problématique depuis quelques années déjà.

1.3 L'environnement : les politiques, le territoire et les attentes des financeurs

1.3.1 Des politiques cloisonnées : une difficulté pour accompagner les grands exclus

Dès 2009, Santé Mentale Europe (SME) et la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) rappelaient, dans une déclaration commune, le lien causal entre santé mentale et exclusion du logement. Cette déclaration formulait un certain nombre de recommandations visant à la réduction du sans-abrisme par une approche holistique (FEANTSA, SME, 2009).

Le socle européen des droits sociaux, signé le 17 novembre 2017, constitue une incitation forte à ce que chaque état de l'Union Européenne, et en particulier les pays de la zone Euro, mette en œuvre les politiques qui permettront de renforcer les droits sociaux des peuples concernés. Les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance sont concernées au titre de la protection et de l'inclusion sociale.

Le positionnement de l'Union Européenne sur ces sujets n'est pas contraignant pour les états membres. Le nombre de personnes sans-domicile sur le continent n'a cessé de croître pour atteindre 895 000 en 2023, selon le 8^{ème} regard sur le mal-logement en Europe publié par la FEANTSA et la Fondation Abbé Pierre. La France ne fait pas exception dans ce domaine puisque le nombre de sans-domicile y a connu la même progression.

Les politiques d'action sociale en France se caractérisent par un fort cloisonnement. Or, les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance relèvent à la fois de la politique du

logement, et plus particulièrement du secteur AHI, de la politique du grand âge, de celle du handicap, en particulier psychique, et de la psychiatrie. Et parce que leur comportement rend leur prise en charge difficile, le risque d'un maintien à la rue est particulièrement élevé pour un certain nombre d'entre eux : la logique de la patate chaude ou la non-gestion des ingérables.

Le secteur de la grande précarité est financé par le Budget Opérationnel de Programme (BOP) 177 sur le logement, dédié à l'hébergement et au parcours vers le logement et l'insertion des personnes vulnérables. Il s'agit de financements d'Etat pilotés par la Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement (DIHAL). Ce secteur est également financé sur les volets accès aux droits et protection judiciaire sur le BOP 304.

Les politiques du grand âge et du handicap font l'objet de financements multiples, pilotés par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) dans le BOP 157 : conseils départementaux et branche autonomie de la sécurité sociale, gérée par les ARS et leur délégation départementale.

Le secteur de la psychiatrie est financé principalement par l'Assurance Maladie, géré localement par les ARS.

Parce que chaque secteur a ses objectifs, ses priorités et ses contraintes, ce cloisonnement reste très présent dans les fonctionnements du secteur médico-social et peut constituer un obstacle à une prise en charge globale des personnes qui le nécessitent. Pour en limiter les effets sur l'accompagnement des plus précaires, un certain nombre de plans et d'instances conjoints se sont développés. Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) constitue un exemple de cette volonté de décroisonner en abordant de façon globale les problématiques de santé des personnes les plus précaires. De la même façon, les structures associatives du secteur de la grande précarité sont incitées, par le biais des CPOM notamment, à élargir leur prise en charge par des dispositifs mixant santé et insertion, avec des financements multiples.

Si la complexité des problématiques des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance encourage à s'orienter vers des actions globales, le rapprochement entre des disciplines qui partagent des intentions similaires tout en ayant des approches différentes doit être travaillé pour fonctionner.

Le contexte du territoire de la Métropole de Lyon par sa concentration géographique et la multiplicité de ses acteurs constitue un terrain d'expérimentation idéal pour cela.

1.3.2 La Métropole lyonnaise : un écosystème dynamique insuffisamment fourni pour ces personnes

La Métropole de Lyon a été créée le 1^{er} janvier 2015, en séparant la communauté d'agglomération du grand Lyon du département du Rhône. Deux collectivités locales nouvelles, exerçant les compétences d'un département sont issues de cette scission : la métropole et le département du nouveau Rhône. Les mêmes services détachés de l'Etat, ARS et DDETS entre autres, exercent leurs prérogatives sur les deux collectivités territoriales.

La métropole rassemble 58 communes et 1.4 million d'habitants sur un territoire de 533 km². Il s'agit d'un territoire très urbanisé avec une densité de population élevée : 2668 habitants au km². Malgré un dynamisme économique certain, un taux de chômage plutôt bas (6.1 % en 2021) et le 2^{ème} revenu médian derrière l'Île de France, le taux de pauvreté du territoire est de 16 %, supérieur au taux national de 14.4 %. On recense sur la métropole 213 800 personnes pauvres soit 1 habitant sur 6. Les prix de l'immobilier n'ayant cessé d'augmenter ces dernières années, le logement locatif privé est devenu inaccessible (+21 % entre 2017 et 2022) pour les personnes les plus pauvres qui se sont reportées vers le logement social. Les investissements dans ce dernier secteur étant bien inférieurs aux besoins du territoire, le délai d'attente moyen pour obtenir un logement social se positionne à 27 mois aujourd'hui. En ralentissant fortement l'accès au logement pour des personnes aujourd'hui sans domicile, cette situation contribue à saturer les dispositifs d'hébergement qui se retrouvent à trier les demandes selon des critères de vulnérabilité avec des délais d'attente qui s'allongent (13 mois environ). Les acteurs du territoire sont nombreux : on dénombre 22 structures intervenant dans l'hébergement et le logement accompagné sur le territoire. 14 associations gèrent les 1764 places de CHRS et les 285 places d'accompagnement dans l'habitat (FAS, DDETS, LDA, CHRS et Logement d'Abord, 2023). A fin 2021, 5200 demandes étaient en attente de place en CHRS.

Les personnes isolées, souvent non prioritaires, représentent 65 % des demandes en attente d'une réponse au SIAO (MVS, 2024). Les personnes isolées vieillissantes font partie des publics pour lesquels le délai d'attente pour une place en hébergement ne cesse de s'allonger. La difficulté d'orientation de ces personnes en sortie d'hébergement ne fait qu'accentuer ce phénomène.

Au cours de la réflexion sur le projet d'habitat inclusif, nous avons demandé à la MVS de la Métropole, qui gère le SIAO, de nous transmettre quelques données chiffrées issues de leur système d'information. On dénombrait sur la métropole à la date du 29 septembre 2023, 587 personnes de plus de 60 ans à la rue dont 228 dans une situation de droit au séjour ne leur permettant pas d'accéder à l'ensemble des dispositifs médico-sociaux. Les

incertitudes législatives sur le droit des étrangers m'ont amenée à concentrer mes réflexions sur les personnes en situation administrative régulière. Les 359 personnes étudiées sont pour 73% d'entre elles en attente d'un hébergement, composées d'un tiers de femmes et de deux tiers d'hommes. La répartition par tranche d'âge qui est constatée dans cette étude est représentative d'une espérance de vie inférieure à celle de la population générale. 53 % de ces personnes ont moins de 65 ans et 29 % entre 65 et 70 ans : la tendance généralisée à décaler les âges de prise en charge des personnes dans les dispositifs de droit commun orientés vers les personnes âgées ne prend pas suffisamment en compte cette situation.

Pour notre territoire, l'enquête flash du public handicap et vieillissement en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) et CHRS d'octobre 2017 a permis de mieux cerner les difficultés à accéder à des structures médico-sociales et plus généralement à des soins. Menée par le Réseau Social Rue Hôpital (RSRH) conjointement avec la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) et l'ARS, cette enquête dénombrait les plus de 60 ans présents en structure d'hébergement (75) et leur situation par rapport à une demande d'entrée en structure médico-sociale. Elle a aussi permis d'identifier les difficultés rencontrées dans les établissements pour l'accueil de ces personnes. Les pathologies psychiatriques, l'addiction et les troubles du comportement générés par un parcours d'errance sont les principaux freins à l'orientation vers le médico-social : les demandes d'entrée en EHPAD, 25 % des personnes de plus de 60 ans présentes à ce moment-là, restaient en attente très longtemps, jusqu'à 5 ans pour une des personnes concernées. Par ailleurs, les travailleurs sociaux étaient en difficulté pour mobiliser des intervenants du soin dans les établissements (68 % d'entre eux), soit par méconnaissance des possibilités, soit parce qu'ils essuyaient des refus. Le manque d'aménagement de locaux adaptés aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR), des budgets ne permettant pas le financement de matériel adapté (fauteuil roulant, prothèse, protection urinaire, ...) ou de régime adapté ont conduit à un certain nombre de refus d'hébergement et donc à un maintien de ces personnes à la rue.

On mesure en comparant les données des deux enquêtes qu'entre 2017 et 2023, ce phénomène s'est accru.

Comme cela est le cas de façon systématique quand on parle des personnes sans-domicile, les invisibles, ceux qui n'ont pas sollicité de service social, ne sont pas comptés. S'agissant des plus de 60 ans, les professionnels signalent notamment des situations de personnes expulsées d'un logement après le décès d'un ascendant qui les avait pris en charge. Ces personnes sont démunies pour identifier des réseaux d'aide et pour les solliciter, sont identifiées tardivement et nécessitent un accompagnement, faute d'autonomie acquise dans les actes de la vie courante.

1.3.3 Les décideurs de la Métropole en recherche de solutions innovantes

L'enquête de 2017 a provoqué une prise de conscience de plusieurs décideurs, DDETS, Métropole et ARS, qui ont décidé de créer un dispositif visant à faciliter l'entrée des personnes sans-domicile dans des structures médico-sociales. Le dispositif Alliance a été créé en 2020 avec les missions suivantes :

- Sensibiliser les structures médico-sociales aux problématiques de ces personnes et accompagner leur intégration
- Accompagner les travailleurs sociaux dans la préparation du dossier d'entrée, les former aux attentes des structures
- En binôme avec les travailleurs sociaux, accompagner les personnes concernées à se préparer à ce changement de vie par une stabilisation si cela est possible

Alliance a contribué à la sensibilisation des directions d'EHPAD, accompagné un certain nombre de personnes mais bute aujourd'hui sur l'accessibilité à des places dans le médico-social en nombre suffisant.

Une étude conjointe FAS / DDETS de septembre 2023 sur les CHRS et le logement d'abord a de nouveau mis en avant à la fois les problématiques de santé et la difficulté d'orienter les plus de 60 ans.

Sur le territoire, la problématique d'accès des personnes vieillissantes en grande précarité fait partie intégrante des différents plans d'actions locaux : PRAPS, projet métropolitain des solidarités.

Le volet du PRAPS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023 intitulé « favoriser le travail en réseau entre les professionnels des champs sanitaires et sociaux pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes les plus démunies » intègre à la fois une volonté d'amélioration de la prise en charge des addictions dans les lieux d'hébergement et de faciliter l'entrée en EHPAD des personnes les plus précaires. Dans ce dernier cas, il est proposé de soutenir et mesurer l'impact de dispositifs innovants favorisant une meilleure insertion des personnes en situation de précarité aux structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le projet métropolitain des solidarités, déclinaison du pacte local des solidarités, a été lancé à l'automne 2023 à la suite de la présentation par l'Etat du Pacte des Solidarités. Un des axes retenus pour le territoire, l'accès aux droits essentiels, porte un volet sur l'accompagnement des personnes vieillissantes en situation de précarité. Une des orientations possibles en termes de projet est de favoriser l'accueil et le maintien dans l'hébergement par un appui aux structures médico-sociales.

Les groupes de travail et réflexions collectives se sont multipliés. La FAS a organisé avec l'ARS et la métropole un groupe de réflexion sur le vieillissement et la précarité, incluant des représentants des EHPAD comme des cadres de structures d'hébergement. La DDETS et l'ARS mènent une réflexion conjointe sur le sujet, qui inclut l'évolution du dispositif Alliance pour mieux répondre encore à la problématique posée par l'accompagnement de ces personnes.

La problématique aujourd'hui est la suivante : **comment faciliter l'accueil et un accompagnement respectueux de leurs spécificités des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance et en situation de perte d'autonomie ?**

Répondre à cette problématique suppose de s'interroger sur les spécificités des besoins et des attentes de ces personnes.

2 Répondre aux besoins des personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance

2.1 Accompagner le vieillissement précoce

2.1.1 Vieillir précocement et se poser après un parcours d'errance et de ruptures

Le vieillissement s'entend à la fois du vieillissement physique et du vieillissement cognitif. Un individu ne souffrant d'aucune pathologie dégénérative perd 40 % de ses capacités cognitives entre 20 et 60 ans et 20 % de plus dans les 20 années qui suivent (Lemaire, 2015 :9). Cette perte de capacités cognitives n'est homogène ni dans les capacités touchées ni entre les individus.

Le vieillissement physique, comme le cognitif, est impacté par le mode de vie, les maladies, les addictions ce qui fait des personnes avec un parcours d'errance de bons clients pour un vieillissement précoce.

Cette situation va être source de nouveaux besoins et d'une nécessaire adaptation de l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

Un des éléments frappants des conséquences du vieillissement sur ces personnes est le besoin de sécurité, d'évoluer dans un environnement extrêmement stable, que la personne ait connu ou non l'errance géographique. La routinisation de la vie quotidienne permet à la personne de pousser un peu plus loin sa carrière de survie (Besozzi, 2021 : 85).

L'étude sociologique réalisée par Thibaut Besozzi en 2021 sur les sans-abris vieillissants dans une grande ville de l'Est de la France est à cet égard très intéressante. On voit dans les différents profils présentés à quel point l'usure du corps et de l'esprit, les difficultés à se déplacer influencent les choix de survie de la personne. Plus le vieillissement s'accroît, plus le périmètre d'action de la personne se restreint et plus celui-ci va prendre le pas sur des déplacements qui apporteraient peut-être un peu plus de confort. Cette routinisation qui s'accroît favorise paradoxalement l'ancrage dans un mode de vie encore plus délétère : l'institution est un dernier recours si elle est en dehors de ce quartier d'installation, d'autant plus qu'elle peut imposer une vie collective qui n'est pas souhaitée. A cet égard, on retrouve chez ces personnes sans-abri vieillissantes ce qu'on retrouve graduellement chez les personnes très âgées, à savoir un détachement progressif du monde et de la société et une forme de repli sur soi. Ce détachement s'accompagne d'une forme de résignation psychologique qui fait que la personne n'attend plus d'amélioration de sa situation. Elle s'accommode de ce qu'elle vit et s'organise pour que le quotidien soit le plus stable possible. Là aussi, on retrouve ce phénomène chez toutes les personnes vieillissantes comme un moyen d'adaptation aux effets du vieillissement. La différence

fondamentale étant que les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance vivent ces phénomènes 25 à 30 ans plus tôt que le reste de la population.

Au-delà du besoin de soins réguliers qu'un vieillissement précoce génère, c'est bien de stabilité et de sécurité dont les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ont besoin et c'est ce que notre organisation sectorielle, avec ses politiques cloisonnées, a du mal à leur proposer.

Un parcours d'errance est une des causes du vieillissement précoce mais aussi la raison de troubles du comportement qui peuvent être perturbants pour l'entourage de ces personnes. Comme je le mentionnais au 1.2.2, l'errance peut revêtir de multiples formes et il me paraît plus signifiant de parler des nombreuses ruptures de parcours qui jalonnent la vie des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Quelles qu'en soient les causes, ces ruptures sont vécues comme des pertes de contrôles répétées, générant une grande souffrance chez les individus qui les subissent. Paradoxalement, la rue peut apparaître comme l'endroit où la personne a un certain contrôle sur sa vie. Et il va être très difficile de l'abandonner au profit d'un ailleurs, à priori plus confortable, mais dans lequel l'autre peut avoir un pouvoir sur vous, celui d'exiger certains comportements, celui même de vous exclure. C'est une des raisons de la méfiance de certaines personnes vieillissantes à la rue vis-à-vis des structures d'hébergement. La proposition d'un lieu de vie peut s'accompagner d'une période d'essai qui permet les allers-retours, un début d'échange avec les professionnels et de confirmer ou pas une acceptation de ce qui est un changement majeur. Construire un lien ténu de confiance avec des personnes dont le vécu est aussi lourd prend du temps. Au-delà de la période d'essai, certains ont besoin de retrouver la rue régulièrement. La spécificité de ces parcours est aussi que le lien avec la rue est un lien social, les copains, les personnes du quartier qui discutent avec vous en vous donnant une pièce, les personnes qui passent, le mouvement de la vie. Le retour à la rue peut être d'une autre utilité pour la personne vieillissante avec un parcours d'errance : il s'agit de s'assurer qu'on arriverait encore à survivre à la rue si on devait y retourner. Comme la crainte de la rupture est toujours présente à l'esprit, ça peut être rassurant d'aller dormir quelques nuits à la rue, comme un test de sa capacité à poursuivre sa carrière de survie.

Pour accueillir dans le respect de leur dignité et de leur singularité les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, les fonctionnements doivent être adaptés aux comportements générés par le vécu de ces personnes. C'est de là aussi que viendront sécurité et début de confiance.

2.1.2 Psychiatrie et addictions

Les personnes que nous accompagnons souffrent de problématiques de santé somatique et psychique aggravées par la vie dans la rue et quelquefois par un parcours migratoire traumatique. La prévalence d'au moins un trouble psychique dans la population sans-abri est évaluée à plus de 75% dans la littérature internationale (Fazel et al., 2008). En France, l'enquête Samenta de 2009 a montré que 31.5% des personnes sans domicile souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévère et plus de 28 % d'addictions (Laporte, et al., 2015). Les comorbidités sont élevées parmi cette population : parmi les personnes atteintes de troubles psychotiques, près de la moitié déclaraient une dépendance à un produit psychoactif (49.3%).

Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste français, disait « *qu'on juge le degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ou maltraite ses fous et ses déviants* » (Jovelet, 2017 : avant-propos : parcours et discours). Comme le psychiatre Georges Jovelet, on pourrait rajouter « *ses fous vieux* » (Jovelet, 2017 : avant-propos : parcours et discours). Dans cet ouvrage, Ces psychotiques qui vieillissent, sont pointés certains éléments expliquant en partie la présence de nombreux malades psychiatriques vieillissants à la rue ou dans les structures d'hébergement : la diminution du nombre de lits en psychiatrie mais aussi l'évolution de la durée de séjour de 86 à 41 jours entre 1989 et 2003. Les interrogations du psychiatre sur les psychotiques vieillissants rejoignent en de nombreux points celles qu'on peut avoir sur les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Très peu d'études ont été consacrées aux psychotiques vieillissants : il existe une conscience empirique de la problématique sans forcément en avoir mesuré l'ampleur. 1% seulement de la littérature s'intéressant à la schizophrénie est dédiée aux questions en lien avec l'avancée en âge, alors qu'une personne sur sept souffrant de cette affection est âgée de 65 ans ou plus.

Il met également en avant la différence importante qui existe entre le psychotique et le malade d'Alzheimer qui souffre de troubles psychotiques et la nécessité d'une formation adéquate du personnel des EHPAD. J'ai retrouvé également dans cet ouvrage l'interrogation sur l'orientation de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR) vers la perte d'autonomie physique. Il insiste sur l'importance de maintenir un suivi psychiatrique pour ces personnes une fois en EHPAD et pour cela, propose la création de structures regroupant plusieurs malades afin que l'accompagnement soit le plus adapté possible (Jovelet, 2017).

Constats et propositions rejoignent les réflexions au sujet des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance : nécessité d'un accompagnement psychiatrique, unités regroupant ce type de profils pour construire un entre-soi source de sécurité collective sans opposition

à une ouverture à l'environnement, autres résidents compris, formation du personnel, reconnaissance du handicap psychique dans la grille AGGIR.

Le lien entre addictions et troubles psychiatriques est étudié en psychiatrie sans qu'il soit évident de déterminer quoi engendre quoi mais les deux sont associés chez nombre de patients reçus en psychiatrie (Lançon, 2013). C'est un phénomène que l'on constate largement chez les personnes sans domicile ou avec un parcours d'errance.

Ce qui est constaté en psychiatrie, c'est qu'une situation d'addiction non stabilisée ne permet pas de travailler sur la maladie psychique. Une situation non stabilisée correspond soit à une période de rechute soit à une période de sevrage. Ces périodes vont engendrer, faire apparaître ou réactiver des troubles psychiatriques. Il est donc important d'amener la personne à réguler sa consommation pour parvenir à une forme d'équilibre.

C'est là que la Réduction Des Risques et Dommages (RDRD) intervient. Cette démarche de prévention a pour but de permettre à la personne de reprendre le contrôle de sa consommation. Dans les lieux d'hébergement, nous sommes confrontés depuis longtemps aux addictions, en particulier l'alcool. Pendant de nombreuses années, la gestion de l'alcool dans les établissements consistait à l'interdire au sein de l'établissement et à refuser l'entrée à ceux qui arrivaient manifestement trop alcoolisés (avant la mise en place du SIAO). Pour tenir jusqu'au lendemain matin, les personnes s'alcoolisaient très fortement ce qui les exposait à un risque de refus d'entrée, de nuit passée dans le froid dans cet état. Ces règles de fonctionnement venaient inciter à une consommation absolument hors de contrôle, ce qui ne faisait que renforcer la difficulté à travailler l'addiction avec la personne. Par ailleurs, l'exposition au froid d'un organisme épuisé par la vie dans la rue et très fortement alcoolisé présentait des risques de santé importants. Progressivement, les CHRS ont adapté leurs fonctionnements et pratiquent la RDRD. Certains limitent la consommation d'alcool à la chambre en distribuant à la personne ce qu'elle a déposé lors de son entrée, d'autres au contraire préfèrent que la consommation ait lieu dans un endroit convivial dédié à cet usage. Quant aux autres substances, les approches sont aussi adaptées aux obligations légales. En tout état de cause, ces règles permettent au personnel éducatif d'aborder progressivement le sujet de l'addiction et de la stabilisation de la consommation. Néanmoins, même la vie en CHRS reste une source d'insécurité et la stabilisation peut constituer un véritable défi dans ces circonstances.

Accueillir dans une structure médico-sociale une personne vieillissante avec un parcours d'errance souffrant de maladie psychique et d'addiction suppose d'accepter aussi que, malgré une stabilisation, des rechutes puissent se produire et qu'il faille les accompagner.

2.1.3 Quelle approche en travail social ?

« *L'avenir est derrière moi...je veux pas entendre parler de réinsertion, ils me font chier avec ça* » (Besozzi, 2021 : 100). Les propos de Guillaume, cité par Thibaut Besozzi dans son étude illustrent parfaitement le paradoxe qu'il peut y avoir à travailler la réinsertion d'une personne vieillissante avec un parcours d'errance.

Parler d'insertion ou de réinsertion pour ces personnes, c'est leur parler de logement autonome voire d'emploi et d'inscription dans la norme sociale. Leur parcours de vie et leur état général ne permettent plus d'envisager de travailler ces pistes.

Dans ces circonstances, quel accompagnement social mettre en place avec les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ?

Les politiques publiques comme la culture du travail social chez Alynea sont orientées vers le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA). Cette approche atteint ses limites avec des personnes dont le contact avec le réel est fluctuant. Or, certaines personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, souffrant de maladies psychiques, naviguent entre une réalité qui leur est propre et la nôtre. Comment, malgré cette limite, favoriser un accompagnement social qui tienne compte de cette difficulté à engager des ressources pour changer ?

Depuis plusieurs décennies, le travail social présuppose le plus souvent que toute personne est capable de se mobiliser. Or, « *en raison de trajectoires souvent négatives* » (Soulet, 2016 : vidéo) certaines personnes peuvent être momentanément ou durablement en incapacité d'activer leurs compétences. La possibilité d'un accompagnement palliatif vient interroger fortement la conception et l'efficacité du travail social comme outil de transformation de l'individu afin de lui permettre de s'insérer.

Cette approche est proposée par Marc-Henry Soulet, sociologue français, titulaire de la chaire de travail social et politiques sociales à l'université de Fribourg. Ses recherches portent principalement sur l'exclusion sociale, le travail social et toutes les formes d'intervention sociale.

L'accompagnement palliatif, tel qu'il le conçoit, vise la stabilisation de la personne afin de prévenir le risque de difficultés encore plus grandes. Il part du constat que certaines personnes sont dans une impuissance à agir qui ne permet pas au premier abord de fixer avec elles un but. Elles ont été confrontées au fait que leurs actions se retournent contre elles, qu'on considère qu'elles ne sont pas fiables, qu'à leurs yeux le monde et les institutions ne le sont pas non plus et ont intériorisé une incompétence globale.

Contrairement au travail social d'activation, l'accompagnement palliatif postule la nécessité d'être d'abord « *une aide à la relation plutôt qu'une relation d'aide* » (Soulet, 2016 : vidéo), relation créée et maintenue dans l'attente d'un « *réchauffement des habiletés* » (Soulet,

2016 : vidéo). Il s'agit par la relation mais aussi le cadre clair et assumé de l'institution de favoriser l'envie d'agir.

La définition des problèmes puis le but vont alors se coconstruire au fil de la relation, permettant de mobiliser les ressources qui correspondent à l'objectif fixé et de réintégrer des règles, souvent rejetées par le passé, qui permettent de progresser.

Cette approche de l'accompagnement social me paraît particulièrement adaptée aux personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Le vécu de ruptures multiples de ces personnes pose comme priorité de leur accompagnement le fait de s'inscrire dans la durée, d'aider à tenir plutôt qu'à changer. C'est ce que Guillaume et les autres participants à l'étude de Thibaut Besozzi nous renvoient. Il s'agit d'accompagner une stabilité, une sécurité dans un cadre qui s'adapte autant que possible à leurs attentes. La formalisation d'un plan d'accompagnement faisant partie de nos obligations professionnelles, sa rédaction doit intégrer une possibilité de s'inscrire dans une lente graduation des objectifs. Au fil du temps, la personne pourra se mettre en mouvement, dans la mesure de ce qu'il lui sera envisageable dans sa situation.

Il en est quelquefois des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap, leurs vulnérabilités peuvent les placer dans une relation asymétrique avec leur entourage, proches comme professionnels (Vallerie, 2010). Par cette approche fondée sur la relation et la co-construction, l'intervenant social peut contribuer à ce que la personne soit en situation d'élargir ses marges de manœuvre. Dans le contexte d'une structure médico-sociale, cette posture peut s'étendre à la structure et à ses intervenants. En effet, le secteur médico-social reste très imprégné d'une culture médicale qui place le professionnel dans un rôle de sauveur. Or, le sauveur impose, il compose assez peu.

Un intervenant social intégré dans une équipe de soignants peut contribuer à placer au cœur des réflexions d'équipe les demandes des personnes accueillies. Il peut aussi aider à décaler le regard sur les demandes de la personne et surtout sur ce qui peut lui être imposé au nom de l'habitude, des pratiques professionnelles.

2.2 Quelles solutions institutionnelles possibles ?

2.2.1 Les limites des structures existantes

Il existe aujourd'hui un certain nombre de dispositifs pouvant accueillir les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

Les CHRS le font, pour partie d'entre eux, et certains sont principalement orientés dans l'accueil de ce type de profil. J'en ai identifié 5 sur la métropole, gérés par 4 associations différentes. Les équipes sont attentives à assurer une prise en charge aussi adaptée que

possible. Elles butent malgré tout sur plusieurs écueils : le personnel éducatif se retrouve par nécessité à assurer des soins de nursing, les établissements ne sont pas forcément adaptés dans leur conception bâtementaire, les CHRS manquent de budget pour les fournitures et adaptations nécessaires. Un passage journalier d'infirmier ne suffit pas aux soins et le fonctionnement des CHRS n'est pas adapté à des personnes en grande perte d'autonomie. Au-delà d'un certain GIR, il est difficile d'envisager un maintien de la personne dans l'établissement sauf à s'accommoder de conditions de vie de moins en moins dignes. Le maintien fait aussi prendre aux équipes des risques en termes de surcharge de travail et de risques psycho-sociaux. Dans les EHPAD, le taux d'encadrement à 0.6 ETP/ résident est une moyenne constatée qui dépend du GMP et du PMP (Reynaud, 2020 : 21). Il peut toutefois être comparé au taux constaté sur les CHRS à 0.22 (Cabannes, Sigal, 2019 :11). Le taux d'encadrement dans les CHRS est en diminution constante depuis 2008 : comment imaginer dans ces conditions se substituer à l'EPHAD et assurer une prise en charge digne des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ? Des interventions sur site de professionnels du soin ne peuvent suffire à combler l'écart.

Créées dans un cadre expérimental par une circulaire du 10 décembre 2002, les pensions de famille proposaient au 31 décembre 2022, 22 700 places (DIHAL, 2023 : 13) à des personnes en situation d'exclusion ne pouvant ou ne souhaitant pas vivre en logement indépendant. Le territoire du Rhône, métropole comprise, propose 667 places en pension de famille accessibles par une orientation SIAO. Le 1^{er} plan Logement D'Abord (LDA) avait fait la part belle à l'augmentation du nombre de places sur l'ensemble du territoire, le 2^d maintient un objectif de création de 10 000 places sur 5 ans (DIHAL, 2023 :19). Ces structures proposent aux personnes qui ont connu un parcours de grande exclusion voire de rue d'être dans leur logement tout en bénéficiant du collectif : présence d'un professionnel, moments et lieux collectifs. Le séjour est sans limitation de durée, il permet donc une véritable stabilisation du parcours de la personne. Le taux d'encadrement est faible à 0.08 ETP/résident. Un des corollaires du fonctionnement et du succès des pensions de famille est qu'elles sont nombreuses à être confrontées aujourd'hui à des problématiques de gestion du vieillissement de leurs locataires (Chambon, et al., 2022). Lors de la journée de la FAS sur santé et précarité en décembre 2023, plusieurs professionnels témoignaient de leur crainte de se transformer en EHPAD à bas coût mais surtout que, par manque de moyens, leur établissement ne devienne maltraitant à la fois pour les habitants et pour les salariés. D'autant plus quand une proportion importante des habitants vieillit de façon précoce, cela vient changer, alourdir le travail des professionnels et déséquilibrer un collectif et nécessite soit une prise en compte par un accompagnement adapté et renforcé soit de travailler une nouvelle orientation vers l'EHPAD, aussi traumatisant que cela puisse être pour n'importe qui.

Créé par la loi portant Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique (ELAN) du 23 novembre 2018 et régi par les articles L281-1 à 4 du CASF, l'habitat inclusif s'adresse aux personnes en situation de handicap sans limite d'âge ou aux personnes âgées de plus de 65 ans. Les personnes sont locataires de leur logement et bénéficient d'espaces collectifs et d'une animation financée par un forfait : l'Aide à la Vie Partagée (AVP). Le projet doit être porté par une personne morale qui contractualise avec le conseil départemental, chargé de répartir les financements fournis par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il ne s'agit pas d'une structure médico-sociale, les habitants doivent être suffisamment autonomes. Le projet d'Alynea sur ce sujet m'a permis de prendre la mesure des limites de ce type d'habitat pour des personnes en situation de perte d'autonomie importante.

Je terminerai cette étude des dispositifs existants par les structures uniques que j'ai eu l'occasion de découvrir. Cette présentation ne se veut pas exhaustive mais plutôt un partage d'observations et de réflexions qui ont favorisé l'émergence de l'expérimentation que je propose.

Le 24 octobre 2023, j'ai eu l'occasion de visiter la MAPAM adossée au CHRS de la Manutention à Dijon. Ces deux structures sont gérées par l'association SDAT en même temps que des Lits Halte Soins Santé (LHSS) dans le même bâtiment. La MAPAM accueille des personnes de plus de 60 ans, sauf dérogation autorisée jusqu'à 10 % des résidents, pouvant prétendre à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) dont le niveau de GIR doit être compris entre 6 et 4. Ce lieu permet une stabilisation des personnes en termes d'addictions notamment, après un parcours de rue et d'hébergement. Les synergies entre services facilitent l'accompagnement des personnes et la mutualisation de moyens. Malgré cette stabilisation avérée, l'orientation des personnes atteignant le GIR 3 vers l'EHPAD reste extrêmement difficile. Cela interpelle quant à ce qui relève de la stigmatisation d'une population et de la crainte des difficultés potentielles qu'elle pourrait provoquer.

Autre visite très riche, ayant contribué à alimenter cette réflexion. Géré par la Fondation Saint Jean de Dieu, l'EHPAD Saint Barthélémy à Marseille accueille dans différentes unités des PHV, des personnes sortant d'incarcération, des personnes avec un parcours d'errance, des personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique. Doté de 245 places, cet établissement possède également une unité de vie protégée destinée aux personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives. Les personnes accueillies au sein de l'unité des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance viennent du CHRS Forbin, de 296 places majoritairement d'urgence, géré également par la Fondation. Elles sont également orientées par des pensions de famille ou d'autres structures d'hébergement sur la ville. Le

financement de l'établissement est facilité par une spécificité qui paraît pleinement justifiée : les personnes ayant eu un parcours psychiatrique avant l'entrée sont reconnues en GIR 2, les critères de cohérence et d'orientation étant classés en C. Cela permet de tenir compte de la perte d'autonomie causée par la maladie psychiatrique et pas uniquement d'une perte d'autonomie physique.

Le règlement de fonctionnement a été adapté pour correspondre aux besoins des personnes : liberté d'aller et venir plus importante que dans beaucoup d'EHPAD. Les personnes peuvent retourner facilement sur leur lieu de manche en journée et éventuellement revenir dormir à la rue quand le besoin s'en fait sentir. Après deux nuits passées à l'extérieur, l'équipe va s'assurer que la personne va bien en la recherchant sur ses lieux habituels. De façon plus ou moins informelle, une politique de RDRD de la consommation de substances psychoactives est en place, portée par les responsables d'unité. Comme dans le cas de la MAPAM, le reste à vivre des personnes pour leurs dépenses personnelles est faible et limite aussi les consommations. La stabilisation et la sécurité ressentie sont également un facteur déterminant. Le cadre paisible de ce lieu est tout à fait inspirant. Sa réussite repose sur une fondation ayant une longue expérience dans la psychiatrie et le handicap et sur la bonne volonté et l'engagement de salariés s'improvisant travailleurs sociaux pour mieux accompagner les personnes accueillies. C'est admirable mais peut-être difficilement transposable. En revanche, cet établissement démontre que l'accueil de personnes vieillissantes avec un parcours d'errance en EHPAD est tout à fait envisageable.

Ma réflexion a évolué au fil du temps, me menant vers différentes pistes. Ce qui m'est finalement apparu c'est que le temps d'une perte d'autonomie importante est mal appréhendé pour ces personnes parce qu'il relève autant du soin que de l'accompagnement social. Si des solutions pour les personnes suffisamment autonomes pour ne pas avoir besoin de soins permanents se développent, ces structures butent sur l'absence de relais quand le besoin s'en fait sentir. C'est pour cela que j'ai fait le choix d'orienter cette proposition sur l'ouverture de l'EHPAD aux personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

2.2.2 Favoriser l'inclusion en créant une unité dédiée dans un EHPAD

Les différentes analyses que j'ai pu réaliser m'ont convaincue de la nécessité de favoriser l'entrée des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance en EHPAD, non pas comme un projet rêvé mais plutôt comme une nécessité pour répondre aux besoins spécifiques de cette période de la vie.

Ce qui ne diffère pas de la raison pour laquelle la majorité des résidents en EHPAD y entrent. En revanche, ce qui diffère de la situation de la majorité des personnes âgées c'est l'absence d'aidant familial. En effet, la majorité des personnes qui entrent en EHPAD aujourd'hui le font après un certain nombre d'années à domicile soutenues par un ou plusieurs aidants familiaux et un environnement professionnel constitué d'infirmiers et d'auxiliaires de vie. Ces derniers interviennent à heure fixe en fonction de préconisations et le reste de la journée, ce sont les aidants familiaux qui assurent la présence et les soins. Ce que constatent les services d'aide à domicile c'est que les personnes isolées restant chez elles peuvent, quand leur dépendance ne leur permet plus de sortir, se retrouver dans une situation de solitude source de grandes souffrances psychologiques. C'est la raison pour laquelle, bien que le logement soit à privilégier autant que possible, j'ai choisi d'orienter ce projet autour de l'EHPAD.

Cette entrée peut survenir en sortie de CHRS, de la rue, d'une pension de famille, d'une résidence autonomie ou d'un habitat inclusif. En effet, le stigmate du parcours d'errance poursuit les personnes même plusieurs années après leur stabilisation. Elles sont également pénalisées pour leur entrée en EHPAD par le fait qu'elles relèvent généralement de l'aide sociale. En attendant la réponse du conseil départemental qui peut prendre quelques mois, l'EHPAD porte le risque de non-paiement. Ces personnes étant accompagnées par des travailleurs sociaux, ce risque peut être maîtrisé en amont de l'entrée.

Les directions d'EHPAD sont généralement frileuses à l'accueil de ces personnes par crainte de la réaction de méfiance, voire de rejet des familles des autres résidents. Et ce nouveau résident, avec son parcours fait d'exclusions répétées, va ressentir ce rejet très rapidement. S'il est évidemment indispensable de favoriser l'inclusion de ces personnes dans le collectif et que, dans l'idéal, cette intégration devrait se faire sans conditions, dans l'intérêt de tous un chemin intermédiaire peut se dessiner. En effet, les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ont besoin à ce stade de se sentir en sécurité et d'être protégées autant que faire se peut des réactions de rejet. Quant aux familles et autres résidents, ils ont besoin de découvrir ces personnes pour aller au-delà des préjugés. C'est pour cela que je propose la création d'une unité dédiée à ces personnes, d'une vingtaine de personnes, intégrée dans un EHPAD plus grand. Ce schéma permet à la fois de créer une unité avec ses fonctionnements adaptés et de faciliter la connaissance réciproque au rythme qui sera le plus approprié. Enfin, l'entre-soi au sein de l'unité peut aussi favoriser la création d'une convivialité entre personnes.

Selon Wilhelm Dilthey⁷, la génération est « *un cercle assez étroit d'individus qui, malgré la diversité des autres facteurs entrant en ligne de compte, sont reliés en un tout homogène par le fait qu'ils dépendent des mêmes grands événements et changements survenus durant leur période de réceptivité* ». Les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ont en général une génération de différence avec les autres résidents, leur vécu et leurs attentes s'en trouvent forcément différents. C'est un paramètre qui doit être pris en compte dans l'organisation du fonctionnement de l'unité, d'autant plus qu'il est nécessaire de pouvoir accueillir quelques personnes de moins de 60 ans, par dérogation.

L'intérêt d'une unité dédiée est aussi de permettre la mise en place d'un règlement de fonctionnement adapté aux besoins et attentes des personnes :

- Adapter la liberté d'aller et venir aux besoins des personnes avec un parcours d'errance
- Accompagner l'intégration de personnes souffrant d'addictions
- Organiser l'accueil des animaux des résidents
- Organiser une participation active des résidents dans la vie de l'unité
- Intégrer les directives anticipées et l'accompagnement de fin de vie, en l'absence de familles
- Formaliser des règles de vie en commun, tenant compte des parcours de vie et des troubles du comportement dont certains peuvent souffrir
- Prévoir le processus d'écriture du Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)

Le Conseil de Vie sociale (CVS) est souvent un organe très formaliste, qui se réunit quelques fois par an, avec un poids des familles important. Son utilité véritable est très dépendante de la bonne volonté des uns et des autres : volonté de la direction d'encourager la participation, volonté des familles élues de représenter l'ensemble du groupe, capacité des résidents élus à faire entendre leurs souhaits. Pour rester dans une optique développement du pouvoir d'agir, il me paraît important de favoriser l'implication des personnes intégrant l'unité dédiée et le CVS global ne me semble pas constituer la meilleure option. Il faut pouvoir dégager un espace de parole adapté permettant une participation au sein de l'unité ainsi qu'une représentation au CVS. La création d'un mini CVS, au fonctionnement co-écrit avec les résidents, pourrait être une option.

L'entrée dans une telle structure pour les personnes concernées peut être source d'interrogations, de craintes qu'il ne faut pas négliger. Il me paraît nécessaire de prévoir qu'une entrée puisse être progressive, précédée d'un temps d'essai, permettant à la

⁷ Théologien, sociologue et philosophe allemand – 1833-1911 – Dans : Le monde de l'esprit - 1947
Marie PORCHER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2024

personne de s'assurer que le cadre va lui correspondre. Cela peut également faciliter la prise de décision sachant que ce moment peut être vécu comme une nouvelle rupture de parcours.

2.2.3 Enrichir le fonctionnement de l'EHPAD de l'intervention de travailleurs sociaux

Si la création d'une unité peut répondre aux besoins de protection et d'adaptation de la structure aux personnes, elle ne répond pas aux interrogations légitimes des soignants quant à l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

Les équipes soignantes sont en général accoutumées aux troubles du comportement liés aux maladies neuro-dégénératives ainsi qu'à la perturbation majeure que constitue pour une personne âgée l'entrée en EHPAD. Ils sont quelquefois expérimentés dans l'accueil de personnes sortant d'hôpitaux psychiatriques ou de PHV même s'il ne s'agit pas de la majorité des établissements.

Les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ont un parcours de vie qui n'est pas sans conséquences sur leur comportement et leur santé :

- Manifestations du syndrome d'auto-exclusion
- Addictions importantes avec des conséquences multiples sur la santé
- Un certain nombre d'entre elles ont un parcours très institutionnel, elles peuvent s'adapter au collectif mais ne pas savoir se prendre en charge individuellement
- Leur relation aux soignants peut être impactée par un parcours de santé souvent chaotique, quelquefois violent ou vécu comme tel
- Le vécu de l'exclusion peut expliquer des réactions à fleur de peau mais aussi le besoin accru que votre parole soit entendue
- L'usure prématurée rend plus difficile le fait de mobiliser des ressources pour s'adapter

Tout cela peut être tout à fait déstabilisant pour des professionnels du soin dont l'organisation de travail leur fait prioriser le soin plutôt que la relation. Le rythme de travail d'un aide-soignant sur la journée laisse peu de place à la relation avec le résident. Même si, lors des moments collectifs dans mon lieu de stage, l'envie des soignants de prendre soin des personnes âgées de façon beaucoup plus complète était flagrante.

Dans ces conditions, comment aider les équipes de l'EHPAD à bien intégrer, accompagner les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ?

Autant les spécificités de ces personnes ne sont pas connues des soignants, autant elles le sont des travailleurs sociaux intervenant sur les lieux d'hébergement. Le partage de ces connaissances à la fois empiriques et théoriques peut être un facteur de réussite d'un tel projet. Le dispositif Alliance a conçu une formation aux problématiques des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance destinée aux professionnels des EHPAD. Si la pertinence de celle-ci est indéniable, cela n'est pas suffisant pour sécuriser une équipe d'EHPAD et les personnes concernées parce qu'elle ne peut pas remplacer la pratique et l'expérience.

Favoriser l'apport de travail social dans cet environnement très contraint par le soin en organisant une présence journalière est la piste que j'ai choisi d'explorer. Le rôle d'un travailleur social dans cette unité d'EHPAD serait de faciliter la transition pour les personnes concernées, de sensibiliser et d'accompagner les soignants, de mettre en place et d'assurer le lien avec les structures de soutien autour de la personne et de ses besoins. Il s'agirait également d'assurer un rôle éducatif et d'animation : accompagnement à la vie quotidienne en soutien de l'équipe de l'EHPAD, animation de la participation des résidents et de la vie collective, mise en place de la démarche de RDRD. Sur un plan individuel, les besoins identifiés sont les suivants : en l'absence de famille, soutien sur l'écriture du PAP, accompagnement du résident sur les directives anticipées et les choix de fin de vie, soutien administratif et accompagnement à la reprise de relations familiales quand cela est souhaité.

Le travailleur social intervenant dans cette unité pourrait aussi tenir un rôle d'ambassadeur de la structure auprès des lieux d'hébergement susceptibles d'orienter des résidents.

Certaines des missions relevant de l'intervention sociale pourraient être réalisées en binôme, facilitant l'évolution du regard de chaque métier sur l'autre et enrichissant la pratique de tous.

2.3 Créer un pont entre le social et le médico-social pour mieux accompagner ce public

2.3.1 Une complémentarité de métiers au service d'un objectif commun

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'OMS le 21 novembre 1986, définit la santé « *comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci* ». La santé ne relève pas seulement du sanitaire mais bien d'un ensemble de conditions et d'actions favorisant le bien-être de la personne.

Au même titre que le soignant, le travailleur social participe de l'amélioration de la santé des personnes qu'il accompagne. Si les cultures professionnelles divergent quelquefois, ces deux professions poursuivent bien un objectif commun.

Elles partagent également le fait que les définitions de leurs métiers sont précisément réglementées.

Le CASF définit dans son article D.142-1 ce qu'est le travail social. En ayant pour mission de favoriser l'accès des personnes à une pleine autonomie et au développement de leur pouvoir d'agir, le travailleur social contribue au développement et à la cohésion de la société. Il exerce ses missions dans le respect de la dignité et de la singularité des personnes, s'appuyant pour cela sur les savoirs et pratiques de sa profession. Professionnel de la relation, le travailleur social participe pleinement de la promotion de la santé telle que définie dans la charte d'Ottawa.

Les professions du soin intervenant au quotidien en EHPAD auprès des résidents sont les infirmiers et les aides-soignants. C'est donc sur ces professions que nous nous concentrerons.

La profession d'infirmier est régie par l'article L4311-1 du code de la santé publique. La définition des missions de l'infirmier est très orientée vers le soin médical et la prescription en complémentarité du rôle du médecin. L'infirmier assure un rôle d'encadrant des aides-soignants. Les infirmiers psychiatriques bénéficient d'une reconnaissance de leur rôle spécifique et leur approche de la relation avec les patients s'apparente sous certains aspects à ce qui peut définir le travail social.

Les articles R.4311-1 à 5 du code de la santé publique régissent la profession d'aide-soignant. Sous la responsabilité d'un infirmier, le rôle de l'aide-soignant est beaucoup plus global puisqu'il intègre un accompagnement dans les activités de la vie quotidienne et une dimension relationnelle. Les soins dispensés par l'aide-soignant s'intègrent dans une définition globale de la santé.

Au quotidien, dans le fonctionnement d'une unité d'EHPAD comme celle que je propose, les interactions entre travailleurs sociaux et aides-soignants seront fortes parce que ce sont les deux professions qui seront majoritairement en contact avec les personnes. Au regard du rôle qui leur est dévolu par la société, ces professions sont complémentaires pour un accompagnement global des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Toutefois, cette complémentarité ne doit pas occulter les différences d'approche qui peuvent constituer autant de sources de difficultés qu'elles peuvent contribuer à enrichir un accompagnement.

2.3.2 Fonctionner en interdisciplinarité pour mieux répondre aux besoins

Pour répondre aux besoins multiples des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, le recours à une équipe pluridisciplinaire sera un atout.

Il s'agit de faire équipe, ce que Muriel Sachelli et Jean-Pierre Martin définissent ainsi, s'appuyant sur l'étymologie du mot : « *Faire équipe c'est s'engager ensemble en une navigation vers une destination commune* » (Sacchelli, Martin, 2023 : 12).

Parce que chaque métier a des priorités et des façons d'aborder son rôle différentes, la construction de l'équipe impose de travailler ensemble en amont sur le fonctionnement. Ces temps de travail et de rencontre permettront à la fois de connaître le métier de l'autre et de voir comment les activités peuvent s'ajuster. En partant des définitions des fonctions de chacun, des fiches de postes existant dans l'EHPAD et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) à la fois sur les EHPAD mais aussi celles qui sont relatives aux lieux d'hébergement des personnes, il s'agit de créer une vision collective de cette unité et d'imaginer les modalités concrètes de l'action. Pourquoi ne pas enrichir ces échanges d'un vis ma vie dans l'autre profession sur une journée avant l'ouverture de l'unité afin d'appréhender mieux les contraintes et les missions de l'autre ?

Le temps nécessaire de la montée en puissance de l'unité permettra aussi, en maintenant cette dynamique collective, d'ajuster ce qui avait été imaginé aux contraintes du réel.

Les métiers du soin et du social sont des métiers avec une identité professionnelle affirmée : c'est à la fois une base extrêmement solide pour entamer un travail transversal mais cela impose de réfléchir à des espaces d'échanges et des mécanismes de régulation. Ces temps et espaces doivent être institutionnalisés en s'appuyant, par exemple, sur l'analyse de la pratique en place dans l'établissement. Il sera utile de l'organiser à l'échelle de l'unité dès les premiers mois d'ouverture notamment pour permettre la confrontation des vues entre soin et travail social. S'agissant d'un dispositif expérimental, il faut laisser ouverte la possibilité de recourir à d'autres moments de régulation entre professionnels.

Il existe un second temps important dans la vie de l'EHPAD, c'est la réunion de relève qui a lieu régulièrement entre soignants par unité. La situation de chacun des résidents est abordée à tour de rôle, permettant d'ajuster l'accompagnement. Des informations médicales sont partagées à ce moment-là, inclure le travailleur social suppose que soit abordé en amont le sujet du secret médical partagé. L'article L1110-4 du code de la santé publique permet que ce secret soit partagé entre professionnels de santé et du social. Toutefois, préparer les équipes soignantes à ce partage d'informations me paraît indispensable pour faciliter son acceptation.

Un autre sujet important est à travailler entre les deux équipes en amont et à réaborder ensuite aussi souvent que nécessaire : il s'agit du refus de soins. Comme je le mentionnais au 1.2.2, les personnes susceptibles d'intégrer ce type d'unité peuvent avoir un vécu douloureux avec le monde de la santé : hospitalisations sous contraintes, soins subis ou incompris. D'autre part, certains s'étant coupés de leur corps pour se couper de leur ressenti peuvent vivre comme une agression ce qui relève d'une nécessité médicale. Les équipes travaillant en EHPAD sont confrontées régulièrement à des refus de soins mais dans des proportions moindres qu'avec les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Le travailleur social pourra jouer un rôle de médiateur, facilitant la compréhension mutuelle entre soignant et résident. Il pourra aider à l'acceptation que le soin proposé n'est peut-être pas la priorité de la personne ou, à contrario, que la vie dans l'établissement peut imposer quelquefois le respect de certains impératifs. Il pourra également accompagner la recherche d'un accord satisfaisant les deux parties.

Ce sujet de l'acceptation du soin sera intégré dans un processus d'entrée qui, par la spécificité des personnes accueillies, doit pouvoir être progressif et aborder en détail certains aspects dont celui-ci. Si cela est possible pour le nouvel entrant, un échange explicite aura lieu afin que les professionnels aient bien en tête la position de la personne. Le processus d'entrée d'un nouveau résident est un moment important à organiser et vivre en interdisciplinarité. Dans la mesure du possible, une visite de la personne sur son lieu de vie en binôme soignant, travailleur social, sera réalisée avant le processus d'entrée qui devra solliciter la direction de l'EHPAD, le médecin coordinateur, le cadre de santé et la direction d'Alynea. Ces visites permettront également d'acculturer les soignants au monde de la grande précarité et de se préparer aux difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

La réussite de ce fonctionnement interdisciplinaire reposera également sur une synergie efficace entre direction de l'EHPAD et direction de l'association employant des travailleurs sociaux. En effet, organiser ce dispositif en s'appuyant sur un partenariat entre deux structures me paraît plus pertinent pour maintenir la richesse des cultures professionnelles de chacun et la nécessaire tension qui viendra contribuer à maintenir les ambitions du projet.

2.3.3 Construire et réguler le partenariat

De façon générale, le partenariat n'est pas forcément aisé à mettre en œuvre dans le secteur et nombreuses sont les associations qui préfèrent créer des dispositifs modestes dans leur périmètre plutôt que de s'associer avec d'autres pour être plus ambitieuses. Toutefois, ces dernières années, les projets conjoints se sont développés marquant une évolution dans la culture du secteur.

Dans la réflexion autour de ce projet, le partenariat m'est rapidement apparu comme une solution pertinente : difficile pour une association œuvrant dans la grande précarité de monter un EHPAD, et difficile pour un EHPAD de recruter et d'encadrer des travailleurs sociaux qui auraient cette approche des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance.

Quelles peuvent être les types de structure en capacité de s'engager dans un tel projet ?

- Un EHPAD associatif habilité à 100% à l'aide sociale qui intègre dans un projet plus global la création de cette unité dédiée. Idéalement, il est intéressant que l'association portant cet EHPAD soit expérimentée dans l'accueil de PHV, sachant qu'on constate un certain nombre de problématiques communes entre ces deux catégories de personnes.
- Une association qui a l'habitude d'accompagner des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance dans ses lieux d'hébergement. L'expérience des équipes de travailleurs sociaux sera d'autant plus transférable qu'une mobilité interne sera privilégiée. Alynea a l'expérience et les compétences reconnues avec ces personnes.

Je me suis également interrogée sur la forme juridique que pourrait prendre ce partenariat et la pertinence éventuelle d'un groupement. La formalisation de l'accord est indispensable pour rassurer les partenaires quant à la pérennité de leurs engagements mais aussi vis-à-vis des salariés et des financeurs. L'association portant l'EHPAD a besoin, pour s'engager, d'être assurée de l'engagement d'Alynea à assurer sa mission de travail social et du respect de ses contraintes d'exercice professionnel. Alynea a besoin d'être assurée que les conditions d'entrée et d'accueil des personnes seront conformes à ce qui a été convenu et que les travailleurs sociaux détachés sur ce dispositif pourront exercer leurs missions dans le respect de leurs pratiques professionnelles.

La formalisation du partenariat existera donc principalement pour définir précisément les modalités de collaboration entre les deux entités. Les moyens mis en œuvre par chacun des partenaires restent distincts. Par conséquent, une convention partenariale s'appuyant sur l'article 1101 du Code Civil est appropriée. Sa diffusion aux autorités de contrôle et de tarification est à prévoir dans la mesure où ce dispositif nécessite un financement complémentaire à celui de l'EHPAD pour les travailleurs sociaux.

J'identifie un certain nombre d'éléments déterminants à faire apparaître dans cette convention :

- Modalités de fonctionnement du partenariat, durée, clauses de renouvellement, de résolution, rythme et format des réunions
- Définition des instances décisionnaires
- Règles d'affectation du personnel à l'unité (soignants comme travailleurs sociaux)
- Processus d'attribution des places
- Comité de pilotage : rendu aux autorités de contrôle et de tarification
- Règles d'arbitrage, résolution des conflits

Lors de la mise en œuvre de cette **expérimentation qui consiste à associer une équipe de travailleurs sociaux à une unité d'EHPAD dédiée aux personnes vieillissantes avec un parcours d'errance**, les modalités du partenariat seront négociées et formalisées, de même que le processus d'entrée.

3 Expérimenter : une équipe de travailleurs sociaux en renfort d'une unité d'EHPAD dédiée

Qu'est-on en droit d'attendre d'une telle unité pour les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance ?

Il s'agit pour ces personnes de se poser dans un lieu à taille humaine qui soit comme un chez soi sans durée limitée, sans nouvelle rupture de parcours. Le droit de changer d'avis, le respect de leur singularité et de leur parole sont fondamentaux. Enfin, il s'agit aussi d'accompagner la perte d'autonomie de ces personnes dans la dignité par des moyens adaptés à leur situation.

Dans le respect de ce qui vient d'être rappelé, je vais exposer maintenant les principales caractéristiques de ce lieu de vie et de soin. Ensuite, je présenterai la méthodologie de concrétisation de ce projet dans ses axes principaux.

3.1 Lieu de vie et de soin adapté

3.1.1 Un processus d'entrée adapté

Les processus d'entrée en EHPAD et dans les structures du secteur AHI diffèrent largement dans leur approche depuis la mise en place des SIAO. Cet aspect du projet est important en ce sens qu'il constitue la première concrétisation du partenariat entre les deux associations et qu'il doit être le reflet de son ambition inclusive.

L'entrée est accessible à toute personne de 60 ans ou plus, en situation de vieillissement précoce et de perte d'autonomie associée, vivant à la rue ou dans un dispositif relevant de l'AHI, dont la situation administrative permet un accès à l'aide sociale sur le territoire de la Métropole. Le dossier est présenté par un travailleur social référent de la personne, qui a formalisé son accord préalable.

L'acceptation du dossier d'une personne est décidée par une commission comprenant un représentant de la direction de chaque établissement, le travailleur social qui porte le dossier ainsi que la personne concernée si elle souhaite être présente. Les demandes d'admission ne provenant pas uniquement de l'association partie prenante du partenariat, il faut pouvoir élargir la commission tout en restant efficace : un cadre du SIAO représente l'ensemble du secteur AHI. La présence d'un représentant du Conseil Régional des Personnes Accueillies et accompagnées (CRPA) peut s'avérer pertinente, avec l'accord de la personne. Elle peut faciliter l'expression d'une personne que le vieillissement précoce a rendue encore plus vulnérable.

En préalable à cette commission d'admission, l'entrée a été préparée en amont avec la personne accueillie. Ce temps inclut à la fois des aspects administratifs et les actions qui permettront à la personne de prendre une décision éclairée.

Le dépôt d'un dossier de demande d'admission est précédé d'entretiens de préadmission sur le lieu de vie de la personne mais aussi dans l'EHPAD afin qu'elle puisse découvrir le cadre de vie et ses éventuels voisins. A ces occasions, sont présentés à la personne tous les documents requis dans le respect de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils donnent lieu à tous les échanges nécessaires à la compréhension du fonctionnement spécifique de cette unité.

Pour sécuriser l'EHPAD sur d'éventuels risques financiers, le dossier de demande d'admission à l'aide sociale à l'hébergement est déposé en amont par le travailleur social référent de la personne, avec le soutien technique des travailleurs sociaux de l'unité, si nécessaire. Si la personne est sous mesure de protection judiciaire ou que son état le rende nécessaire, les actions en ce sens ont déjà été engagées.

Ce changement de vie peut effrayer, c'est la raison pour laquelle un temps d'essai ou une intégration progressive sont proposés. La personne peut choisir de venir une semaine entière occuper une chambre disponible ou bien quelques jours par semaine sur une durée un peu plus longue. Ce choix suppose de la part de l'association qui accompagne cette personne un engagement à conserver sa place accessible pendant la durée de l'essai, afin de permettre un retour. Cette période d'essai peut même être précédée, en amont de la libération d'une place, de moments de présence ou de participation à des temps collectifs afin de commencer à imaginer un séjour.

3.1.2 Aménager le cadre de vie

Comme je l'ai exposé précédemment, l'entrée de ces personnes en EHPAD peut générer des craintes voire du rejet de la part des familles des autres résidents. De la même façon, les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance peuvent légitimement craindre de se confronter encore à un regard excluant et peuvent souhaiter pouvoir s'isoler de ces réactions. La conception de l'unité comme son fonctionnement doivent intégrer la possibilité d'ouvrir l'unité vers le reste de l'établissement de façon progressive voire discontinue. Les EHPAD récents ont souvent une conception architecturale en unités de vie d'une vingtaine de résidents qui peuvent être autonomisées assez simplement. Un effectif de 20 résidents au maximum dans cette unité me paraît approprié parce qu'on peut y affecter une équipe d'aides-soignants et que cet effectif est également adapté à l'intervention des travailleurs sociaux. En même temps, cette taille d'unité permet à la fois d'organiser une vie collective et d'éviter un ensemble trop lourd en termes de concentration des difficultés et d'intégration

dans l'établissement global. Le seuil de rentabilité économique des EHPAD se situant autour de 80 lits, cette unité représentera au maximum 25% de l'effectif de l'établissement. Le diagnostic a permis d'identifier qu'il fallait permettre aux résidents de s'isoler mais aussi rassurer les familles des résidents des autres unités. Pour cela, une entrée autonome ainsi qu'un accès de l'unité vers le reste de l'EHPAD qui peut se fermer répondront à ces besoins. La connaissance mutuelle, qui sera progressive, pourra permettre une ouverture plus fréquente.

Les RBPP relatives au fonctionnement des EPHAD rappellent que la chambre est un domicile et ce sujet est d'autant plus sensible qu'on en a longtemps été privé. La possibilité de personnaliser son environnement, le respect de l'intimité de la personne, sa liberté d'aller et venir, de recevoir des visites dans une plage horaire large, de venir vivre avec son animal font partie des possibilités de l'EHPAD mais restent, en pratique, soumises au règlement de fonctionnement de l'établissement et aux choix de la direction.

3.1.3 Accompagner au mieux les personnes accueillies

La formalisation d'un règlement de fonctionnement adapté aux profils des personnes accueillies est indispensable, venant compléter le règlement déjà existant dans l'établissement. Si ces éléments ne s'éloignent pas fondamentalement des recommandations en la matière, il affirme des spécificités qui permettront de poser un cadre explicite à la fois pour les résidents et pour les salariés. Les adaptations individuelles sont inscrites dans le PAP.

La liberté d'aller et venir est importante pour des personnes avec un parcours d'errance : la possibilité de revenir à la rue quelques heures ou quelques jours peut être déterminante pour permettre à la personne de s'inscrire durablement dans cette nouvelle vie. Cette possibilité est formalisée dans le règlement de fonctionnement et le personnel soignant sensibilisé à cet aspect.

Le lien avec un animal de compagnie est souvent un frein à l'entrée en établissement alors que la loi 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie l'encourage. Les conditions de cet accueil sont précisées dans le règlement, sachant que cette possibilité fait partie des prérequis.

L'une des raisons qui amènent une personne ayant vécu à la rue à y retourner quand elle est en établissement est que la rue est aussi synonyme de contacts sociaux, voire de lien. Pour des personnes majoritairement coupées de leur famille, ces contacts permettent de rompre la solitude. Le cadre de ces visites devra tenir compte à la fois des contraintes du collectif et d'une souplesse aussi grande que possible.

Pour des raisons évoquées précédemment, la consommation de substances psychoactives constitue un point important de l'accueil des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. La pratique a démontré l'efficacité d'une politique de réduction des risques et dommages qui sera mise en place dans l'unité. Son cadre général est précisé dans le document. Les contraintes liées à la consommation de tabac, par rapport au système de sécurité incendie, sont précisées et organisées. La désignation d'un lieu dédié à la consommation de tabac est à étudier, en fonction des contraintes architecturales.

Le règlement de fonctionnement intègre aussi une partie importante autour de la participation et de l'expression des personnes accueillies. L'instance permettant cela est le CVS. Il est composé de représentants des résidents, des familles, des salariés et de la direction. Un espace d'expression spécifique à cette unité est important pour faciliter l'intégration des personnes, tenir compte du fait que leur différence d'âge avec les autres résidents amène d'autres attentes et que la plupart n'ont plus de liens familiaux. Cet espace spécifique à l'unité, moins formaliste et plus fréquent que le CVS, permettra d'aborder les difficultés du quotidien, les animations et temps collectifs souhaités. Seront sollicités les salariés intervenant sur l'unité et les résidents. L'animation sera conjointe entre l'animateur de l'EHPAD et les travailleurs sociaux. Le format sera défini lors d'un atelier de travail avec les 1ers résidents. Ce comité d'unité pourra désigner des représentants pour participer au CVS et aux différentes commissions qui existent au sein de l'EHPAD. Le budget d'animation dédié à cette unité pourra même faire l'objet d'un copilotage entre résidents et animateur de l'EHPAD. Sur un dispositif d'Alynea s'adressant à des personnes en grande exclusion, la participation hebdomadaire à une réunion collective est difficile à faire vivre mais la codécision sur le budget animations a remporté un franc succès. C'est une expérience inspirante pour cette unité. Bien entendu, les animations organisées au sein de l'EHPAD seront proposées aux résidents de cette unité.

Le PAP en EHPAD s'inscrit dans une dynamique de parcours d'accompagnement du résident. Il mobilise l'ensemble des compétences présentes dans l'établissement. Contrairement aux autres résidents, la personne vieillissante avec un parcours d'errance bénéficie souvent d'un accompagnement formalisé dans la structure qui l'a accompagnée dans son choix d'entrée en EHPAD. Parce que les ruptures ont été nombreuses dans le parcours des résidents de cette unité, le PAP doit être construit en continuité avec le projet précédent. Pour cela, il est important que le travailleur social référent qui a porté le dossier d'admission et le travailleur social de l'unité mènent conjointement cette préparation avec le résident. La formalisation du PAP représentera alors aussi une transmission entre les deux travailleurs sociaux, en toute transparence vis-à-vis du résident. Les proches et représentant légal peuvent être conviés aux réunions de projet, si la personne le souhaite.

Conformément aux préconisations des RBPP, la première réunion de projet aura lieu dans le trimestre suivant l'entrée de la personne. Les spécificités de l'accueil de la personne, en complément des sujets habituellement traités dans les PAP, seront abordées telles que la RDRD si elle souffre d'addictions, l'accueil de l'animal mais aussi les directives anticipées. Dans la perspective d'un accompagnement dit palliatif, les objectifs pourront être définis au fil du temps, s'adaptant aux possibilités de la personne.

En l'absence de liens familiaux, il est nécessaire que ce dernier sujet soit abordé et, si la personne le souhaite que des directives soient formalisées. Le travailleur social de l'unité pourra accompagner cette réflexion permettant à la personne de manifester ses volontés autant sur le plan médical que pour tout ce qui touche au décès, à l'information. Il pourra également s'assurer que ces directives suivent bien la personne et sont accessibles si nécessaire.

3.2 Des enjeux humains au cœur de l'expérimentation

3.2.1 Organiser les équipes

Les spécificités des personnes accueillies dans un environnement mixant deux cultures professionnelles amènent à accorder une vigilance particulière aux aspects managériaux de ce projet. Il s'agit de structurer l'équipe de travailleurs sociaux, de coordonner les actions autour du bien-être de la personne et de mettre en place les moyens d'un accompagnement adapté.

L'équipe de travailleurs sociaux

Un travailleur social assurera une présence quotidienne : soutien aux activités de la vie quotidienne, gestion des addictions, temps collectifs, disponibilité aux résidents pour tous les aspects de leur vie. Son rôle sera également de faciliter la compréhension mutuelle entre résidents et soignants, d'intervenir en binôme avec eux si nécessaire, de travailler avec l'animateur de l'EHPAD sur les actions collectives qui seront organisées, de coanimer les moments d'expression.

Il assurera un accompagnement social : coordination avec la tutelle, traitement des dossiers administratifs, coordination du PAP et de son actualisation annuelle en binôme avec un cadre de l'EHPAD.

Pour faciliter la coordination entre soignants et travailleurs sociaux, ces derniers pourront prendre connaissance des relèves et participer aux réunions de l'unité qui traiteront de la

situation des patients. La pratique du secret partagé sera traitée en groupe de travail conjoint en amont de l'ouverture de l'unité.

En l'absence de relais familial, ils pourront accompagner le résident et/ou sa personne de confiance dans les décisions de fin de vie et les directives anticipées. Sur cet aspect spécifique, avant l'ouverture, il sera nécessaire de former les travailleurs sociaux à l'approche de la fin de vie. Mon constat est qu'actuellement, ce sujet est abordé de façon très inégale selon les établissements et les associations et que les professionnels ont besoin d'accompagnement et de formation. Nous nous appuierons sur les éléments et formations de la plateforme VIP ⁸, basée à Grenoble, et spécialisée dans la fin de vie des personnes précaires.

Le rôle des travailleurs sociaux dans ce contexte est complexe nécessitant une certaine expérience du travail social et des personnes concernées, demandant de pouvoir s'ouvrir à une autre culture professionnelle et de s'adapter à un environnement de travail différent. En tant que directrice, je privilégierai des profils d'éducateurs spécialisés présents depuis un certain nombre d'années dans l'association : leur bonne connaissance de l'association et des personnes concernées leur permettra d'assurer une continuité sur ces sujets et, en même temps, d'être intellectuellement plus disponibles pour l'adaptation nécessaire à l'environnement de l'EHPAD. Par la multiplicité des missions, le profil d'éducateur spécialisé me paraît être le plus adapté. Ce défi peut être stimulant voire permettre d'éviter une lassitude professionnelle. En revanche, il constitue une prise de risque pour un éducateur installé dans un poste depuis plusieurs années. La structure est expérimentale mais le poste l'est également. Projeter un parcours professionnel avec les éducateurs concernés pour tenir compte du fait que ce type de poste peut s'avérer usant après quelques années est, à mon sens, une réponse à un frein majeur. Cela peut s'inscrire dans une démarche de Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP).

L'effectif prévu est de 2 ETP permettant de couvrir une présence quotidienne en journée, les congés, la participation aux événements et réunions de l'association qui emploie les éducateurs, l'entretien du réseau d'interlocuteurs dans le secteur de la grande précarité. Le maintien d'un lien fort de ces salariés avec la culture de l'association est un facteur de réussite de ce projet. La participation de ces salariés aux groupes de réflexion déjà existants chez Alynea autour de l'inconditionnalité et de la santé y contribuera.

⁸ Annexe 4 - plaquette plateforme vip

Les soignants

Leur effectif est lié au PMP et au GMP calculés au renouvellement du CPOM. Pour la création de cette unité, l'établissement d'un avenant au CPOM en cours sera à négocier tenant compte des spécificités des personnes accueillies. La perte d'autonomie liée au parcours d'errance et à un éventuel parcours en psychiatrie n'est pas suffisamment prise en compte dans la grille AGGIR qui est plutôt orientée perte d'autonomie physique. Or, ce n'est pas parce qu'on est en capacité physique de prendre soin de soi qu'on en est capable sans assistance. Faire reconnaître le parcours psychiatrique comme un facteur de dépendance dans la classification GIR est un enjeu de structuration de l'équipe soignante. Cette reconnaissance a été possible dans l'EHPAD Saint Barthélémy.

Par ailleurs, l'organisation de l'équipe soignante telle qu'elle se pratique actuellement n'a pas lieu d'être remise en cause pour accueillir des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Le volontariat devrait être privilégié.

La psychiatrie

Les EHPAD comprennent généralement un temps de psychologue pour accompagner les résidents et leurs familles.

Etant donné la proportion de personnes souffrant de troubles psychiatriques parmi les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance, le recours aux compétences d'un médecin psychiatre est plus approprié. Il sera plus aguerri à des profils de ce genre, aura la capacité de rassurer les équipes et d'adapter les traitements quand il y en a.

L'analyse de la pratique est une approche qui tend à se généraliser dans les EHPAD comme dans les associations œuvrant dans la précarité. Elle sera organisée mensuellement en équipe pluridisciplinaire de l'unité.

3.2.2 Des enjeux managériaux importants

Sur le plan managérial, les enjeux sont forts parce qu'il s'agit à la fois de manager le changement et de construire une culture de service originale. Deux cultures professionnelles vont se rencontrer, quelquefois s'affronter pour qu'elles puissent être dépassées et permettre la construction d'une culture commune à cette unité. C'est sans aucun doute une ambition forte de ce projet.

A ce titre, un dialogue régulier et entretenu entre les directions des deux structures est le premier enjeu car c'est l'exemplarité dans la relation entre les directions qui contribuera à installer le partenariat entre les équipes. La réponse à cet enjeu passera par le fait de poser un cadre explicite, commun et clairement affirmé comme tel auprès des équipes. Le temps

de formalisation du partenariat sera mis à profit pour poser dans les détails tout ce qui doit l'être et tout ce qui constituer un irritant. Ecrire le partenariat en deux temps, avant le lancement du projet puis à compter de l'ouverture, permettra de tenir compte du vécu des équipes projet pour adapter les modalités de la relation.

Le cadre étant posé, la coconstruction des éléments pratiques avec les équipes concernées est possible. Cette démarche répond à plusieurs objectifs managériaux :

- Permettre aux équipes de se sentir impliquées dans la création de l'unité, d'exposer et d'échanger sur les craintes et les peurs générées par le public choisi, la confrontation à une autre vision et le changement.
- Prendre en compte le fait que s'il est de notre responsabilité de directeur d'organiser le travail, les détails de ce qui fait le quotidien de nos collaborateurs nous échappent souvent. Quel que soit le secteur d'activité, une direction qui formalise sans échange le détail d'une activité rajoute souvent de la contrainte et des tâches inutiles à ses collaborateurs. Celui qui fait est celui qui sait : ce principe de l'entreprise libérée mais aussi d'un management Lean orienté vers la qualité m'a à plusieurs reprises servi de fil conducteur en conduite du changement. Il est donc primordial aussi dans un objectif d'efficacité de permettre aux équipes de réfléchir ensemble aux modalités pratiques de leur fonctionnement.
- Cette réflexion au plus près du terrain et des actes quotidiens des collaborateurs permettra de travailler la prévention des accidents et maladies professionnelles et la qualité de vie au travail dans un esprit collaboratif.
- Prendre le temps de faire équipe et de faire adhérer au projet : partager les interrogations, les convictions, les doutes entre professionnels permet de faire émerger des réponses collectives et de commencer à s'inscrire dans un collectif soutenant. Il faut du temps pour construire ce collectif qui sera source de fluidité dans les rapports entre professionnels après l'ouverture.

Cette approche de la relation managériale dans l'équipe projet se poursuivra par d'autres modalités après l'ouverture de l'unité. L'analyse de la pratique permet une réflexion collective autour des situations rencontrées. A ce titre, elle va contribuer à construire cette culture commune. En revanche, une des difficultés rencontrées en général en analyse de la pratique est de réussir à solliciter les responsables hiérarchiques lorsque les réponses à apporter relèvent de leur champ d'action. Des moments d'échange autour du projet avec tous les acteurs sont donc indispensables ainsi que la mise en place d'une culture du retour d'expérience.

Pour permettre aux salariés de rester impliqués, des temps de travail collectifs seront organisés pour évaluer et faire évoluer le projet. La célébration des moments importants

mais aussi des petites réussites est un outil de communication qui trouvera toute sa place dans ce contexte.

J'ai identifié la situation des travailleurs sociaux comme un point de vigilance particulier sur le plan managérial. En effet, ils interviendront sur le site d'une autre association, seront porteurs d'une autre culture professionnelle. Ils devront à la fois s'adapter et continuer à porter un regard distancié sur le fonctionnement de l'EHPAD. Pour tenir ce positionnement, ils auront besoin d'un lien fort, régulier et soutenant avec leur hiérarchie et d'un accompagnement adapté. L'entretien de ce lien s'appuiera en particulier sur la réunion de service, rituel managérial hebdomadaire entre les travailleurs sociaux et leur hiérarchie. J'envisage également d'assurer une présence régulière dans l'établissement pour faciliter les échanges informels avec les travailleurs sociaux et l'équipe de l'EHPAD.

3.2.3 Piloter le projet dans une dynamique partenariale

Durant la phase d'analyse et de réflexion, les échanges avec les partenaires concernés par la problématique posée ont été nombreux. J'ai ainsi pu confronter mes idées à celles de mes interlocuteurs, élargir mon réseau grâce aux contacts qui m'ont été transmis, affiner mon analyse, communiquer sur les pistes de réflexion et échanger sur la faisabilité du projet.

Les rencontres avec les représentants des différents financeurs (DDETS, ARS, Métropole) m'ont permis de confirmer à la fois la préoccupation forte pour un accueil digne de ces personnes et la possibilité d'un financement par la DDETS de l'équipe de travailleurs sociaux par une réaffectation de crédits non reconductibles sur le BOP 177, dans le cadre d'une subvention conjointe avec l'ARS et la Métropole. Ces fonds sont aujourd'hui dédiés à une équipe de même dimension, intervenant en intermédiaire entre le social et le médico-social, qui par cette réorientation pourrait renforcer son action auprès de ces personnes. Cette réaffectation de financements permettra un temps d'expérimentation de 2 à 3 ans. Au-delà de ce temps, la réforme de la tarification des CHRS nous amènera à nous adapter à un contexte qui devrait être précisé d'ici là. Pour ce qui est du financement de l'unité d'EHPAD en elle-même, il s'agit d'une structure relevant de l'ASH. En revanche, dans ce type de structure le reste à vivre des résidents est souvent insuffisant pour couvrir les dépenses annexes : personnalisation du logement, coiffeur, vêtements, produits de soin, petits plaisirs personnels, produits pour l'animal si nécessaire. Sur ces sujets, je souhaite développer de nouveaux partenariats, du mécénat et du bénévolat. Une communication autour de ce projet devrait y contribuer (annexe 5 – plan de communication) .

Lors de la phase de construction du projet, cette dynamique partenariale sera entretenue. Elle permettra de maintenir l'engagement des partenaires autour du projet mais aussi de les solliciter pour apporter un regard critique sur les différentes phases. Leur contribution sera recherchée :

- Dans l'équipe projet avec les collaboratrices d'Alliance qui ont acquis un savoir-faire important dans ce domaine
- Au comité d'experts avec le recours à un psychiatre, de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), à un gériatre, au médecin coordinateur de l'EHPAD de préférence.
- Au comité de direction en sollicitant les financeurs du projet soit la Métropole, l'ARS et la DDETS

Le partenariat entre les deux associations engagées dans le projet est évidemment primordial. Sa formalisation devra être lancée rapidement, avant le recrutement des équipes et la préparation de l'ouverture. J'en avais détaillé les principaux éléments au 2.3.3. Cependant, cette convention devra couvrir deux périodes bien distinctes :

- La préparation de l'ouverture
- L'exploitation du dispositif.

Les modalités de ce partenariat, les instances et les règles de fonctionnement seront adaptées à chacune des phases, tenant compte d'enjeux différents. Cette convention peut s'écrire en deux temps afin d'être la plus pertinente possible. Si une formalisation précise permet de donner un cadre à la relation, c'est la volonté de dialogue de chacune des parties qui assurera la dynamique de ce partenariat.

3.3 Créer et faire vivre l'unité d'EHPAD et l'équipe de travailleurs sociaux

La concrétisation d'un tel projet se déroule en 5 étapes :

- Conception du dispositif
- Planification
- Lancement du projet et préparation de l'ouverture
- Ouverture et accueil des premiers résidents
- Evaluation et évolution

La conception du dispositif et sa planification font l'objet des éléments précédents de ce document. Ils se réajusteront au fur et à mesure de l'avancement du projet.

J'ai identifié 5 facteurs clés de réussite de ce projet :

- Un pilotage efficace de la phase de préparation
- Une évaluation et des adaptations tout au long du projet
- Une communication constante avec l'ensemble des parties prenantes
- L'implication de toutes les parties prenantes et, en particulier, des équipes et des résidents
- La qualité et la transparence des échanges dans les différents partenariats

3.3.1 Lancer le projet

Un pilotage efficace permettra de garder le cap sur les objectifs fixés et de gérer en toute transparence les ajustements qui seront nécessaires.

Ce pilotage s'appuiera sur 3 équipes, intervenant en complémentarité : équipe projet, comité d'experts, comité de pilotage.

L'équipe projet sera composée d'un chef de projet, de travailleurs sociaux ou experts sur le sujet, d'un ou deux cadres de l'EHPAD (cadre de santé idéalement). Des personnes concernées et en particulier les premiers résidents auront la possibilité de participer aux réflexions de l'équipe projet et d'y apporter leur regard.

Son rôle sera de mener à bien toutes les tâches jusqu'à l'ouverture de l'unité en collaboration avec les autres membres de l'équipe. L'expertise terrain ou le vécu de ses membres contribuera à identifier les risques ou difficultés et à proposer des solutions. L'équipe projet sera légitime pour communiquer autour du projet de façon informelle, venant compléter le plan de communication (annexe 5). Cette communication informelle entre collègues autour de la machine à café est très importante en conduite du changement, d'autant plus quand les membres de l'équipe projet sont alignés avec la communication institutionnelle sur le sujet.

Dans cette équipe, la mission du **chef de projet** est à distinguer. Sa désignation devra faire l'objet d'un consensus entre les deux partenaires principaux. Son rôle est d'organiser, coordonner, planifier les activités de l'équipe projet, d'assurer l'interface avec les différents comités et les services qui pourront être sollicités. Sa responsabilité est de mener à bien ce projet dans le cadre fixé, d'en rendre compte auprès des partenaires, d'alerter sur les difficultés, retards rencontrés.

Ce projet fait appel à des domaines de compétences différents : psychiatrie, gériatrie, clinique de la précarité. Pour cette raison, je pense qu'il est pertinent de constituer un **comité d'experts** : psychiatre, gériatre, médecin coordinateur de l'EHPAD s'il ne fait pas partie de l'équipe, cheffe de service du CHRS Cléberg pour sa connaissance des besoins

de ces personnes, cheffe de service des ACT pour son expérience du monde médical et le fait que son service assure des missions médico-sociales dans une association qui œuvre dans la précarité. Ce comité sera consulté chaque fois que nécessaire et avant toute validation importante pour apporter un regard critique sur les fonctionnements et approches envisagés. Il émettra des recommandations dont l'équipe projet et le comité de direction seront destinataires. Il interviendra aussi bien durant la phase de mise en œuvre du projet qu'après l'ouverture du dispositif, pour son évaluation et ses évolutions.

Enfin, un **comité de direction** valide les différentes étapes jusqu'à l'ouverture, rappelle ou précise de nouvelles orientations, valide l'ouverture de l'unité quand les conditions sont réunies. Il soumet les décisions structurantes aux CA des associations, dans le cadre des statuts de chacune.

Il se compose du chef de projet, de représentants de la direction des deux associations, d'un administrateur référent de chaque association, d'un représentant de chaque organisme financeur. Dans ce cadre, le chef de projet dispose d'une voix consultative puisque c'est lui qui est amené à soumettre les différents éléments à la validation du comité.

Les Comités Sociaux et Economiques (CSE) sont informés et sollicités dès le lancement et aussi souvent que nécessaire. Les documents sur lesquels ils sont consultés sont identiques pour tout ce qui est commun dans le projet. Il leur est proposé de se rencontrer et de rencontrer les équipes qui vont construire le projet.

Le CVS de l'EHPAD est tenu informé de l'avancement du projet et destinataire de la lettre d'information du projet.

Le cadencement de la phase de lancement est le suivant :

Quoi ?	Qui est responsable ?	Qui participe ?
Information des 2 CSE et du CVS de l'EHPAD	Directeurs des deux structures	DRH, communication
Lancement de la lettre d'information commune	Directeurs des deux structures	DRH, communication
Identification des salariés intéressés	Directeurs des deux structures	DRH, chefs de service ou cadres de l'EHPAD
Vis ma vie d'un à deux jours des salariés intéressés	Chefs de service et cadres de l'EHPAD	Salariés souhaitant s'investir dans le projet
Identification du lieu et état	Directeurs des deux structures	Responsables du patrimoine

Constitution des équipes et comité	Directeurs des deux structures	
Journée de lancement : le projet et ses enjeux avec les 3 équipes	Directeurs des deux structures	Les membres des équipes, la communication, les DRH

La communication est un des facteurs clés de réussite de ce projet. Elle s'imbrique étroitement avec la dimension partenariale mais aussi managériale. Les premières actions de communication, en phase de lancement, seront déterminantes pour enclencher une dynamique constructive :

- L'information des deux CSE revêt une dimension légale mais également de communication puisque c'est la première information officielle aux salariés. La note stratégique insistera sur la dimension novatrice de cette unité au service des personnes, sur la participation des salariés à l'écriture des modalités de fonctionnement, sur la dimension novatrice du parcours professionnel proposé aux travailleurs sociaux.
- La lettre d'information commune aux deux structures représentera un fil rouge tout au long du projet, permettant de tenir informés l'ensemble des salariés et de scander chacune des étapes significatives. Elle présentera l'avancement du projet, les petites et grandes réussites mais aussi les difficultés rencontrées. Elle laissera la part belle aux participants des différents groupes de travail pour partager leur vécu de ce projet.
- L'identification des salariés intéressés passera évidemment par un travail en ressources humaines. Proposer un vis ma vie aux salariés intéressés des deux structures leur permettra de prendre conscience des contraintes qui peuvent peser sur chacune des professions et des possibilités de travailler ensemble.
- La journée de lancement est organisée pour permettre à l'équipe projet et aux comités de se constituer en collectif de travail. Il s'agira de s'imprégner des enjeux, d'organiser, de planifier et de prioriser les activités

3.3.2 Préparer l'ouverture puis commencer l'exploitation

Les missions de l'équipe projet pour préparer l'ouverture du dispositif seront multiples. Cette présentation des points clés de cette phase ne se veut pas chronologique. Certains sujets seront abordés en parallèle, d'autres évolueront tout au long de cette préparation et certains nécessiteront des allers-retours avec les différentes instances décisionnelles.

- **Adapter les locaux** : si les adaptations identifiées au 3.1.1 sont peu nombreuses, elles doivent être réalisées avant l'ouverture. Elles feront l'objet d'une préparation et d'une planification précise, tenant compte, s'il s'agit d'une unité déjà occupée, d'une disponibilité la plus optimisée possible. Dans ce dernier cas, les différentes hypothèses de gestion de la transformation seront à étudier : faire cohabiter différents profils dans l'unité, déplacer les résidents présents au gré des libérations de places, réaliser les aménagements après avoir vidé l'unité. La contrainte pesant sur l'EHPAD en termes de taux d'occupation pendant la phase de transition est à inclure dans une négociation avec ses financeurs.
- **Préparer l'entrée des résidents** : en premier lieu, une action de communication est nécessaire auprès des structures susceptibles d'orienter des résidents. Il s'agit de les informer du projet, de leur proposer d'identifier les personnes qui pourraient être intéressées dans leurs structures. Cette communication pourra s'appuyer sur un réseau professionnel tel que celui de la FAS et sur le SIAO en tant que centralisateur et prescripteur des besoins des personnes sans-domicile. En parallèle, la formalisation du processus d'entrée se poursuivra. Ces partenaires seront également sollicités pour identifier des personnes concernées et intéressées de participer aux différentes réflexions.
- **Gérer le volet ressources humaines** : les fiches de postes des travailleurs sociaux seront rédigées en prenant appui sur les réflexions présentées au 3.1.3. et en les enrichissant des propositions de l'équipe projet. Les formations spécifiques à la création de cette unité seront menées juste avant l'ouverture : formation VIP sur la fin de vie, formation Alliance sur la précarité. Par ailleurs, une réflexion collective sur le secret partagé, entre soignants et travailleurs sociaux sera lancée et se poursuivra après l'ouverture dans le cadre de l'analyse de la pratique conjointe.
- **Recenser les besoins en bénévolat et mécénat** : certains besoins listés précédemment, par leur spécificité, ne peuvent pas être couverts par les financements habituels d'un EHPAD. Par ailleurs, l'absence d'aidants familiaux et la faiblesse des liens sociaux des personnes peuvent être partiellement compensés par du bénévolat. Solliciter la société dans son ensemble, des entreprises partenaires, des associations de bénévolat ou engagées auprès des plus âgés suppose d'agir sur différents leviers de communication. L'équipe projet travaillera à identifier les besoins non couverts, qu'il s'agisse de matériel ou de soutien possible aux professionnels. La communication autour de ce sujet s'appuiera sur la communication institutionnelle avec des messages ciblés autour de l'opportunité représentée par cette unité.
- **Encourager une vie sociale dans l'unité et la participation des résidents** : cet axe sera travaillé avec les futurs résidents volontaires ou des personnes vivant une

situation similaire et souhaitant participer. La création d'un comité de l'unité leur étant proposée, le groupe pourra s'autoriser une grande liberté de réflexion quant aux modalités de la participation et de l'expression des résidents.

- **Formaliser le fonctionnement de l'unité** : l'équipe projet proposera le fonctionnement pratique de l'unité, à partir de leur expertise métier et de la confrontation de leurs cultures professionnelles. Cela aboutira à une proposition de règlement de fonctionnement tenant compte des idées issues des autres groupes de travail. Le volet spécifique d'une politique de RDRD sera partie intégrante de ce règlement.
- **Gérer les aspects budgétaires et contractuels** : concernant l'EHPAD, il s'agit de chiffrer et négocier un avenant au CPOM incluant la prise en compte du parcours psychiatrique en GIR et l'impact financier de la phase de montée en charge. Pour l'équipe de travailleurs sociaux, la négociation et la formalisation de la subvention seront finalisées. Dans la perspective d'une évaluation et mesure d'impact aussi complètes que possible, un budget global incluant tous les postes et tous les financements, y compris mécénat ou subventions annexes, sera créé.
- **Anticiper l'évaluation et la mesure d'impact** : Ces mesures ne peuvent être réalisées que si elles sont anticipées au plus tôt. Tous les aspects du projet validé seront accompagnés de propositions d'indicateurs, y compris qualitatifs.
- **Etablir les documents de la loi 2002-2** : Livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour. Concernant le projet de service global à l'unité et commun aux deux équipes, une première version sera produite avant l'ouverture pour une adaptation à l'issue de la première année d'exploitation.

La totalité de ces points clés ne conditionne pas l'ouverture de l'unité. Il est néanmoins intéressant d'entamer toutes ces réflexions très rapidement afin que la démarche puisse être aussi complète et globale que possible. Cependant, les premiers mois d'exploitation soumettront cette préparation à l'épreuve du feu et conduiront nécessairement à des adaptations. Le principal étant dans ce cadre que les fondements du projet ne s'en trouvent pas modifiés et que les mécanismes d'évaluation mis en place permettent de s'en assurer.

L'entrée des résidents sera organisée de façon progressive sur une durée de six mois. Cela permettra d'ajuster et d'adapter les fonctionnements au fur et à mesure de la montée en charge. Une première évaluation sera menée à l'issue de cette période.

3.3.3 Piloter, évaluer, mesurer l'impact

La loi du 2 janvier 2002 a instauré pour l'ensemble des Etablissements ou Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) une obligation d'évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies. Cette unité relève de cette obligation. Le référentiel d'évaluation de l'HAS, s'appuyant sur ce qui existe déjà dans l'EHPAD, sera mis en place au cours de la première année d'exploitation.

Cette unité d'EHPAD dédiée aux personnes vieillissantes avec un parcours d'errance est expérimentale. Il est donc nécessaire d'envisager dès maintenant les outils qui permettront d'évaluer à posteriori la pertinence de ce choix et son impact sur les personnes accueillies, sur le territoire, sur les collaborateurs. Il s'agit de s'assurer que les impacts attendus sont au rendez-vous, dans quelle proportion et ce qui doit évoluer dans cette structure pour qu'elle soit plus bénéfique aux personnes concernées. Parallèlement à cela, des indicateurs de pilotage de l'exploitation sont indispensables pour diriger cette unité comme pour toute organisation.

Je m'intéresserai en premier lieu à l'évaluation du lancement et de la construction du projet. Les indicateurs à utiliser seront de deux ordres : mise en œuvre et mesure des écarts entre les attendus de la phase de conception et les décisions prises pour l'ouverture du projet. Les indicateurs de mise en œuvre de cette phase servent à jalonner le projet, à mesurer le degré d'avancement de chacune des tâches identifiées, à suivre spécifiquement les tâches critiques dont le retard décalerait l'ensemble du projet. Ils sont directement liés à un suivi de planning, sous format diagramme de Gantt (annexe 7 – extrait diagramme de Gantt). Ce suivi est placé sous la responsabilité du chef de projet qui le partage avec l'ensemble de l'équipe projet et le présente à chaque réunion du comité de direction. En construisant un diagramme réaliste dès le début du projet, celui-ci constitue un outil de motivation de l'équipe projet. Une communication transparente de ces indicateurs auprès des autres salariés des deux associations contribue à renforcer l'intérêt pour le projet.

Durant la phase de conception, un certain nombre d'attendus quant au fonctionnement de cette unité ont été définis. L'objectif principal de la phase de construction du projet est bien de permettre la concrétisation de ces attendus et c'est une tâche difficile qui attend les équipes impliquées dans le projet. La journée de lancement est organisée notamment pour partager les détails de la phase de conception. Lors de cette journée, les participants coconstruiront une grille d'évaluation qualitative des axes principaux du projet. Cette grille constituera un fil rouge tout au long de la phase de construction et un bon outil d'aide à la décision. Il me paraît important de mesurer les écarts entre les attendus et ce qui va se concrétiser dans une volonté de transparence et de lucidité. Qu'il s'agisse de l'équipe projet

ou du comité de direction, les choix qui auront été faits auront été partagés. Ils pourront d'autant plus facilement être assumés et expliqués aux interlocuteurs externes.

Une fois l'unité en fonctionnement, deux axes d'évaluation se dégagent : les indicateurs de pilotage et l'évaluation et mesure d'impact.

Les indicateurs de pilotage sont des outils d'efficacité au service du directeur. Ils ne suffisent pas à lui donner une vision complète de son activité mais permettent d'objectiver cette vision. Ils permettent également de communiquer avec les équipes quant à certaines réalités : il m'est arrivé de constater qu'en l'absence de mesure, des dispositifs qui avaient produit leurs effets au-delà des attendus pouvaient être perçus de façon négative parce qu'il restait encore de nombreuses personnes à accompagner sur le territoire. Sans données objectives sur leur activité, les équipes peuvent se vivre en échec permanent et c'est un enjeu majeur du management des ESSMS aujourd'hui.

Les indicateurs de pilotage doivent être mesurables simplement, définis dans le temps et utilisés dans la durée pour en mesurer l'évolution. J'en distingue deux catégories : les indicateurs de pilotage de l'activité, les indicateurs de pilotage des ressources humaines. Détaillés en annexe 6 – Indicateurs de pilotage, cette liste sera complétée d'objectifs atteignables déterminés avec l'équipe projet avant l'ouverture. Ils seront ajustés après un an d'exploitation.

Si les indicateurs de pilotage retenus sont majoritairement quantitatifs, la mesure de la satisfaction des résidents ainsi que celles des équipes se placent sur un plan qualitatif. Ce sont des éléments de pilotage dont la mesure sera forcément moins fréquente et plus longue à mettre en œuvre.

Concernant la satisfaction des résidents, j'entends par là qu'il est nécessaire de s'assurer du bien-être ressenti des résidents, de leur vision de ce qui pourrait être amélioré. Les modalités possibles sont nombreuses : échanges au sein du comité de l'unité, enquête anonymisée, entretiens semi-directifs ou groupe de réflexion collectif. Elles seront retenues au cours de la phase de construction, s'appuyant sur l'expertise du CRPA Auvergne Rhône-Alpes et la réflexion avec les personnes accompagnées qui participeront.

De plus en plus de structures du secteur ont mis en place des baromètres ressources humaines annuels basés sur des enquêtes anonymisées. L'évolution de la satisfaction des salariés vient compléter la vision esquissée par les autres indicateurs en ressources humaines. Dans ce cas précis, il est indispensable d'obtenir une mesure de l'adhésion à cette organisation et de pouvoir comparer le taux de satisfaction des salariés à celui de leurs collègues des autres services. Etant donné la taille prévisionnelle de l'équipe, le baromètre ne pourra pas être anonymisé. Il est néanmoins intéressant de l'exploiter si cela

est techniquement possible en étant transparent avec les salariés sur le sujet de l'anonymisation.

Cette unité dédiée aux personnes vieillissantes avec un parcours d'errance est expérimentale. Une mesure d'impact aussi complète que possible me paraît d'autant plus pertinente. Je distingue 4 axes d'analyse :

- Quels sont les profils des personnes accueillies et quel est leur regard sur la structure ?

Des entretiens ou groupes de travail leur permettront de s'exprimer sur leur vécu dans l'établissement. Il serait pertinent de rencontrer une ou plusieurs personnes n'ayant pas confirmé une période d'essai afin d'analyser leurs raisons. Une étude détaillée sur les profils des personnes accueillies permettra de les confronter aux profils ciblés initialement. Les raisons d'une évolution seront analysées.

- Un retour d'expérience sur le travail pluridisciplinaire dans ce contexte. L'évaluation s'attachera notamment à l'appréciation de la régulation et de la qualité des échanges entre professionnels. L'intégration des travailleurs sociaux dans l'équipe de l'EHPAD et leur appréciation de la qualité de leur lien avec l'association qui les emploie seront explorés. Il serait par ailleurs pertinent de savoir comment l'ensemble des salariés se projette à terme dans cette unité et pour quelle raison afin d'anticiper les phénomènes d'usure.
- Une évaluation du partenariat entre les deux associations porteuses du projet : formalisation, évolution et durabilité de la relation.
- Une évaluation du dispositif par les partenaires extérieurs et les décideurs du territoire.

Leur retour sur les orientations et les motivations pour réaliser ces orientations dans l'établissement seront explorés. Les partenaires comme les décideurs seront interrogés sur l'apport de la structure à l'écosystème.

La légitimité de cette mesure d'impact sera renforcée si elle peut être réalisée par des intervenants extérieurs au projet, s'appuyant sur les possibilités offertes par les structures intervenant dans l'économie sociale et solidaire.

Conclusion

Les personnes vieillissantes avec un parcours d'errance sont de plus en plus nombreuses dans nos rues ou hébergées dans les établissements du secteur AHI. Parce que leur singularité est souvent synonyme de complexité, un accompagnement digne leur est difficilement accessible.

Cette complexité vient interroger notre capacité à coopérer plus étroitement : AHI, psychiatrie, EHPAD. Sur le territoire de la Métropole de Lyon, les différents acteurs sont engagés depuis plusieurs années dans une démarche constructive qui a produit ses premiers effets mais qui doit être élargie pour bénéficier à plus de personnes.

Le projet de l'unité d'EHPAD renforcée de travailleurs sociaux, que je propose, a rencontré un intérêt fort parce qu'il permet de compléter cette offre et d'agir plus rapidement par la création de places dédiées.

Cette proposition intègre dans sa conception les spécificités de ces personnes que sont le vieillissement précoce, les troubles psychiques et les addictions, les effets d'un parcours d'errance. Intégrer du travail social dans l'EHPAD permet de sécuriser à la fois les personnes accueillies et les salariés de l'unité. Dans un cadre explicite, j'ai voulu que la coconstruction, la participation de toutes les parties prenantes et les partenariats soient au cœur du projet, en cohérence avec l'approche de l'accompagnement et avec l'ambition d'enrichir cette expérimentation de tous ces apports.

Les enjeux d'un tel projet sont nombreux : pouvoir adapter le fonctionnement de l'EHPAD aux besoins de ces résidents particuliers, faire vivre un partenariat fort entre deux associations très différentes, faire vivre un travail pluridisciplinaire pour mettre un peu plus de social dans le médico-social.

Parce qu'il s'agit d'une expérimentation, l'évaluation et la mesure d'impact ont toute leur place pour à la fois favoriser les conditions de la réussite et établir un bilan lucide après quelques années.

Dans les années à venir, l'évolution démographique va contribuer à renforcer la préoccupation autour de l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. Cette unité pourra trouver sa place dans une offre diversifiée, prenant en considération les besoins et les attentes de ces personnes.

Pour répondre à l'augmentation des besoins et après stabilisation du fonctionnement de l'EHPAD, on pourrait imaginer que l'équipe de travailleurs sociaux s'étoffe et élargisse son périmètre. Elle pourrait se transformer en équipe mobile au service des EHPAD accueillant

des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance. L'expertise acquise sur ce terrain d'expérimentation deviendrait un socle d'accompagnement et de formation des équipes d'EHPAD. Il sera donc intéressant, dans le cadre de la mesure d'impact, d'évaluer précisément le besoin en présence des travailleurs sociaux et leur apport pour les résidents comme pour les salariés de l'EHPAD.

Bibliographie

Articles

Besozzi, T., (2021). Quand l'avenir est derrière soi : routinisation et formes d'adaptation de sans-abris vieillissants, *Retraite & Société*, (85)

Bourdaire-Mignot, C., Gründler, T., (2021). La fin de vie des personnes âgées, l'impensé du droit ?, *Gérontologie et société*, (43).

Chardin, S., (2016), Errance institutionnelle, SDF et grands exclus, *Le sociographe*, (53).

Colrat, J., (2013), Vers la reconnaissance du travail social palliatif, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (112).

Jaeger, M., (2012), Une politique incertaine entre convergence et dissociation du sanitaire et du médico-social - l'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations, *Les cahiers de l'actif*, (438-439), p. 17-27.

Lafore, R., (2012), l'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations, *Les cahiers de l'actif*, (438-439), p. 9-16.

Le Bossé, Y., Defert, F., Demoustier, S., (2021), L'approche DPA-PC. Entretien avec Y. LE BOSSE à propos du Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités, *Forum*, (163), p. 8-22.

Pichon, A., (2013), Figures de la mort et de la disparition dans le champ de la grande précarité, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, (112).

Sachelli, M., Martin, J.P., (2023), Travail pluridisciplinaire et identités professionnelles, *V.S.T.*, (158), p.12-82.

Savignat, P., (2012), Action sociale et loi HPST : convergence ou incohérences - l'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations, *Les cahiers de l'actif*, (438-439), p. 31-45.

Soulet, M.H., (2005), Reconsidérer la vulnérabilité, *EMPAN*, (60), p. 24-29.

Vallerie, B., (2010), Aider au développement du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (51), p. 271-282.

Chapitre d'ouvrage collectif

Soulet, M.H., (2009), Nouvelles pathologies sociales et transformations de l'action sociale, in Cultiaux J. et Périlleux T. (dir), *Destins politiques de la souffrance*, (85-98), Paris, ERES.

Conférence

FEANTSA, SME, (2009), *L'exclusion liée au logement et à la santé mentale. Déclaration conjointe de la FEANTSA et de SME adressée aux députés nouvellement élus*, <https://www.feantsa.org/fr/feantsa-position/2009/10/03/declaration-conjointe-de-la-feantsa-et-sme-sur-lexclusion-liee-au-logement-et-la-sante-mentale?bcParent=27>, [Consulté le 14 juillet 2024].

OMS, (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.*, <https://iris.who.int/handle/10665/349653>, [Consulté le 18 juillet 2024].

Soulet, M.H., (2016, septembre), *Les ressorts de l'accompagnement palliatif*, Rencontre KELVOA L'art d'accompagner, Marseille, <https://youtu.be/rW79KHTLAWM?si=JXBwyly0g-Hs7MSx>

Lois, décrets, circulaires

Ministère des Affaires Sociales, *Loi 2002-002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, Journal Officiel du 3 janvier 2002.

Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de l'Aménagement du territoire, *Loi 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion*, Journal Officiel n°73 du 27 mars 2009.

Ministère de la Transition Écologique et Solidaire, *Loi 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique*, Journal Officiel n° 272 du 24 novembre 2018.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, *Loi 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie*, Journal Officiel n° 0083 du 9 avril 2024.

Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, *Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais*.

Ouvrages

Barbier, J.C., Zemmour, M., Théret, B., (2021), *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte.

Chambon, N., Gilliot, E., (2022), *La politique du logement d'abord en pratique*, Lyon : Presses de Rhizome.

Declerck, P., (2001). *Les naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, Terre humaine

Jaeger, M., (2012), *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod

Jovelet, G., (2017), *Ces psychotiques qui vieillissent*, Paris : John Libbey Eurotext

Kerouac, J., (1972), *Sur la route*, Paris : Folio

Lançon, C., (2013), *Conduites addictives et processus de changement*, Paris : John Libbey Eurotext

Lemaire, P., (2015), *Vieillesse cognitive et adaptations stratégiques*, Paris : De Boeck Supérieur.

Rapports

Alynea – Samu Social 69 (2023), *Rapport d'activité 2022 d'Interface 9*, rapport d'activité des services [Consulté le 2 août 2023].

Alynea – Samu Social 69 (2023), *Rapport d'activité 2022 du CHRS Cléberg*, rapport d'activité des services [Consulté le 2 août 2023].

Alynea – Samu Social 69 (2023), *Rapport d'activité 2022 du CHRS Carteret*, rapport d'activité des services [Consulté le 3 août 2023].

Alynea – Samu Social 69 (2023), *Rapport d'activité 2022 du CHRS Point Nuit*, rapport d'activité des services [Consulté le 3 août 2023].

Alynea – Samu Social 69 (2023), *Rapport d'activité 2022 du CHRS Polygones*, rapport d'activité des services [Consulté le 3 août 2023].

ANIL – FNARS (2007), *Elaborer le règlement de fonctionnement*, Guide pratique, [Consulté le 5 juillet 2024].

ARS Auvergne Rhône-Alpes (2018), *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies – 2018-2023*, [Consulté le 20 juin 2023]

Cabannes, P.Y., Sigal, M., (2019), *Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale - DREES*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-personnel-des-centres-dhebergement-pour-adultes-et> , [Consulté le 16 juillet 2024].

DDETS, FAS, Logement d'abord, (2023), *CHRS et logement d'abord sur le Rhône*, [Consulté le 23 septembre 2023]

DIHAL, (2023), *Deuxième plan quinquennal pour le logement d'abord (2023-2027)*, https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/documents/20.06.2023_DP_Logement_dabord_2.pdf , [Consulté le 15 juillet 2024]

DIHAL, (2023), *Les pensions de famille, un outil puissant d'insertion par le logement, un levier pour lutter contre le sans-abrisme*, https://grand-est.dreets.gouv.fr/sites/grand-est.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/2023_-_dihal_-_dp_pension_de_famille.pdf , [Consulté le 7 juillet 2024]

DREES, (2024), *EHPAD : un résident sur 10 a moins de 75 ans*, Etudes et résultats, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240524_ER_EHPAD , [Consulté le 7 juin 2024].

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., Geddes J., (2008), *La prévalence des troubles mentaux chez les sans-abri dans les pays occidentaux : examen systématique et analyse de méta-régression*. Washington : PLOS Médecine.

FEHAP, FAS, (2022), *Plaidoyer vieillissement et précarité : comment mieux accompagner les personnes vieillissantes en situation de précarité*, <https://www.federationsolidarite.org/actualites/la-federation-publie-le-plaidoyer-vieillissement-et-precarite-comment-mieux-accompagner-les-personnes-vieillissantes-en-situation-de-precarite/> , [Consulté le 4 décembre 2023].

Fondation Abbé Pierre, FEANTSA, (2023), *8^{ème} regard sur le mal-logement en Europe*, https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport_FR.pdf, [Consulté le 17 janvier 2024].

Fondation Abbé Pierre, (2023), *L'état du mal-logement en France : rapport annuel 2022*, https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-01/REML2023_Dossierdesynthesecomplet.pdf , [Consulté le 12 juillet 2023]

HAS (ex ANESM), (2010), *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad#toc_1_1_1, [Consulté le 24 mai 2024].

HAS (ex ANESM), (2010), *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad#toc_1_1_2 , [Consulté le 24 mai 2024].

HAS (ex ANESM), (2010), *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents en EHPAD*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad#toc_1_1_3 , [Consulté le 24 mai 2024].

HAS (ex ANESM), (2010), *Qualité de vie en EHPAD (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad#toc_1_1_4 , [Consulté le 24 mai 2024].

HAS (ex ANESM), (2015), *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835291/fr/la-prise-en-compte-de-la-sante-physique-et-psychique-des-personnes-accueillies-dans-les-centres-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale , [Consulté le 30 avril 2023].

Laporte, A, Le Mener, E, Detrez, MA, Douay, C, Le Strat, Y, Vandentorren, S, Chauvin, P, (2015), *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile de France : l'enquête SAMENTA de 2009*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-mentale-et-les-addictions-chez-les-personnes-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-l-enquete-samenta-de-2009> , [Consulté le 23 juillet 2023].

Le labo de l'économie sociale et solidaire, Avise, La Fonda, (2019), *ESS et création de valeur, synthèse du rapport d'étude n°3 : vers une nouvelle approche de l'impact social*, <https://www.lelabo-ess.org/ess-et-creation-de-valeur> , [Consulté le 31 août 2024].

Maison de la veille sociale du Rhône, (2023), *Rapport d'activité 2023*, [Consulté le 17 juillet 2024].

Maison de la veille sociale du Rhône, UrbaLyon, (2023), *Le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement en 2022 : rapport annuel de l'observatoire du sans-abrisme*, <https://www.urbalyon.org/fr/SansAbrisme2022>, [Consulté le 13 février 2024].

Réseau social rue hôpital, (2017), *Résultats de l'enquête flash handicap et vieillissement du public en CHU et CHRS*, [Consulté le 10 juin 2023].

Réseau social rue hôpital, (2017), *Continuité des soins des personnes vivant dans la rue sur le territoire de la métropole lyonnaise*, [Consulté le 10 juin 2023].

Reynaud, F., (2020), *Le taux d'encadrement dans les EHPAD – DREES*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf> , [Consulté le 16 juillet 2024].

Ressources numériques / cinématographiques

AVISE, (2023), *Me faire accompagner et financer pour évaluer mon impact* , <https://www.avise.org/developper-mon-activite/selon-mon-besoin/evaluer-mon-impact/me-faire-accompagner-et-financer-pour> ,[Consulté le 1^{er} septembre 2024].

INED, (2020), *L'espérance de vie en France*, <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france>, [Consulté le 23 février 2024]

INSEE, (2024), *Bilan démographique 2023*, Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004> , [Consulté le 16 janvier 2024].

OMS, (2022), *Vieillesse et santé*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Philibert, N., (1996), *La moindre des choses*, La sept cinéma – Les films d'ici (production), <https://youtu.be/cPHUuPlp41Q?si=eDYW9tg6W8DCH7pE> , film

Raymond-Damasio, B., (2023), *Sortir de la pénombre : de la prison à l'EHPAD*, La mandarine (production), <https://youtu.be/ks15MEtQbx8?si=kzG8RkSi5grqm1ub>, film

Plateforme VIP, (2019), *Vieillesse et précarité mais pas que : fin de vie, mort, deuil*, <https://plateforme-vip.org>

Travail académique

Groupe n°23, (2014), *Quel hébergement pour les personnes sans-abri vieillissantes ?*, Mémoire pour le module interprofessionnel de santé publique : EHESP,

Liste des annexes

Annexe 1 – Organigramme de l'association Alynea

Annexe 2 – Analyse 7S d'Alynea

Annexe 3 - SWOT d'Alynea sur l'accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d'errance

Annexe 4 - Plaquette plateforme VIP

Annexe 5 – Plan de communication

Annexe 6 – Indicateurs de pilotage

Annexe 2 – Analyse 7S d'Alynea

Matrice d'analyse 7S	Valeurs partagées	Stratégie	Structure	Système	Style	Employés	Compétences
Valeurs partagées		Culture professionnelle militante : plaider valeur forte					
Stratégie	Raison d'être : lutte contre le sans-abrisme		Alignement entre le CA et le CODIR à travailler			Projet associatif coécrit avec les salariés, les bénévoles et les personnes accompagnées	Innovation part des constats du terrain
Structure		Les fonctionnements de la structure se réajustent à son développement		Manque d'efficacité du CODIR	Cadre de travail à préciser et affirmer	Directeurs opérationnels : quel rôle, quelle légitimité ?	
Système		Fondation et direction mécénat au service de l'innovation	Services centraux organisés dans la Direction Générale Adjointe		Services très indépendants : cohésion et cohérence		Méthodes de pilotage de projet se mettent en place
Style			1 administrateur référent par service	Peu de pilotage, peu d'unification		Management participatif	
Employés	Valeurs de l'association choisies collectivement : appartenance	Stratégie orientée développement du pouvoir d'agir : confrontation avec les pratiques historiques		Politique RH en cours de construction			
Compétences		Positionné comme un acteur accueillant les personnes les + en difficulté	Services centraux au service des équipes de terrain	Compétences managériales et de pilotage à renforcer		Managers experts : soutien quotidien des équipes mais pilotage et vision à accompagner	
Points de vigilance							
Points forts							

Annexe 3 – SWOT d’Alynea sur l’accompagnement des personnes vieillissantes avec un parcours d’errance

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Compétence des travailleurs sociaux dans l’accompagnement des grands marginaux, en particulier dans l’accès au soin - Compétence dans la création de dispositifs innovants à l’intention de ceux dont personne ne veut : Zone Libre par exemple - Compétences paramédicales dans l’association dans quelques dispositifs - 	<ul style="list-style-type: none"> - Les bâtiments des CHRS ne sont pas conçus pour assurer des activités de soin - Pas de personnel para-médical dans les CHRS, les travailleurs sociaux compensent : risque de TMS et de RPS - Manque de méthodes dans le pilotage de projet : process en cours de structuration - Peu d’expérience du partenariat avec les structures médico-sociales extérieures - Peu de mesures des résultats des actions : difficulté à les mettre en avant
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Réforme de la tarification des CHRS : appels à manifestation d’intérêt - Demande des acteurs du territoire car peu de solutions existantes - Intérêt des financeurs du territoire pour un projet innovant et concret 	<ul style="list-style-type: none"> - Réforme de la tarification des CHRS : diminution des moyens ?

Annexe 4 – Plaquette plateforme VIP

QUI SOMMES-NOUS?

Née du constat de terrain du vieillissement des personnes logées ou hébergées dans les dispositifs sociaux, la Plateforme ViP s'adresse à l'ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social, sanitaire, gérontologique ou encore funéraire, afin de permettre un accompagnement digne des personnes en situation de précarité dans leur vieillissement, leur fin de vie et même après.



GROUPEMENT DES POSSIBLES

Le Groupement des Possibles a pour objectif de proposer des accompagnements diversifiés aux personnes en situation de précarité. Il vise, en s'appuyant sur nos valeurs associatives à créer une plus grande synergie de compétences, à accroître la capacité à innover et à renforcer les réponses apportées par les 4 associations membres.

le Relais Ozanam, l'Oiseau Bleu, Cultures du Cœur et Cycles&Go



PLATEFORME VIP
VIEILLESSEMENT ET PRÉCARITÉ, MAIS PAS QUE :
FIN DE VIE, MORT, DEUIL



Contactez-nous


5 place de l'église
38610 Glières
06 65 92 74 07

plateforme-vip@relaisozanam.org
www.plateforme-vip.org

Merci à nos financeurs :

Financé par





NOS 4 AXES DE TRAVAIL

LA CONSIDÉRATION DU SAVOIR DE CHACUN

Qu'ils soient expérimentiels, professionnels ou universitaires, la Plateforme ViP s'appuie de la même façon sur chacun de ces savoirs pour construire ses actions.

Cette pluralité de regards se retrouve dans tous nos axes de travail.

Nos propositions, faites par et pour les différents acteurs, sont ainsi ancrées dans la réalité du terrain et ajustées au plus près de leurs besoins.

1. Co-construire des démarches d'accompagnement

La Plateforme ViP élabore et met en œuvre des réponses adaptées avec et pour les acteurs qui la sollicitent.

Révision des fiches de postes et projets de service pour les adapter à l'accompagnement au vieillissement et à la fin de vie, formation sur mesure, mise en place d'ateliers pour les professionnels et/ou les personnes accompagnées ...

2. Constituer des ressources accessibles à tous

La Plateforme ViP crée des supports pédagogiques, des outils, des cartographies spécifiques. Elle assure aussi une veille documentaire.

Outils pour faciliter l'expression des volontés, guide pour les accompagnants, vidéos pédagogiques ...

3. Développer un réseau partenarial décloisonné

La Plateforme ViP favorise le décloisonnement des pratiques et des cultures entre les champs du social, du sanitaire, de la gérontologie, ou du funéraire.




Création de groupes de travail dédiés, organisation de rencontres informatives, réponses appel à projets novateurs...

4. Sensibiliser, mobiliser pour changer les regards

Impliquée au sein de réseaux réflexifs et de dynamiques collectives (Fondation Abbé Pierre, Fédération des Acteurs de la Solidarité, Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie...), la Plateforme ViP, participe à des diagnostics sur les territoires et au travail de plaidoyer à différentes échelles.

Implication dans des groupes thématiques au niveau national, lors de colloques, rédaction d'articles, réalisation d'enquête de terrain...

PLAN DE COMMUNICATION

<p>Nom du projet : à trouver lors d'un concours Chef de projet : Marie PORCHER Description du projet : Unité d'EHPAD dédiée aux personnes avec un parcours d'errance</p>			
			
OBJECTIFS	ACTIONS	PUBLICIBLE	
<p>Faire adhérer les salariés, encourager les candidatures</p> <p>Impliquer des personnes concernées dans la construction</p> <p>Favoriser l'engagement des salariés impliqués</p> <p>Trouver des financements complémentaires, des dons, du bénévolat</p> <p>Faciliter les orientations</p> <p>Entrettenir l'intérêt des financeurs</p>	<p>Présentation du projet dans tous les services</p> <p>Concours : trouver un nom à l'unité Lettre d'information mensuelle</p> <p>Rencontre avec les prescripteurs et le CRPA Diffusion d'un dépliant explicatif (FALC)</p> <p>Journée de lancement : ce qui nous rassemble, travailler ensemble Partage des petites réussites</p> <p>Communication institutionnelle (réseaux sociaux, professionnels, presse) Rencontre avec les mécènes et associations ciblées</p> <p>Rencontres SIAO, associations du secteur</p> <p>Comité de projet, lettre d'information, inauguration</p>	<p>Les salariés, bénévoles et administrateurs des deux structures</p> <p>Personnes accompagnées intéressées</p> <p>Salariés impliqués dans le projet</p> <p>Mécènes, grand public</p> <p>Structures d'orientation des personnes Métropole, ARS, DDETS</p>	

Annexe 6 – Indicateurs de pilotage

Piloter l'activité



- Taux d'occupation : équilibre financier de la structure
- Evolution du GMP : évaluation de la charge des soignants

Adéquation aux besoins d'orientation



- Nombre de demandes reçues
- Nombre de demandes en attente
- Nombre d'essais confirmés
- % d'essais confirmés sur tous les essais réalisés

Qualité de l'accompagnement



- Satisfaction des résidents
- Nombre d'EIG ou d'incidents répertoriés
- Nombre de PAP réalisés dans les 3 mois qui suivent l'entrée

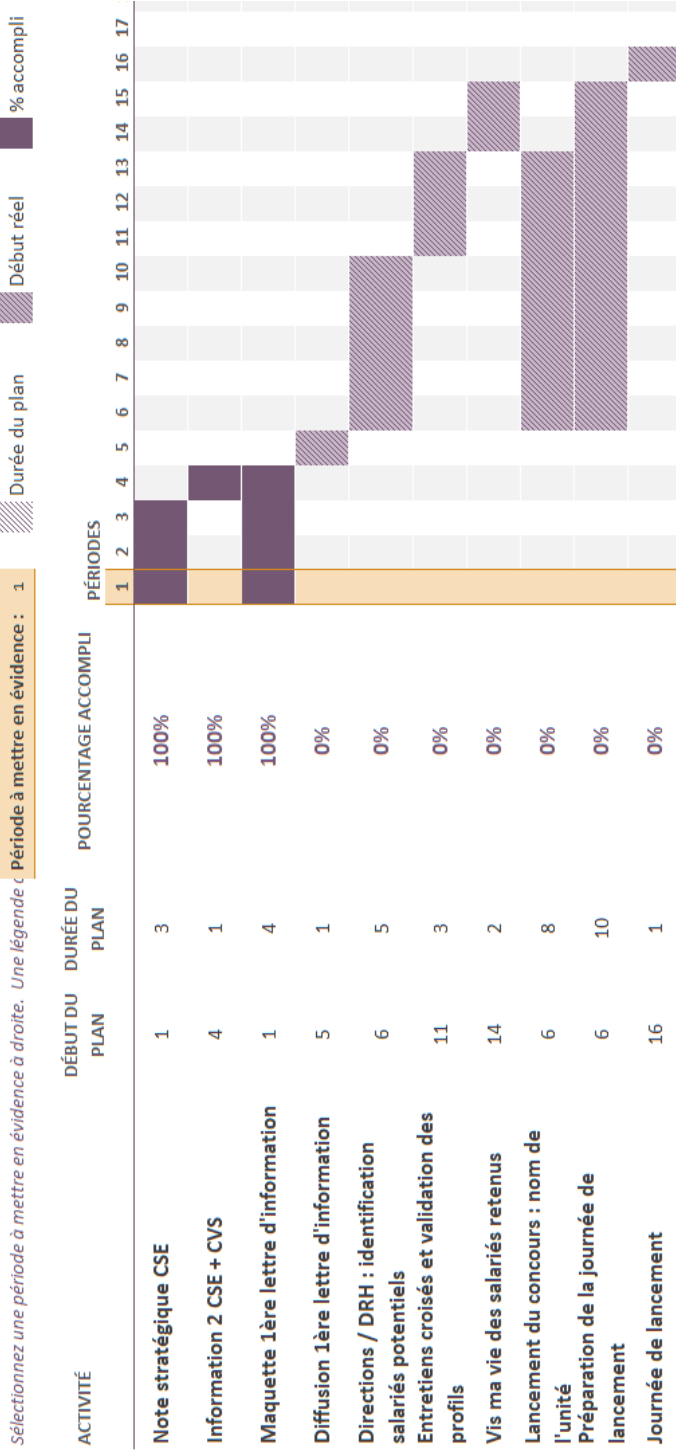
Qualité de vie et conditions de travail



- Satisfaction de l'équipe intervenante
- Taux de rotation
- Taux d'absentéisme
- Taux de maladie / accident de travail

Annexe 7 – Extrait diagramme de GANTT

Lancement du projet : constitution de l'équipe projet



PORCHER

Marie

Novembre 2024

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ENSEIS Management**

**Accompagner la fin de vie des personnes vieillissantes avec un parcours
d'errance : mixer travail social et unité d'EHPAD dédiée.**

Résumé :

Vieillir à la rue aujourd'hui, c'est vieillir plus vite, être exclu souvent de structures vous permettant de vous poser, en sécurité et sans nouvelle rupture de parcours.

Les personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance souffrent de problématiques multiples. Leur permettre de finir leur vie dans la dignité vient confronter nos politiques sociales et nos structures à leurs limites et à leur cloisonnement.

Le territoire de la métropole de Lyon ne fait pas exception en la matière, malgré les nombreuses réflexions en cours.

Le dispositif qui est proposé aujourd'hui est d'intégrer une équipe de travailleurs sociaux au sein d'une unité d'EHPAD dédiée à ces personnes. S'appuyant sur un partenariat fort entre deux acteurs du médico-social, cette unité verra son fonctionnement adapté aux besoins spécifiques de ces personnes.

Cette expérimentation viendra compléter et diversifier une offre qui doit se densifier pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes ayant un parcours d'errance et aux enjeux posés par l'évolution démographique.

Mots clés :

VIEILLISSEMENT, ERRANCE, EHPAD, PARTENARIAT, ADDICTION, PSYCHIATRIE, INNOVATION, TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE, SANS DOMICILE FIXE, ACCOMPAGNEMENT

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.