

# Précarité et vieillissement : Relevons ensemble le défi d'un accueil et d'un accompagnement dignes !

---

JOURNÉE RÉGIONALE



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

Jeudi 14 Décembre 2017

ACTES

## ACTES DE LA JOURNÉE

Le 14 décembre 2017, plus de 150 professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire, personnes accueillies et accompagnées, mais aussi des chercheurs, élus locaux et représentants des services de l'Etat se sont rassemblés à la Cité de refuge – Centre espoir à Paris autour de la thématique du vieillissement des personnes en situation de précarité, dans le cadre d'une journée régionale à l'initiative de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France.

Ce document résume les interventions de la journée, sans reprendre tous les échanges avec les participants par souci synthétique.

**BONNE LECTURE !**

# TABLE DES MATIÈRES

Edito.....	4
Ouverture de la rencontre.....	5
Arthur Anane, Président de la Fédération des acteurs de la solidarité IdF.....	5
Galla Bridier, Adjointe à la Maire de Paris chargée des personnes âgées et de l'autonomie.....	6
<b>Conférence plénière – Vieillesse et précarité en territoire francilien : quelles réalités, quels enjeux, quelles propositions ?.....</b>	<b>7</b>
Vieillesse et précarité : éléments de cadrage et représentations.....	8
Incapacité et perte d'autonomie en Ile-de-France : inégalités sociales et territoriales.....	8
Enquête francilienne « L'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale » : retour sur les résultats et les besoins du réseau.....	9
Plaidoyer de la Fédération des acteurs de la solidarité pour un accueil et un accompagnement dignes des personnes vieillissantes en situation de précarité.....	11
Echanges avec la salle.....	14
<b>Table ronde – Améliorer les partenariats et favoriser les initiatives innovantes pour accueillir et accompagner dignement.....</b>	<b>16</b>
Faciliter l'accès aux dispositifs médico-sociaux de droit commun pour personnes âgées.....	17
Développer le partenariat entre structures d'inclusion sociale et acteurs du soin.....	18
Soutenir « l'aller vers » en facilitant l'intervention des soins à domicile en structure d'hébergement..	18
Réunir les compétences à l'échelle d'un territoire au service des parcours complexes.....	19
Innover pour accueillir dignement les personnes vieillissantes.....	21
Développer les établissements de transition entre structures d'inclusion sociale et structures pour personnes âgées.....	21
Favoriser les initiatives d'habitat partagé dans la philosophie du logement d'abord.....	24
<b>Ateliers thématiques.....</b>	<b>25</b>
Atelier n°1 : la bientraitance dans l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale, de la perte d'autonomie à la fin de vie.....	26
Atelier n°2. Quelles solutions pour l'accompagnement et l'orientation des personnes âgées en situation administrative précaire ?.....	29
Atelier n°3. Partir du choix des personnes pour travailler les parcours.....	33
Restitution des ateliers.....	35
<b>Quel engagement des services de l'Etat en direction des personnes vieillissantes en situation de précarité ?.....</b>	<b>36</b>
Intervention de l'ARS – Île-de-France.....	36
Intervention ARS Délégation Départementale de Paris.....	37
Intervention de la DIHAL.....	38
Echanges avec la salle.....	39
Conclusion.....	40
Annexes.....	42

## EDITO

L'organisation par notre Fédération d'une rencontre régionale qui réunisse les professionnels des champs social, médico-social et sanitaire autour de la thématique du vieillissement des personnes en situation de précarité, a semblé essentielle au regard du constat posé par l'ensemble des associations franciliennes d'un nombre élevé et croissant de personnes vieillissantes accueillies et accompagnées au sein des structures d'inclusion sociale .

Si ce phénomène s'inscrit dans une tendance générale de vieillissement de la population, il est également lié aux spécificités des personnes en situation de précarité : un long temps d'errance engendre un vieillissement prématuré dont les effets se font parfois sentir dès 45 ans, bien avant l'âge d'ouverture des dispositifs pour personnes âgées.

Par ailleurs, la précarité de la situation administrative, l'insuffisance des ressources financières, la stigmatisation de la précarité, mais également la volonté des personnes de se maintenir dans les structures où elles résident, sont autant de facteurs qui peuvent limiter voire bloquer l'accès des personnes vieillissantes en situation de précarité aux dispositifs de droit commun pour personnes âgées.

Ainsi, les structures d'inclusion sociale sont souvent mobilisées pour accueillir les personnes âgées en situation de précarité à défaut de solutions plus opérantes.

Une enquête réalisée par la FAS IdF auprès de son réseau, et renseignée par 115 structures franciliennes, révèle les difficultés rencontrées par les équipes sociales dans l'accompagnement de ces personnes : freins à l'orientation vers des structures dédiées aux personnes âgées (EHPAD, résidence-autonomie...), mais aussi à la mobilisation des services d'intervention à domicile en structure d'inclusion sociale, inadaptation du bâti à la perte d'autonomie, manque de ressources internes (moyens humains, formation des équipes...) ou encore de relais avec des partenaires externes spécialisés.

Accueillir et accompagner les personnes vieillissantes en situation de précarité dans la dignité, c'est-à-dire dans le respect de leurs choix en mobilisant des solutions adaptées, relève donc d'un enjeu au croisement des secteurs social, médico-social et sanitaire. Dès lors, une réflexion et un engagement communs sont nécessaires.

Ainsi, cette rencontre régionale a été mise en place afin de partager les constats sur l'accueil et l'accompagnement de personnes vieillissantes dans les structures d'inclusion sociale en Ile-de-France ; de valoriser les bonnes pratiques, les partenariats intersectoriels et les initiatives innovantes ; mais aussi pour réfléchir ensemble à nos pratiques et aux solutions à développer face aux situations complexes.

*Arthur Anane, Président de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France*  
*Charlotte Debackere, chargée de mission Santé à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France*

## *Arthur Anane, Président de la Fédération des acteurs de la solidarité IdF*

Merci à tous d'être présents pour cette journée sur la thématique du vieillissement des personnes en situation de précarité, qui aujourd'hui traverse et questionne profondément notre secteur de l'inclusion sociale.

En effet, nos structures, qu'elles relèvent de l'hébergement, du logement intermédiaire (comme les résidences sociales, les pensions de familles) ou du médico-social (comme les lits halte soins santé ou les appartements de coordination thérapeutique) accueillent aujourd'hui de plus en plus de personnes vieillissantes et en perte d'autonomie.

Nous constatons que souvent, ces personnes vieillissantes sont accueillies dans nos structures alors même qu'elles souhaiteraient intégrer un établissement dédié aux personnes âgées comme un EHPAD ou que leur état de santé nécessiterait qu'elles intègrent un établissement dédié. En effet, de nombreuses barrières les maintiennent à la porte de ces établissements : que ce soit leur âge, car leur parcours d'errance les a fait vieillir prématurément, souvent bien avant l'âge d'ouverture des dispositifs pour personnes âgées ; que ce soit l'insuffisance de leurs ressources financières et la difficulté à mobiliser les aides disponibles pour elles ; que ce soit leur situation administrative trop précaire.

A contrario, nous constatons aussi que de nombreuses personnes préféreraient se maintenir dans la structure qui les accueille, parfois depuis longtemps, et qu'elles considèrent comme leur domicile. Nous sommes alors confrontés aux propres limites de nos structures, qui souvent ne sont pas adaptées pour accueillir des personnes en perte d'autonomie, tant sur le plan du bâti, que sur le plan des compétences mobilisables en interne au sein des équipes.

Les difficultés pour proposer aux personnes vieillissantes en situation de précarité des solutions dignes sont donc nombreuses, et c'est autour de ces points d'achoppement et sur la forte impulsion de ses adhé-

rents, que la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a investi la thématique.

C'est une réflexion nous portons en lien étroit avec le niveau national de la Fédération, puisque la situation est loin d'être une spécificité francilienne. C'est pourquoi tout à l'heure, nous reviendrons sur le plaidoyer porté par la Fédération au niveau national sur la thématique, avec une intervention de Monsieur Jean-Marc Antoine, administrateur de la Fédération. Notre réflexion est pleinement retranscrite dans l'intitulé et dans les objectifs de cette journée : relever ensemble le défi d'un accueil et d'un accompagnement dignes des personnes vieillissantes en situation de précarité.

Je vais revenir plus précisément sur ces termes.

Tout d'abord, la nécessité de relever ensemble ce défi, car c'est un enjeu au croisement des secteurs social, médico-social et sanitaire.

Nous sommes convaincus de la nécessité de travailler en partenariat, de manière intersectorielle, et de réfléchir ensemble à nos pratiques et aux solutions à développer face aux situations complexes que nous rencontrons.

Dans cette optique, la Fédération a publié en octobre 2016, en partenariat avec l'ARS IdF, un guide santé à destination du secteur de l'hébergement. Des fiches pratiques et un annuaire permettent d'identifier le rôle et les coordonnées des partenaires pertinents, notamment pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Et aujourd'hui, nous sommes heureux d'accueillir, à la fois parmi les intervenants et les participants, des acteurs de différentes cultures professionnelles, mais tous concernés par le sujet : des acteurs du champ de l'inclusion sociale, travaillant dans des établissements qui accueillent des personnes vieillissantes ; des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social intervenant auprès des personnes âgées : Unités de Soins de Longue Durée, EHPAD, résidences-autonomie, CLIC, Services de Soins Infirmiers à Domicile ; et surtout des personnes accueillies.

Sont également présents aujourd'hui, des représentants des services de l'Etat (ARS, DDCS, DIHAL...) ainsi que des élus locaux, et je vais d'ailleurs laisser dans quelques instants la parole à Mme Galla Bridier, Adjointe à la Maire de Paris chargée des personnes âgées et de l'autonomie, qui nous fait l'honneur d'ouvrir cette journée à mes côtés. Nous travaillons avec ces services de l'Etat et ces élus de manière étroite, et leur présence aujourd'hui parmi nous pour nous présenter leurs engagements en faveur des personnes vieillissantes en situation de précarité témoigne de leur implication sur le sujet.

Notre deuxième enjeu, c'est de relever le défi de la dignité de l'accueil et de l'accompagnement, car nous sommes convaincus que ce sont les personnes, leurs choix, leur dignité dans les solutions que nous leur proposons, qui doivent rester au cœur de nos projets et de nos pratiques.

Tout au long de la journée, vont nous être présentées des expériences et des pratiques professionnelles innovantes, inspirantes, qui témoignent d'un mouvement à l'œuvre qui cherche à mobiliser autour des personnes, de leurs besoins et des choix qu'elles expriment, les solutions les plus adaptées.

Je vais maintenant laisser la parole à Mme Galla Bridier pour compléter cette ouverture de notre rencontre.

Je vous souhaite à tous une journée riche de réflexion et de construction commune.

### *Galla Bridier, Adjointe à la Maire de Paris chargée des personnes âgées et de l'autonomie*

Il est important d'organiser ce type de journée dans la continuité des travaux qui ont déjà été menés. La question du vieillissement est une préoccupation pour la Ville de Paris ; constatant la précarité des personnes vieillissantes, la ville a manifesté la volonté de créer une délégation dédiée aux seniors et à l'autonomie. Cela constitue un des engagements forts du schéma senior parisien. Ce dernier a été adopté en juin dernier et ses actions s'étendent jusqu'en 2021. Un des axes forts de ce schéma, c'est l'amélioration

des dispositifs de prévention, d'accès aux droits et d'accompagnement des personnes les plus précaires et fragiles. Il est nécessaire de favoriser l'articulation entre ces structures et les structures de droit commun. Par ailleurs, la ville de Paris accorde des dérogations pour permettre l'entrée en structures du CASVP avant l'âge de 65 ans. La mission interface est là pour travailler aux articulations entre les structures d'hébergement et la ville de Paris et les maisons de retraite.

Pour revenir plus globalement sur la situation des personnes vieillissantes et la précarité à Paris, on peut citer les chiffres suivants :

Près de 16% des 60-74 ans vivent dans la précarité, au-delà de la moyenne nationale qui est de 10% environ : Paris est une ville avec de fortes inégalités sociales, et notamment pour les seniors ;

10% des plus de 75 ans vivent sous le seuil de pauvreté à Paris ;

16% des personnes qui sont hébergées en CHU ou CHRS ont plus de 60 ans ;

En matière d'accueil, on compte à Paris 15 EHPAD publics dont 100% des places sont conventionnées à l'aide sociale. 60% de ces places sont occupées par des personnes qui sont éligibles à l'aide sociale

Il y a plus de 5 000 places en résidences-services et résidences-appartements. Une étude est actuellement menée pour réfléchir à un conventionnement par les APL.

La réforme en cours du financement des EPHAD pour une convergence tarifaire pose cependant de grandes inquiétudes. En effet, dès 2018, nous craignons que l'argent public soit transféré vers des EHPAD privés lucratifs, au détriment des EHPAD publics, avec un risque important de dégradation de la qualité des soins et de l'accueil.

Une autre inquiétude, enfin, concerne le tri des personnes en situation irrégulière, auquel n'échappent pas les personnes vieillissantes. Aussi, on ne peut qu'insister sur l'inconditionnalité de l'accueil de toutes ces personnes et la nécessité de les régulariser.

Je vous remercie pour votre attention et remercie la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France pour m'avoir invitée à ouvrir cette rencontre.

# CONFÉRENCE PLÉNIÈRE VIEILLISSEMENT ET PRÉCARITÉ EN TERRITOIRE FRANCILIEN : QUELLES RÉALITÉS, QUELS ENJEUX, QUELLES PROPOSITIONS ?

*Serge GUÉRIN, Sociologue spécialiste du vieillissement et Directeur du MSc « Directeur des établissements de santé », Insec Paris*

*Caroline LABORDE, Socio-démographe spécialiste du vieillissement à l'Observatoire régional de santé Île-de-France*

*Charlotte DEBACKERE, Chargée de mission « Santé – Migrants » à la Fédération des acteurs de la solidarité IdF*

*Jean-Marc ANTOINE, Administrateur de la Fédération des acteurs de la solidarité*

## Viellissement et précarité : éléments de cadrage et représentations

*Serge GUÉRIN*

La vieillesse précaire constitue un des angles morts de la précarité. Nous sommes encore dans l'invisibilité ou l'indifférence lorsqu'il s'agit des personnes âgées. C'est souvent comme cela dans les agendas politiques – jusqu'au moment où les politiques se rendent compte du nombre des personnes âgées qui votent !

L'histoire de l'invisibilité des personnes âgées ne date pas d'il y a très longtemps, car avant, il n'y avait pas beaucoup de personnes âgées. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que l'on a commencé à s'en préoccuper (retraite, sécurité sociale). Nous avons soit une image négative des « vieux », ou nous les considérons comme des personnes d'exception car elles avaient dépassé un certain âge.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes interrogés sur la notion de « vieux ». La société a fini par les découvrir, mais dans le déni ou le mépris. Nous n'accordons pas de rôles aux personnes âgées (qualifiées d'inactifs) mais n'oublions pas qu'elles ont un rôle (tissu associatif, aidants familiaux, aidants sociaux, etc.).

Cette notion d'inutilité intervient dans un système où nous prônons l'utilité dans le sens de la production. On a souvent l'idée que les personnes âgées coûtent chères, dans le contexte de déficit de la Sécurité sociale, voire même qu'elles sont privilégiées. Et pourtant, en Allemagne, la Sécurité sociale se porte bien malgré le nombre de personnes âgées, bien supérieur à la France !

Les personnes âgées sont en outre considérées comme inadaptées aux idées nouvelles, au progrès, etc. Or, la sociologie du vote contredit cette idée. L'espérance de vie est aujourd'hui en moyenne de 83 ans. Mais une différence de huit ans sépare l'espérance de vie des cadres de celle des ouvriers ce qui prouve bien que nous ne sommes pas tous égaux face au vieillissement.

## Incapacité et perte d'autonomie en Ile-de-France : inégalités sociales et territoriales

*Caroline LABORDE*

L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va connaître une accélération à partir de 2030. En Ile-de-France, la Grande Couronne est particulièrement impactée par ce vieillissement de la population. Si Paris est aujourd'hui le département le plus âgé, la Seine et Marne qui est aujourd'hui le département le plus jeune deviendra le plus âgé en 2040.

La majorité des personnes âgées souhaitent vieillir à leur domicile. Ainsi, il faut anticiper les besoins futurs de la prise en charge de la dépendance et prévenir la perte d'autonomie afin de permettre aux personnes âgées de vieillir où elles le veulent, en réalisant les activités qu'elles souhaitent, en favorisant leur participation sociale. Et pour cela, le déterminant clé, c'est la santé.

Aujourd'hui, en Ile-de-France, 37% des plus de 85 ans n'ont aucune incapacité, tandis que 34% sont en situation de dépendance. La population n'est en effet pas égale face au vieillissement, lequel est déterminé par quantité de facteurs notamment sociaux : la profession, le niveau de diplomation, la consommation d'alcool, de tabac, l'environnement, l'accès aux soins, etc.

Mais la perte d'autonomie n'est pas inéluctable. Il s'agit d'un processus, lié aux maladies. Mais ces dernières peuvent se cumuler aux inégalités sociales. Ainsi, un cadre de 35 ans vivra en moyenne six ans de plus qu'un ouvrier. Après avoir pris sa retraite (à 62 ans), il vivra en moyenne sept ans sans problème fonctionnel. L'ouvrier, avant de pouvoir prendre sa retraite au même âge, passera trois ans en moyenne en incapacité. Les départements où la part d'ouvriers dépasse celle des cadres (93, 77, 95) ou est faiblement inférieure (91) sont caractérisés par une mortalité générale supérieure à la moyenne régionale. Au contraire, dans les départements où il y a plus de cadres que d'ouvriers, les chiffres sont inférieurs à la moyenne nationale (77, 92, 78, 94). Ces inégalités sont également aggravées chez les femmes, qui les subissent davantage que les hommes.

Comme nous le montre le graphique ci-contre, dans le 93, il y a un enjeu important de compensation des

problèmes fonctionnels pour limiter la survenue de la perte d'autonomie. Des dispositifs existent pour cela qu'il faut mettre en oeuvre comme l'aide technique, l'adaptation du logement, la rééducation., etc. Dans ce cadre, les professionnels de santé, les personnes âgées et leurs familles doivent être sensibilisés aux bénéfices des aides techniques et des adaptations de logement. Toutefois, des obstacles demeurent dans l'accompagnement des personnes vers ces démarches. On constate en effet un défaut d'accès à l'information sur le dispositif de prise en charge financière par l'ANAH et le conseil départementale. La mise en place de ces dispositifs s'avère donc complexe, et coûteuse : pour 11 000 € de travaux d'adaptation du logement, le reste à charge est estimé à 2 200 € pour les familles. Surtout, beaucoup parmi ces personnes sont locataires – environ 40% des 80 ans et plus dans le 93 – ce qui limite fortement les possibilités de modifications du logement.

## Enquête francilienne « L'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale » : retour sur les résultats et les besoins du réseau

### Charlotte DEBACKERE

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a mené une enquête entre novembre 2016 et février 2017 portant sur l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale. Cette enquête visait un double objectif : d'une part, disposer d'une photographie du nombre de personnes vieillissantes accueillies dans ces structures et des profils des personnes concernées ; et d'autre part, qualifier les difficultés rencontrées par les équipes dans l'accueil et l'accompagnement de ces personnes.

L'enquête a permis de recueillir les réponses de 112 établissements franciliens, majoritairement des structures d'hébergement qui représentent 60% des répondants (25% de centres d'hébergement d'urgence, 25% de centres d'hébergement et de réinser-

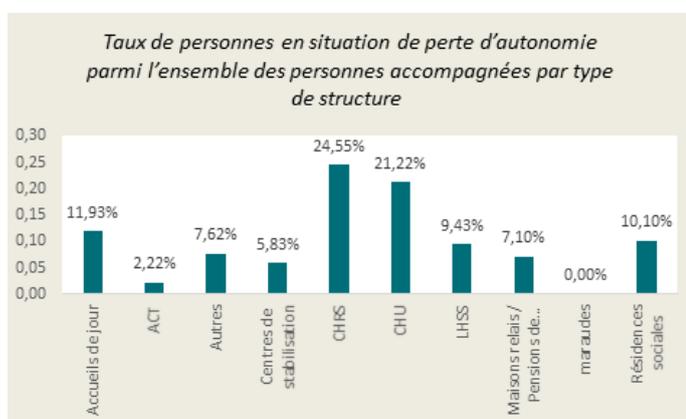
tion sociale et 10% de centres de stabilisation) ; mais également des structures de logement intermédiaire (résidences sociales, pensions de familles) représentant 20% des répondants ; des structures médico-sociales assurant une coordination thérapeutique et sociale et un hébergement (LHSS, LAM, ACT) représentant 10% des réponses ; et des structures de la veille sociale (6% des répondants sont des accueils de jour).

En termes de représentation géographique, l'enquête traduit principalement les réalités du territoire parisien, puisque 50% des établissements répondants sont situés à Paris ; 15% des réponses représentant les départements de la Seine-Saint-Denis, des Yvelines, de la Seine-et-Marne et du Val d'Oise ; et une minorité de réponses concernant les départements de l'Essonne, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne.

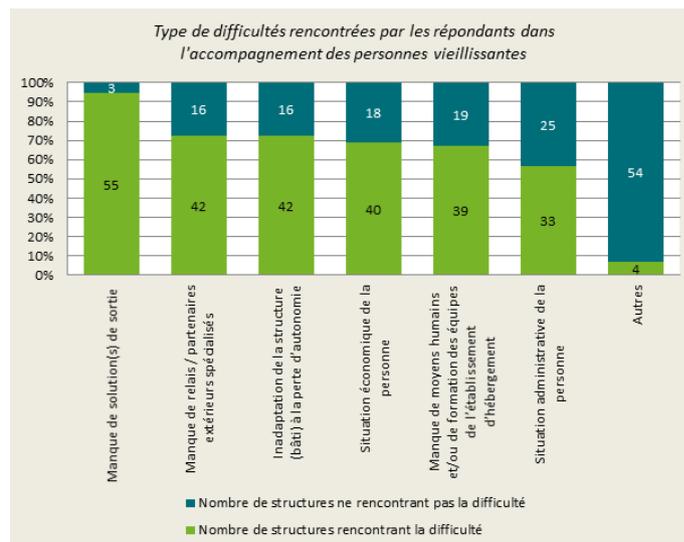
Les résultats de l'enquête permettent donc en premier lieu de dresser une photographie du nombre de personnes vieillissantes accueillies dans les structures d'inclusion sociale et des profils des personnes concernées. Ils révèlent ainsi que 72% des structures répondantes accompagnent des personnes en perte d'autonomie du fait du vieillissement. Ce sont 901 personnes qui sont concernées sur l'ensemble des structures répondantes, représentant 10% du nombre total de personnes accompagnées par ces structures.

Il est important de préciser le choix méthodologique retenu, d'étendre le périmètre de l'enquête à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie du fait du vieillissement, y compris celles âgées de moins de 60 ans dont le vieillissement prématuré est lié à la vie à la rue. Les répondants étaient donc invités à qualifier la perte d'autonomie à partir du type de difficultés rencontrées par les personnes. Ainsi, 85% des répondants signalent des difficultés liées aux capacités physiques des personnes qui diminuent (mobilité, aide aux tâches de la vie quotidienne...), et 70% des répondants identifient une modification du comportement (difficultés à se repérer dans le temps et l'espace...). 2/3 des répondants déclarent accompagner des personnes cumulant ces deux types de difficultés.

Ainsi, l'enquête révèle que 95% des structures répondantes accompagnant des personnes vieillissantes déclarent rencontrer des difficultés dans cet accompagnement.



La principale difficulté, identifiée par 95% des structures répondantes, concerne l'orientation des personnes vers des solutions d'aval plus adaptées à leur situation, en particulier vers les dispositifs et établissements médico-sociaux dédiés aux personnes âgées. Ainsi, 80% des structures répondantes sollicitent les dispositifs spécialisés du champ « personnes âgées » (EHPAD, résidences-services, résidences-autonomie), et se voient opposer un taux de refus très élevé, à hauteur de 70% toutes structures confondues.



Se pose également la difficulté à mobiliser et faire intervenir sur les structures des partenaires extérieurs spécialisés du champ « personnes âgées », rencontrée à 72% par les structures répondantes. Ainsi, 60% des répondants déclarent solliciter des services d'intervention à domicile spécialisés pour les personnes âgées (SSIAD, aide-ménagère, hospitalisation à domicile, portage de repas à domicile), et rencontrer de nombreux refus d'intervention (le taux de refus avoisinant les 20% tous services confondus).

Les facteurs identifiés de ces difficultés sont :

- ➔ Le manque de liens avec le secteur médical. Ainsi, 20% des répondants déclarent effectuer le suivi sans lien avec le médecin traitant des personnes.
- ➔ La situation économique des personnes (identifiée à 70% comme problématique par les répondants)
- ➔ 56% des répondants rencontrent des difficultés liées à la situation administrative de la personne

En outre, une grande partie des structures répondantes identifient une inadaptation de la structure dans laquelle ils exercent, au niveau du bâti, à l'accueil de personnes en perte d'autonomie (72% des répondants) ; ainsi qu'un manque de moyens humains et/ou de formation des équipes de l'établissement d'accueil (68% des répondants).

*Vous pouvez retrouver la totalité des résultats en annexe 3*

## Plaidoyer de la Fédération des acteurs de la solidarité pour un accueil et un accompagnement dignes des personnes vieillissantes en situation de précarité

**Jean-Marc ANTOINE**

Remerciement à la Fédération Ile de France de nous avoir invités à participer à cette table ronde et à présenter les travaux nationaux, issus des réflexions du Groupe d'Appui National Santé et des échanges des adhérents lors d'un atelier du Congrès de janvier 2017, consacré à ce sujet

### Comment accompagner dignement les personnes vieillissantes ?

Comment accompagner dignement les personnes vieillissantes alors qu'elles n'ont pas accès quand elles le souhaitent aux structures de droit commun, comme les EHPAD ? Comment accompagner dignement les personnes vieillissantes alors que les structures d'hébergement ne sont pas toujours adaptées pour leur permettre de se maintenir dans leurs murs ? Comment accompagner dignement les personnes vieillissantes en écoutant ce qu'elles ont à dire ?

C'est autour de ces questions que se sont retrouvés les adhérents de la Fédération et les personnes concernées, membres de nos groupes de travail.

C'est autour de l'acceptation qu'il n'y avait pas UNE

solution mais plusieurs à développer pour respecter les choix de chacun que nous avons construit ensemble notre plaidoyer.

### Comment permettre aux personnes qui le souhaitent une orientation en EHPAD par exemple ?

Nombreuses sont les personnes refusées en EHPAD. En raison de leur âge, de leur précarité, de leur situation administrative, elles sont bien souvent laissées à la porte des établissements accueillant des personnes âgées. Et quand elles ne le sont pas, l'acclimatation peut être difficile tant les règles, l'environnement, sont différents des structures sociales. Faut-il pour autant empêcher les personnes qui le souhaiteraient d'intégrer ces structures ? Faut-il sans cesse développer des dispositifs spécifiques pour les précaires ?

Afin de faciliter leur orientation en EHPAD, nous préconisons plusieurs choses, basées sur des expériences qui seront présentées aujourd'hui. Tout d'abord, il est impératif de développer des dispositifs d'accompagnement physique et social de transition afin de laisser le temps à la personne de s'acclimater. Nous avons l'exemple en Normandie avec un accueil de jour qui est organisé en EHPAD pour que la personne puisse, par exemple pendant six mois, prendre ses marques au sein de ce nouvel établissement tout en gardant un pied dans l'ancien. Le Samu social de Paris permet aussi à ses résidents de tenter plusieurs fois leur intégration dans l'EHPAD.

Une seconde préconisation est l'essaimage des postes de chargés de coordination pour préparer en amont les orientations des personnes vers les dispositifs médico-sociaux comme les EHPAD, les maisons d'accueil spécialisés, les foyers d'accueil médicalisés, les foyers logement, les résidences accueil etc.). Le chargé de mission Interface du Samu social de Paris présentera lui-même aujourd'hui l'accompagnement qu'il réalise auprès des personnes hébergées dans les structures sociales, personnes qui seront orientées vers les EHPAD : l'accompagnement auprès de ces personnes, dans la constitution de leurs dossiers mais également auprès des équipes accueillantes une fois que la personne a intégré l'EHPAD par exemple.

Une seconde préconisation est l'essaimage des postes de chargés de coordination pour préparer en amont les orientations des personnes vers les dispositifs médico-sociaux comme les EHPAD, les maisons d'accueil spécialisés, les foyers d'accueil médicalisés, les foyers logement, les résidences accueil etc.). Le chargé de mission Interface du Samu social de Paris présentera lui-même aujourd'hui l'accompagnement qu'il réalise auprès des personnes hébergées dans les structures sociales, personnes qui seront orientées vers les EHPAD : l'accompagnement auprès de ces personnes, dans la constitution de leurs dossiers mais également auprès des équipes accueillantes une fois que la personne a intégré l'EHPAD par exemple.

Il est également nécessaire de mieux nous former aux modalités administratives de l'aide sociale qui permet d'avoir accès aux EHPAD, mais aussi de demander aux services de l'Etat d'être plus transparents sur les dérogations qui sont accordées chaque année sur les territoires pour les personnes de moins de soixante ans qui voudraient avoir accès à un EHPAD. Combien de dérogations sont accordées? quel budget supplémentaire cela fait peser sur les départements ? ne faudrait-il pas que l'Etat soutienne davantage les départements pour permettre plus de dérogations qui nous le savons, concernent essentiellement des personnes précaires ?

Comment évaluer la précarisation des personnes ? les EHPAD admettent les personnes sur des critères d'autonomie, de dépendance. On le sait, parfois, les personnes en situation de précarité demandent un autre soutien, qui n'est pas actuellement qualifié pour l'entrée en EHPAD. Comment construire ensemble une grille d'évaluation partagée ?

Mais tout le monde ne souhaite pas aller en EHPAD, quand bien même on se sentirait vieillir. Certaines personnes se sont enfin trouvées un chez elles et ne souhaitent pas être de nouveau déracinées comme nous l'expliquera Charlotte Doubovetsky dans la présentation de son excellent mémoire de recherche auprès de personnes vieillissantes d'une pension de famille.

Quand les personnes sont hébergées en CHRS, par exemple, ou en pension de famille, comment leur permettre de se maintenir chez elles ?

Pour la Fédération des acteurs de la solidarité, plusieurs solutions sont mobilisables, permettant à la fois d'aller vers ces personnes vieillissantes tout en garantissant que les structures sociales ou médico-sociales accueillantes restent des lieux de vie. On peut tout d'abord développer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les SSIAD Précarité qui pourraient intervenir dans les structures d'hébergement, le logement adapté et le logement de droit commun. Rolande Ribeaucourt présentera aujourd'hui le SSIAD Précarité de l'association l'ABEJ à Lille qui permet à des personnes de moins de 60 ans d'avoir accès à ce dispositif de soins infirmiers à domicile.

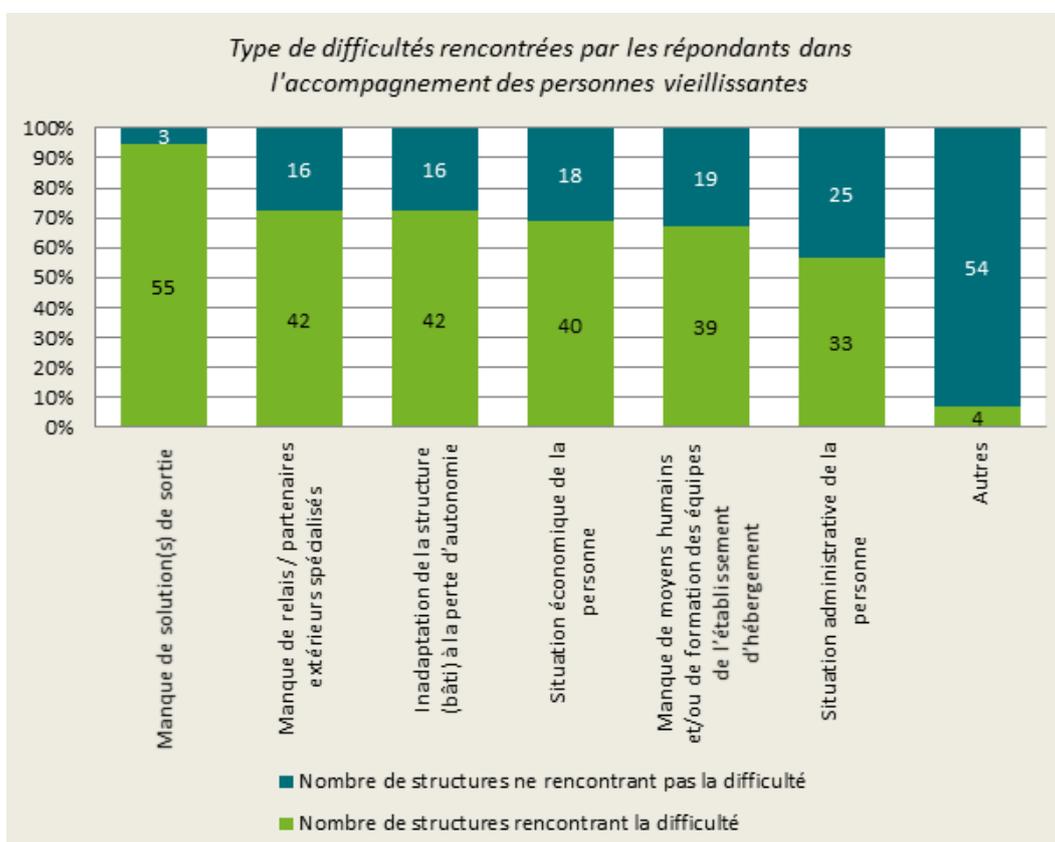
Il faut également poursuivre le développement des Appartements de coordination thérapeutique hors les murs qui consistent en l'intervention d'équipes pluridisciplinaires en résidences sociales, dans les structures d'hébergement. Celles-ci ne pourront faire leur travail que si on leur donne les moyens de le faire et que l'on différencie bien l'hébergement de l'accompagnement. De même, il faudrait ouvrir les ACT à la prise en charge de la fin de vie et aux pathologies psychiatriques.

Une autre piste serait de pérenniser les équipes mobiles de soins palliatifs qui peuvent intervenir, nous le rappelons, dans les structures et accompagner les personnes sur le sujet de la fin de vie

Enfin, il est important de mieux nous mettre en lien avec les réseaux de santé type CLIC et MAIA qui doivent nous permettre, grâce à l'appui d'autres professionnels spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées, d'accompagner au mieux les personnes que nous recevons

Quoi que nous fassions, quoi que nous arrivions à développer ensemble sur les territoires, en écoutant et en respectant les souhaits des personnes concernées, nous attendons également que les agences régionales de santé intègrent ces sujets dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en lien avec les autres services de l'Etat impliqués (Direction départementale de la cohésion sociale, conseil départemental, métropole etc.) afin d'observer les besoins, les qualifier et construire des solutions adaptées en lien avec notre secteur.

C'est ce que continuera de demander la Fédération des Acteurs de la Solidarité dans les prochaines semaines, notamment dans le cadre de l'adoption de la stratégie nationale de santé et de la finalisation des PRAPS sur les territoires. Merci pour votre attention.



**Une infirmière coordinatrice dans le 95 sur un SSIAD :** La définition du vieillissement est assez claire. Cependant, nous avons peu abordé la précarité : la précarité a différentes définitions selon les personnes, c'est un terme fourre-tout.

Par ailleurs, les acteurs de terrain sont de plus en plus sollicités. Ils ont des consignes d'accueil émises par l'ARS, pour accepter les personnes âgées à partir de 60 ans : c'est peut-être sur ce point qu'il faut intervenir.

**Charlotte Debackere :** Les chiffres de l'ASPA peuvent donner une idée des personnes qui touchent ce minimum vieillesse.

**Serge GUERIN :** 500 000 personnes qui touchent le minimum vieillesse qui reste par ailleurs très en-dessous du seuil de pauvreté. La précarité a un grand nombre de définitions, mais cela reste relatif : tout dépend du contexte et de l'entourage la personne précaire.

**Un délégué du CRPA :** Cette problématique est très révélatrice de la société dans laquelle nous vivons et de celle vers laquelle nous allons. Nous sommes obligés de faire des publics, c'est-à-dire des catégories : des gens qui sont dans la précarité très tôt, des enfants qui grandissent dans la précarité, des gens qui tendent vers la précarité (les jeunes rentrant dans la vie active notamment), des gens qui rencontrent la précarité et qui tombent dedans – comme les personnes vieillissantes par exemple, notamment avec la fiscalité. Cette problématique interroge la société : il est choquant que des personnes qui ont travaillé toute leur vie se retrouvent à la rue. Ces faits sont liés à l'inadaptation du logement, et de la situation globale du logement en France.

**Une déléguée régionale du CRPA :** J'assiste à deux commissions de médiation (COMED) qui étudient les recours dans le cadre du droit au logement opposable (DLAO), et normalement, la loi DALO donne le droit à toute personne, quels que soient ses revenus, ses problèmes et son âge, d'être accueillie dignement dans un logement. Ce que je constate avec la COMED de Paris, c'est qu'il existe une doctrine de dire qu'une personne qui en situation de perte d'autonomie ne dépend pas de la COMED et donc ne peut pas changer de logement ou accéder à un logement à soi. Les personnes très âgées ayant passé presque 20 ans dans la rue doivent aller dans une structure pour personnes âgées. Est-ce que les pratiques et la doctrine sont des lois ? Non ! donc il faut appliquer la loi et permettre aux personnes, quel que soit leur âge, d'accéder au logement.

**Jean-Marc Antoine :** Nous ne sommes pas dans un État de droit, mais dans un État à droits.

Nous devons toujours être éligibles pour obtenir un droit. Nous devons encourager le passage du droit formel au droit effectif.

**Cheffe de service d'un Centre d'Hébergement d'Urgence:** Le public est vieillissant avec de plus en plus de problèmes de santé. Dans certains cas, les orientations en LHSS sont refusées parce que la pathologie est trop lourde. Cependant, dans les centres d'hébergement d'urgence, nous n'avons pas de personnel médical et peu de moyens. Toutefois, nous bricolons toujours pour gérer ce genre de situations. Des personnes qui ne sont pas qualifiées se retrouvent à faire un travail d'infirmier ou d'aide-soignant, ils accompagnent les personnes en fin de vie. Les structures et les hôpitaux qui devraient être là pour ces personnes ne les acceptent pas ou peu car ils sont difficiles à gérer. Nous nous trouvons donc contraints à faire un travail médical et à aménager des bureaux en chambres médicales alors que nous ne devrions pas avoir à faire cela. A minima, nous demandons les moyens de les accompagner au mieux et dignement. Pour ce faire, il faut que les personnes accompagnées soient présentes avec nous dans les négociations.

**Jean-Marc Antoine :** Nous avons besoin d'entendre ce que pensent les personnes qui vivent ces situations, d'entendre leurs vécus.

Peut-on évaluer combien de personnes âgées se retrouvent sans hébergement chaque jour ?

**Charlotte Debackere :** Il est compliqué d'évaluer ce chiffre, mais la FAS tente de recueillir ces informations avec les SIAO.

Personnes dans la salle

Intervenants

# TABLE RONDE – AMÉLIORER LES PARTENARIATS ET FAVORISER LES INITIATIVES INNOVANTES POUR ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER DIGNEMENT

*Thomas BAUDE, éducateur spécialisé au sein de la mission Interface du SAMU Social de Paris*

*Rolande RIBEAUCOURT, directrice du Pôle Santé de l'association Abej - Solidarité à Lille  
Présentation du SSIAD précarité de Lille*

*Eric LEMERCIER, Chargé de Mission au SIAO 93*

*Catherine LE SAMEDI, Chargée de Mission Sociale auprès de la Direction de l'Hôpital de Saint-Denis - Présentation de la concertation technique de l'Urgence hôpital/SIAO*

*Constance CARDOEN, Directrice adjointe Région Paris / Ile-de-France des Petits frères des pauvres - Association de Gestion des Établissements*

# Faciliter l'accès aux dispositifs médico-sociaux de droit commun pour personnes âgées

## L'expérience de la mission Interface du Samu Social de Paris

*Thomas BAUDE*

La mission Interface est issue de plusieurs constats : une enquête menée entre décembre 2016 et janvier 2017 auprès des LHSS et des CHU (hors structures hivernales) qui accueillent un public de personnes isolées, a révélé que 19% des personnes interrogées avaient plus de 60 ans. Ces études ont également montré une perte d'autonomie due au vieillissement prématurée du fait parcours de rue des personnes. Enfin, nous constatons une stagnation du public vieillissant dans les structures d'hébergement qui ne sont pas adaptées à la perte d'autonomie.

La mission interface du Samu Social de Paris est inspirée d'une expérience similaire menée par le SIAO 44, qui avait un double objectif : favoriser l'accès des personnes précaires vieillissantes aux structures de droits commun ; recueillir des données pour améliorer l'accompagnement ;

Au travers de cette expérience l'idée était également d'être force de proposition, de constituer un plaidoyer en faveur des personnes précaires en situation de perte d'autonomie.

L'expérimentation interface s'est mise en place en 2017 et 9 structures ont été choisies (urgence et insertion) pour cette mission financée jusqu'en mars 2018 [nb : les financements ont été renouvelés] : le CHU Romain Rolland, le CHU Montesquieu, le CHU Refuge, le CHRS L'Etape, le CHUS La Mouzaïa, la Maison Relais Villa de l'Aube, le CHRS Radeau, le CHS Pierre Petit, et le LHSS Esquirol.

Le public cible est le suivant : les plus de 50 ans porteurs d'un handicap, les plus de 60 ans en situation d'éligibilité partielle, et les plus de 65 ans avec CNI ou titre de séjour. La mission interface ne peut malheureusement pas accompagner les personnes en situation administratives précaire faute d'éligibilité dans les dispositifs.

La mission Interface accompagne les personnes dans leur projet de vie, que ce soit vers les dispositifs médicaux sociaux adaptés pour les personnes en situation de perte d'autonomie notamment les EHPAD, vers le logement avec les résidences autonomes ou autre.

**En amont d'une orientation**, la mission interface accompagne les personnes vieillissantes accompagnées dans les structures précitées avec :

- ➔ une évaluation sociale et sanitaire des situation: lorsque cela est nécessaire une évaluation gérontologique à lieu à l'hôpital Broca, en cas de doutes sur la perte d'autonomie notamment cognitive par exemple sociale avec moi-même
- ➔ Un travail d'accompagnement administratif pour permettre l'éligibilité des personnes aux structures médico-sociales dédiées à l'accompagnement des personnes âgées ;
- ➔ Travail du projet avec la personne et son travailleur social référent
- ➔ Visite des établissements vers lesquels la personne pourrait être orientée (résidence autonomie, EHPAD, ...)

**En aval**, la mission interface propose d'accompagner les personnes dans leur installation dans l'établissement vers lequel elles ont été orientées. Un travail d'accompagnement social, qui s'achève lorsque qu'un relai social de fait est mis en place, est mené avec des visites régulières au nouveau domicile de la personne ainsi qu'un partenariat de secteur pour faire le lien avec le centre de soins, le médecin traitant, les lieux d'accès aux loisirs et à la culture, etc. Enfin, une veille de la situation est instaurée après l'installation de la personne, tant que la personne exprime un besoin d'accompagnement. Si besoin, une solution alternative est proposée en lien avec le SIAO.

C'est l'échange régulier avec les personnes qui permet de créer un véritable lien de confiance et de co-construire le projet de vie de la personne. Les visites d'établissement sont également un aspect très important pour la réussite des orientations.

A la date du 14 décembre 2017, une file active de 70 personnes éligibles est constituée. 28 personnes sont en projet d'accompagnement vers une résidence sociale, 15 personnes vers un EHPAD et 27 personnes sont en cours d'évaluation. 6 personnes ont été accompagnées en établissement adaptés pour personnes âgées et 2 personnes sont en cours d'évaluation gériatrique-psycho-geriatrique à l'hôpital Broca.

## Développer le partenariat entre structures d'inclusion sociale et acteurs du soin

Soutenir « l'aller vers » en facilitant l'intervention des soins à domicile en structure d'hébergement : exemple du SSIAD précarité

*Rolande RIBEAUCOURT*

Les remontées des acteurs de terrains permettent de faire le constat que les personnes les plus marginalisées hébergées dans des hébergements sociaux rencontrent des difficultés en termes d'accès aux soins. Ces difficultés sont en lien avec des problématiques spécifiques liées à ce public telles que le refus ou le déni de besoin de soins, les conduites addictives, des problématiques d'ordres psychiques. Sur le plan institutionnel, le PDAHI (Plan Départemental d'Accueil d'Hébergement et d'Insertion) du Nord 2011-2015 avait dressé le constat de l'état de santé dégradé des personnes accueillies dans le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion. On constatait également un manque de réponse aux besoins spécifiques des populations précaires dans le Pas de Calais. Enfin, les interventions des SSIAD étaient en faible nombre dans les lieux de vie accueillant des publics en situation de grande précarité.

**Ces constats institutionnels et de terrain ont conduit à la mise en place de SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) à destination spécifique des publics en situation précarité dans le Nord.**

En 2014, l'ARS a publié un appel à projets portant sur la création de 60 places de SSIAD dans deux zones de proximité (Lille et Lens), avec une volonté de garantir une égalité d'accès aux soins en proposant un accompagnement vers le soin avec des actions et dispositifs se rapprochant des lieux de vie des personnes. L'ABEJ solidarité qui, depuis sa création, s'emploie à rechercher des solutions innovantes pour offrir aux personnes en précarité l'aide et l'accompagnement adaptés, a répondu à cet appel et a été retenue. Elle a ouvert un SSIAD Précarité de 30 places sur le territoire de l'agglomération lilloise, un deuxième SSIAD, porté par une autre association, a également ouvert 30 places dans le Pas-de-Calais.

Depuis juin 2014, le SSIAD de l'Abej Solidarité a accompagné 145 personnes, au sein d'une vingtaine de lieux : camps roms, pensions de famille, halte de nuit, CHRS, rue...

Le SSIAD effectue un travail de partenariat au sein des instances de coordination du SIAO, et travaille en lien étroit avec les équipes éducatives des associations et les hôpitaux, mais aussi avec les autres SSIAD et les autres partenaires de l'aide à domicile.

La plus-value de ce service est d'«aller vers ». Ce service démontre que lorsque l'on prend le temps et les moyens de l' « aller vers », les personnes peuvent de nouveau être soignées et réintégrer un parcours de

soins. De plus, un tel service apporte un réel soutien aux équipes éducatives afin de favoriser la prise en charge de la santé des personnes accompagnées.

## Réunir les compétences à l'échelle d'un territoire au service des parcours complexes

*Eric LEMERCIER*  
*Catherine LE SAMEDI*

L'Hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93) est un hôpital public situé dans un territoire de santé marqué par un niveau très élevé de précarité. Près de 8 000 patients de l'hôpital sont suivis par un travailleur social et plus de 3000 patients ont été reçus par la Permanence d'Accès à la Santé et aux Soins (PASS) de l'hôpital en 2016. 8% bénéficient de l'AME, 19% de la CMU-C. Les professionnels sont confrontés à des situations médicales et sociales compliquées. Par ailleurs, l'hôpital de Saint Denis est agréé pour être organisme de domiciliation – ce qui est un cas unique en France (1300 patients domiciliés).

Beaucoup de patients de l'hôpital sont sans hébergement, ce qui implique pour les personnels de l'hôpital un temps de travail important consacré à la recherche des solutions de sortie pour les personnes.

Sur le territoire de Saint Denis, l'axe santé du Contrat local de santé est très investi par l'ensemble des acteurs locaux (médical, social, associations, SIA) ce qui permet de rechercher des solutions multi partenariales.

Parmi les personnes en situation de précarité, les plus touchées sont les personnes âgées. En outre, depuis le passage à la T2A (Tarification à l'activité) la durée de séjour à l'hôpital est uniquement liée à

la pathologie et non pas à la situation globale de la personne. Cela exacerbe les problèmes de santé des personnes précaires qui peuvent se retrouver à la rue en sortie d'hospitalisation lorsqu'aucune autre solution ne peut être proposée du fait du manque de place dans les dispositifs.

En 2017 a été mise en place une concertation technique de l'Urgence (CTU) décentralisée : contrairement aux autres instances du SIAO elle se réunit à Saint Denis et non dans les locaux du SIAO 93 à Montreuil. Il s'agit d'une instance de concertation décentralisée pour les patients isolés sans hébergement stable, en perte d'autonomie ayant un impact sur leur recherche d'hébergement.

Cette CTU propose un temps de rencontre mensuelle (novembre 2017-juin 2018) à l'ensemble des acteurs médico-psycho-social du territoire de Saint-Denis (territoire de la commune ou territoire de l'hôpital, ou une montée en charge graduée de la commune aux communes limitrophes [Aubervilliers, St-Ouen, Epinay sur Seine, Villetaneuse, Pierrefitte sur Seine, Stains, La Courneuve]) autour de cas concrets. Le public cible de cette action est la personne présentant un parcours de santé complexe c'est-à-dire « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux (Code de la Santé Publique / art. L 6327-1) ».

Objectifs de la CTU :

- ➔ Améliorer l'offre et la qualité de service de l'ensemble des intervenants en développant une culture commune.
- ➔ Améliorer les réponses à un public cumulant les problématiques tant médicales que sociales en promouvant une approche multi-partenaire.

La concertation technique de l'Urgence est **portée par le SIAO, la ville de Saint-Denis et l'hôpital Delafontaine**. L'idée est de faire bénéficier du panel de compétences des différents acteurs pour construire l'analyse la plus transversale de la situation des personnes et de ce fait, les accompagnements les plus pertinents à mettre en place et à réajuster au fil du parcours.

La mensualisation des temps de rencontre a été mise en place à la fin de l'année 2017. Au 14 décembre 2017 :

- ➔ 22 situations présentés, 4 orientations via le Siao
  - Orientations en Pension de Famille et CHS
  - Maintien en hôtel 115 à proximité du lieu de soins

➔ Profil des situations présentées :

- $\frac{3}{4}$  des personnes isolées
- Age moyen : 39 ans MAIS  $\frac{1}{4}$   $\geq$  50ans
- Cumul de problématiques :
  - Accès aux droits
  - Accès à l'hébergement
  - Situations sanitaires (dialyse, diabète, suite AVC, cancer, ... de la pathologie invalidante au cumul de pathologies)

Cette instance n'est cependant pas assez fréquentée par l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux. La concertation doit dépasser le cadre de St Denis, s'élargir aux communes limitrophes pour avoir plus d'impact. De plus, des instances de concertation médico-sociales à l'échelle infra-territoriale devraient être mises en place pour permettre de coordonner au mieux les parcours et l'accompagnement des personnes précaires afin de couvrir l'ensemble du territoire départemental.



# Innover pour accueillir dignement les personnes vieillissantes

Développer les établissements de transition entre structures d'inclusion sociale et structures pour personnes âgées

## Constance CARDOEN

L'association les petits frères des Pauvres a fêté ses 70 années l'an dernier et consacre sa mission première à la lutte contre la solitude et l'isolement des personnes de plus de 50 ans, en leur rendant des visites à domicile et en proposant des temps collectifs (Noël, vacances, sorties) permettant de créer du lien. Cette action n'est possible que par l'engagement d'un réseau de 13 000 bénévoles qui accompagnent 11 000 personnes âgées, dans des territoires ruraux et urbains, dans toute la France.

L'appel de l'abbé Pierre dans les années 1950 alertait déjà sur l'augmentation de la pauvreté et ce constat a été relayé par les membres de l'associations, bénévoles et salariés lors de ces visites à domicile, constataient les conditions d'habitat précaires, voire indignes, dans lesquelles certaines personnes âgées finissaient leur existence.

Convaincue de la nécessité impérieuse de développer des solutions alternatives au maintien absolu à domicile dans des conditions parfois inappropriées et à l'hébergement dans de grands établissements médicalisés, l'association expérimente depuis les années 1980 des petites unités de vie. Ce sont et de nouvelles formes de logements groupés (et d'habitat inclusif) qui permettent de rompre la solitude en retrouvant une ambiance de vie « comme à la maison » et de bénéficier des aides et du maintien de l'autonomie au maximum des capacités des personnes, sans jamais internaliser le soin. L'association veille à ce que les établissements s'inscrivent dans le territoire où des partenaires, sociaux, médicaux sont prêts à collaborer à notre projet.

En 2016, l'association a inauguré un établissement,

une polystructure nommée Yersin dans le 13e arrondissement de Paris, quartier prioritaire de la politique de la ville dans le cadre de la rénovation urbaine. Cette polystructure est composée d'une Petite Inité de Vie, d'une Résidence Autonomie et d'une Pension de famille, 3 établissements sur un seul bâtiment de 6 étages, avec 2 étages par type d'établissement qui communiquent et cohabitent au quotidien.

Cette structure est très atypique, répond à de multiples défis et je vais m'attacher à vous décrire en quoi cette structure, de par sa philosophie, son montage et les prestations qu'elle offrent, vise à accompagner le vieillissement des personnes relevant de l'inclusion sociale et du secteur médico-social pour personnes âgées, et à s'adapter aux différents parcours des personnes.

Le projet date de plus de dix ans. Il a été monté en partenariat avec Paris Habitat, Maître d'œuvre et les Petits frères des Pauvres, porteur d'un projet. La première phase essentielle et nécessaire pour que le projet réussisse est le diagnostic du territoire. En ce qui concerne le sud du 13e, il s'agissait d'un territoire enclavé, fermé sur lui-même, marqué par une forte diversité culturelle et des besoins d'ouverture, de vivre-ensemble et de services favorisant l'intégration et la lutte contre l'isolement. La population de ce quartier se caractérisait par des personnes qui vieillissent ayant des besoins d'animations, de services de santé, de « cocooning », d'attention et de lutte contre l'isolement.

Les points de convergence relevés étaient les suivants : la volonté des personnes de vieillir dans leur quartier ; la précarité financière ; la solitude (une personne sur deux déclare se sentir isolée dans sa vie de quartier) ; des usagers de services sanitaires et sociaux dont les besoins ne sont pas suffisamment couverts ; des aménagements de l'habitat non adaptés au vieillissement de la population.

La conséquence était donc un risque de vieillissement « précoce » du fait des conditions de vie difficiles et de la sociologie de ce quartier éloigné des grands axes parisiens.

La polystructure Yersin avait pour enjeu de répondre à ces constats partagés, c'est-à-dire d'anticiper et prévenir le vieillissement global du quartier, de proposer une offre de logement et d'hébergement adaptés au vieillissement de la population, ainsi qu'une offre de services sociaux et médicaux et d'animations pour les personnes.

Pour répondre à ces enjeux, les porteurs de projet ont réuni au sein d'un comité de pilotage des intervenants qui avaient cette capacité de répondre à ce diagnostic des besoins et de décrire les futures modalités de travail, le tout soutenu par les pouvoirs publics : la Mairie du 13e, la Mairie de Paris, la DASES, l'ISATIS, l'Association de Santé Mentale 13, le PPE Clic 13e, la CAF, Paris Habitat (pour la maîtrise d'œuvre).

Le projet a permis la création d'une résidence-autonomie, permettant de prévenir le vieillissement et d'accompagner la perte d'autonomie, une petite unité de vie (EHPAD à statut dérogatoire) et d'une pension de famille. Ces 3 établissements fonctionnent en synergie et de manière intégrée avec un lieu d'accueil et de services d'une part, et d'autre part les services et acteurs de proximité (centre d'accueil de jour d'Isatis, cabinet médical intégré juste en bas) ainsi qu'un café social ouvert sur le quartier proposant des activités culturelles accessibles à tous et un restaurant. Un travail conséquent a été fait sur l'architecture, la lumière, l'acoustique et la domotique, qui ont un impact très important dans le confort et les conditions de vie quotidiennes (il n'y a pas de bruit et la lumière est chaleureuse).

L'objectif de cette polystructure est d'accueillir une variété de publics qui cohabitent au sein des différentes unités tout en ayant leur vie propre (ex prestations différenciée en fonction du lieu, par exemple repas à la PUV) mais des temps collectifs et des activités mutualisées permettant la rencontre. Récemment les résidents ont fait une sortie à Versailles et les trois unités étaient représentées.

On observe une grande plus-value du projet. D'abord, le parcours « logement des personnes » permet d'accompagner la perte d'autonomie et d'éviter des déménagements et des placements traumatisants. Par exemple, si un résident de la pension de famille a des difficultés momentanées pour cuisiner, il peut en ayant prévenu avant bénéficier des repas de la PUV. Un autre atout du projet a été de favoriser des rencontres et des stimulations, casser l'image associée à la précarité : cohabitation intéressante, des rencontres entre des personnes âgées (je pense à une dame qui est logée à la PUV de Yersin qui a eu une grande carrière de chercheuse et qui est là à titre payant) et des personnes en pension de famille au parcours de vie ponctué de rupture.



*Pension de famille, Maison Yersin,  
Association Les Petits Frères des Pauvres*

Evidemment, la situation n'est pas idyllique, il y a parfois des cohabitations difficiles, des résidents qui ne sentent pas comme les autres, des questions d'image et d'estime de soi renvoyées – les équipes y sont vigilantes.

Ce type de projet permet la mutualisation du personnel, notamment administratif et intendant et de demander en cas de besoin de l'intervention d'une AMP par exemple, affectée à la RA pour la PUV en cas de besoin.

Un autre atout du projet a été de favoriser des rencontres et des stimulations, casser l'image associée à la précarité : cohabitation intéressante, des rencontres entre des personnes âgées (je pense à une dame qui est logée à la PUV de Yersin qui a eu une grande carrière de chercheuse et qui est là à titre payant) et des personnes en pension de famille au parcours de vie ponctué de rupture. Evidemment, la situation n'est pas idyllique, il y a parfois des cohabitations difficiles, des résidents qui ne sentent pas comme les autres, des questions d'image et d'estime de soi renvoyées – les équipes y sont vigilantes.

Ce type de projet permet la mutualisation du personnel, notamment administratif et intendant et de demander en cas de besoin de l'intervention d'une AMP par exemple, affectée à la RA pour la PUV en cas de besoin.

Les conditions de réussite d'un tel projet sont d'avoir pu, en amont, veiller à construire des partenariats très forts, notamment médicaux, et d'avoir eu un diagnostic partagé entre le cabinet médical (jeunes médecins qui viennent de s'installer pour la plupart, et qui sont généralement les médecins traitants des résidents de la polystructure), l'association ASM 13 et l'hôpital de la Pitié Salpêtrière non loin de la polystructure ainsi que deux SSIAD sur le territoire.

Ces relations privilégiées permettent de relever le pari d'une structure atypique et non médicalisée, qui repose sur des partenariats solides et de proximité. En cas de décompensation ou d'un problème rencontré par un résident, le médecin se déplace. Les infirmiers libéraux aussi interviennent, ils font les piluliers et sur place nous veillons à la coordination.

Des synthèses régulières ont lieu avec le CMP pour des résidents notamment de la pension de famille pour parler de l'accompagnement. Ce travail en bon intelligence permet aux structures ambulatoires d'avoir des solutions d'aval et aux gestionnaires d'être rassurés et non dépourvus en cas de dégradation de la situation, notamment sur le plan psychiatrique



*Résidence Autonomie, Maison Yersin, Association Les Petits Frères des Pauvres*

dans une structure collective (62 résidents en tout).

Pour conclure, cette polystructure innovante, qui fait cohabiter, rencontrer différents publics relevant de l'inclusion sociale et de structures relevant du secteur personnes âgées est un défi, un pari qui a pu voir le jour grâce à plusieurs facteurs : une volonté forte des acteurs du territoire et des politiques ; Une association qui expérimente de l'habitat alternatif et des petites structures, qui a pu porter ce projet en la rendant conforme à sa philosophie de l'habitat ; des partenaires multiples, qui peuvent accompagner les résidents dans cette notion de parcours et éviter les ruptures bien connues (hospitalisation répétée, transfert en structure médicalisée) ; enfin une méthodologie où tous ces acteurs se sont réunis et ont participé à la construction du projet bien en amont, permettant une synergie et une réponse commune aux besoins des personnes.

Après 18 mois d'ouverture, nous entrons dans une phase de stabilisation et de prise de recul sur les atouts et les points à améliorer dans l'organisation de notre structure. Nous avons commandité un état des lieux par une consultante experte en organisation pour nous accompagner dans cette démarche d'évaluation . .



La Maison Yersin, Paris 13<sup>e</sup>, Association Les Petits Frères des Pauvres

### La maison Yersin en chiffres

Une pension de famille de 24 studios pour personnes de plus de 50ans en situation d'isolement et d'exclusions.

Une Résidence Autonomie de 17 studios par personnes de plus de 60 ans.

Une Petite Unité de Vie de 21 studios pour personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie avec la présence de salariés 24h sur 24h proposant une aide aux actes de la vie quotidienne.

Favoriser les initiatives d'habitat partagé dans la philosophie du logement d'abord

### Tanguy DE LA MARIEU

Les colocations intergénérationnelles ont comme public visé les personnes isolées en situation précaire, qu'ils-elles soient des jeunes, des familles monoparentales ou des personnes âgées. Ces colocations ont pour objectifs de briser les situations de rupture et d'isolement, de diminuer le taux d'effort de chaque locataire et de créer des conditions de vie structurantes pour les publics accueillis.

Autour de chaque colocation, une équipe ressource est mise en place. Elle comprend un travailleur social qui effectue l'ASLL (Accompagnement Social Lié au Logement) et la veille sociale ; un bénévole de quartier afin d'assurer l'accompagnement de proximité; enfin, une agence immobilière à vocation sociale (AIVS) pour la gestion locative.

Le lien social et la lutte contre l'isolement sont au cœur de ces colocations. Pour les locataires, ce système apporte un cadre sécurisant et épanouissant. Il permet de partager un projet citoyen dans une vraie dynamique collective, et facilite le maintien à domicile des plus âgés. Ce n'est pas une alternative aux structures médico-sociales. On fait intervenir des partenaires : portage de repas, toilettes, etc.

Le choix des candidats à la colocation s'effectue sur des critères individuels et des critères liés au collectif. Les colocataires ne se choisissent pas, il faut adhérer au projet pour en faire partie. Les personnes âgées montrent parfois des réticences sur la colocation, mais la configuration des appartements permet de maintenir l'intimité, avec des salles de bain privatives.

## Ateliers

Trois ateliers thématiques se sont tenus lors de la journée régionale « Précarité et Vieillesse ». Ces ateliers ont permis aux participants à la journée, de tous horizons, de réfléchir collectivement aux problématiques suivantes :

### **Atelier n°1. la bientraitance dans l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale, de la perte d'autonomie à la fin de vie**

*Animation : Sophie LASCOMBE, Directrice Régionale du Pôle Soins avec Hébergement Temporaire, Délégation Régionale IdF Groupe SOS Solidarités*

*Jessica RASSIGA, Coordinatrice sociale du CLIC Paris Emeraude Est*

*Cécile ROCCA, Coordinatrice du collectif Les Morts de la Rue*

### **Atelier n°2. Quelles solutions pour l'accompagnement et l'orientation des personnes âgées en situation administrative précaire ?**

*Animation : Eric LEMERCIER, Chargé de Mission au SIAO 93*

*Intervention : équipe du Centre d'Hébergement de Stabilisation Servan (Centre d'action sociale protestant)*

### **Atelier n°3. Partir du choix des personnes pour travailler les parcours**

*Animation : Aline DI CARLO, Coordinatrice SIAO Insertion 75*

*Intervention : Charlotte DOUBOVETZKY, Chargée de mission Vieillesse - Précarité et Adeline HENNEQUIN, éducatrice spécialisée à la Pension de famille Le Pari(s) (Relais Ozanam)*

Ces ateliers ont donné lieu à une restitution plénière et les réflexions qui s'y sont tenues ont permis d'alimenter le plan d'action et le plaidoyer de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France sur la question du vieillissement des personnes accueillies dans les structures d'inclusion sociale.

# Atelier n°1. la bientraitance dans l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale, de la perte d'autonomie à la fin de vie

*Animation : Sophie LASCOMBE, Directrice Régionale du Pôle Soins avec Hébergement Temporaire, Délégation Régionale IdF Groupe SOS Solidarités  
Jessica RASSIGA, Coordinatrice sociale du CLIC Paris Emeraude Est  
Cécile ROCCA, Coordinatrice du collectif Les Morts de la Rue*

## La réflexion porte sur les questions suivantes :

- Comment l'approche du « bien vieillir » et les effets du vieillissement peuvent-ils être pris en compte dans le travail des équipes sociales, pour réduire une dégradation plus importante de l'autonomie de la personne ?
- Quelles sont les attentes des professionnels intervenant auprès des personnes vieillissantes en situation de précarité en termes de formation / accès à l'information ?
- Quels sont les besoins de personnel médical en structure d'hébergement (intervention de personnel type aides médico-psychologique et aide à la vie quotidienne) ?
- Quelle adaptation des structures d'hébergement (bâti) à l'accueil de personnes en perte d'autonomie ?
- Comment travailler le lien entre structures d'inclusion sociale, secteur médical (hôpitaux...) et dispositifs spécialisés pour personnes âgées (Maison des aînés et des aidants, CLIC, MAIA...) au bénéfice des personnes accueillies ?

## Jessica RASSIGA

La coordination gérontologique s'est installée à Paris à partir de 2000 sous la forme des « Points Paris Emeraude », en s'inspirant de la couleur de la retraite à Paris. Il y a cinq ans, ces PPE, qui intervenaient sur le périmètre d'un arrondissement, se sont transformés en CLIC élargis à deux ou trois arrondissements, voire six pour le CLIC Paris Centre. Notre CLIC de l'Est Parisien représente les 11e, 12e et 20e arrondissements. 96 000 personnes âgées de 60 ans et plus sont recensées sur ce territoire.

Les missions du CLIC sont d'informer et orienter les personnes, évaluer, mobiliser et coordonner les actions, et d'accompagner la mise en place de plans d'aides en appui des travailleurs sociaux et médico-sociaux sur le territoire. Le CLIC est aussi chargé d'animer le réseau gérontologique à travers des réunions, des thématiques, des groupes de travail, des actions collectives, et d'observer les besoins du territoire.

Pour ce faire, notre petite équipe est composée de deux secrétaires d'accueil, qui font un premier travail d'écoute, information et orientation ; de quatre coordinatrices sociales ; d'un médecin gérontologue ; d'un psychologue ; de deux responsables, et d'un directeur.

Nous travaillons en lien avec notre réseau et nos partenaires essentiels sont liés au CLIC par un protocole d'articulation des services sociaux de proximité (ex CASVP et DASES), de gestion de cas MAIA, de la mission locale des résidences et de l'EMS APA.

Nous souhaitons aujourd'hui présenter deux dispositifs du CLIC. D'abord, l'équipe mobilisable est un dispositif d'urgence créé en 2007 par le PPE 20e suite à un audit qui a rassemblé les différents partenaires sociaux et associatifs. Il avait été demandé que l'on puisse intervenir de manière rapide et inconditionnelle pour la mise en œuvre de réponses concrètes aux besoins fondamentaux au domicile des plus de 60 ans.

Un intervenant dans le champ médico-social qui constate que les besoins fondamentaux de la personne (se nourrir, s'habiller, etc.) ne sont pas satisfaits peut actionner le dispositif en appelant le CLIC. Si cette personne est inconnue des partenaires du réseau, et qu'on ne peut pas mobiliser le plan d'aide existant, ce dispositif intervient dans les 24 heures sur le plan humain avec des aides humaines et le SAD, une intervention des SSIAD et des premiers soins, le réseau de santé avec l'évaluation d'un médecin et des aides financières comme des courses de denrées alimentaires et des aides paramédicales.

L'important est de sauvegarder la dignité de la personne, de respecter son choix de ne pas aller à l'hôpital, de se donner le temps de l'analyse des besoins et des réponses à apporter de manière plus pérenne. Cela fonctionne grâce à un système d'astreinte de partenaires mobilisables (SAD et SSIAD). C'est un petit budget à l'année, avec 1 000 euros par an de la DASES. L'idée est d'actionner rapidement ensuite les autres aides que l'on peut mobiliser (APA-U / aides financières).

Le second projet est « Pause-café ». C'est un projet d'action collective auprès des plus de 60 ans vivant dans les résidences appartement de la ville de Paris. La première expérience débutera en février 2018 dans une « résidence autonomie » située dans le 20e au-dessus du Parc de Belleville (Résidence Piat). L'idée est d'animer grâce à six « pauses cafés » (une par mois) le hall d'accueil de la résidence et d'aller vers les résidents les plus précaires, invisibles, désaffiliés d'entre eux. Comment ? en leur proposant sur place les réponses concrètes tant au niveau de leurs droits, des prestations sociales que des soins de proximité sans oublier des messages autour de la nutrition, du sommeil, de l'utilisation des médicaments, de la gestion « de la boîte aux lettres », de l'accès à la culture, etc.

L'équipe d'animation est pluridisciplinaire mais constituée uniquement des personnes intervenant déjà dans cette résidence (assistants sociaux, maison médicale de proximité, gardienne, SAD, mission sociale des résidences), le tout piloté par le CLIC. Cette expérience sera sans doute reconduite sur le 11e.

Créé en 2002 à l'initiative d'associations de terrain, le Collectif Les Morts de la Rue a pour objectif de faire savoir que vivre à la rue mène à mourir prématurément et d'en dénoncer les causes. Le collectif accompagne également les proches en deuil, au travers notamment de formations, et veille à la dignité des funérailles. C'est pour cette raison que nous sommes présents aujourd'hui.

Le collectif n'a pas de rôle sur le plan médical, mais il propose un accompagnement autour de la mort et de la fin de vie sous tous les autres aspects. Nous sommes en lien avec les équipes qui y ont été confrontées et nous transmettent leur expérience.

Nous constatons que le malaise autour de la fin de la vie et de la mort vient de questions inédites auxquelles les équipes et les personnes sont confrontées, et que le turnover des personnes de terrain ne permet pas la transmission de l'expérience. Y penser en amont est important.

Des exemples de questions que nous entendons, souvent a posteriori, quand des personnes relisent leur expérience :

*« J'ai tenu une main, pris dans les bras, avais-je le droit comme travailleur social ? »*

*« Il m'a choisi comme personne de confiance, et m'a dit qu'il voulait la crémation, mais on n'a pas respecté son choix. »*

*« Faut-il prévenir sa fille dont il parlait peu ? »*

*« C'est à qui de préparer les funérailles ? »*

*« Qu'est-ce que je fais de ses affaires ? son meilleur copain veut récupérer son blouson et son frigo, ai-je le droit de les lui donner ? »*

*« Est-ce obligé de prévenir la famille, alors qu'il ne parlait jamais d'eux ? »*

*« Quand est-ce que je réattribue sa chambre à quelqu'un d'autre ? »*

*« J'ai affiché une photo de lui après son décès. Je ne sais pas quand l'enlever... »*

Toutes ces questions sont des bonnes questions. Une partie de ces questions aura des réponses administratives et légales, une partie dans les décisions réfléchies et prises en équipe. Ces questions et d'autres sont l'objet de nos formations.

Voir Annexe 1 fiche du collectif des morts de la Rue.

# Restitution de l'atelier

## Difficultés observées par les participant·e·s

- Manque de formation des équipes sociales pour garantir la bienveillance des personnes précaires en fin de vie

## Pistes de solutions

- Prendre en compte les rituels d'accompagnement à la fin de vie, en fonction des cultures
- Formation initiale et continue des TS à l'accompagnement à la fin de vie
- Définition d'un protocole dans les structures de l'AHI sur la fin de vie
- Accompagner les équipes sociales qui accompagnent des personnes en fin de vie : analyse de pratiques + cellules de crise fin de vie.

## Atelier n°2. Quelles solutions pour l'accompagnement et l'orientation des personnes âgées en situation administrative précaire ?

### La réflexion porte sur les questions suivantes :

- ➔ Quel plaidoyer pour la régularisation des personnes précaires en perte d'autonomie ?
- ➔ Quelles solutions pour soutenir les structures d'hébergement dans les démarches administratives (ouverture-maintien des droits) et juridiques (régularisation) ?
- ➔ Quelles innovations en termes de dispositifs pour permettre aux personnes vieillissantes en situation administrative précaire d'avoir accès aux soins requis par leur perte d'autonomie (mutualisation des plateaux techniques entre EHPAD et LHSS...) ?

*Animation : Eric LEMERCIER*

*Intervention : équipe du Centre d'Hébergement de Stabilisation Servan*

### Le CHS Servan : typologie de la population, la pyramide des âges

Créé il y a près de 15 ans par le CASP, le centre de stabilisation SERVAN a vocation à accueillir et héberger sans limitation de durée, des femmes âgées de plus de 45 ans, isolées et ayant connu une période d'errance, pour leur permettre de se poser, se reposer et se remobiliser. Au moyen d'un accompagnement global, individuel et collectif, l'intervention vise à créer les conditions favorables à la co-construction, avec chacune des 52 femmes accueillies, d'un projet de sortie de l'établissement vers un lieu de vie durable.

Depuis quelques années, dans ce centre d'hébergement comme dans beaucoup d'autres services du CASP situés en première ligne de la précarité, cette logique de parcours accompagné vers le logement ou l'hébergement adapté se heurte à l'apparition d'un phénomène nouveau : l'augmentation constante d'une population vieillissante parmi les personnes sans-abris.

À l'échelle du CHS Servan, la prévalence des femmes âgées de plus de 60 ans est de 65% de nos jours contre 25% en 2013, et en cinq années la moyenne d'âge est passée de 55 ans à 64 ans.

Derrière ces chiffres, se cache une réalité aux multiples visages qui soulève une question épineuse, celle de la cohérence des moyens et des solutions d'hébergement adaptées pour ces personnes.

Certaines femmes accueillies au CHS Servan ont passé une grande partie de leur vie dans la rue ou au sein même du dispositif d'hébergement parisien, à l'hôtel ou en centre de mise à l'abri d'urgence, tandis que d'autres s'y sont retrouvées sur le tard et doivent faire face à la vieillesse dans un état de dénuement complet. Presque toutes sont susceptibles de connaître un vieillissement prématuré en raison de la dureté de la vie, de problèmes de santé, de pathologies diverses non soignées, de troubles psychiques et d'addictions parfois multiples. La perte d'autonomie et la maladie liées au vieillissement, cumulées à l'absence de ressources financières, rendent ces personnes presque totalement dépendantes des prestations déployées au sein du centre. Et la question de la sortie de ces personnes se heurte à des obstacles parfois infranchissables.

L'âge de 60 ans correspond à un basculement en termes de prise en charge puisqu'au-delà de cet âge, la personne n'a plus vocation à s'insérer professionnellement. Si ce cloisonnement limite les possibilités de sortie du centre, d'autres situations peuvent constituer des obstacles parfois insurmontables, compte tenu des moyens dont nous disposons aujourd'hui pour agir.

S'il existe plusieurs structures de droit commun pour personnes âgées, certaines femmes sont parfois trop jeunes et parfois trop désocialisées pour rentrer en foyer logement, maison de retraite ou en EHPAD.

Pour les autres, des raisons administratives peuvent venir obstruer cette voie, faute de réunir les preuves de domiciliations antérieures par exemple, qui ont pu être égarées au gré de leurs parcours d'errance. Le niveau de ressources financières constitue un autre obstacle, fréquent pour des personnes qui présentent des parcours professionnels chaotiques, des droits à la retraite faible, ou qui n'ont vécu qu'avec des minimas sociaux.

Il faut souligner ici l'existence d'une catégorie particulièrement exposée parmi les femmes vieillissantes hébergées, celles confrontées à une situation administrative précaire, aucune orientation n'est possible. Pour accéder à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (aide sociale), condition *sine qua non* pour entrer en EHPAD, maison de retraite, ou autre foyer logement pour personnes âgées, la personne doit être en situation régulière sur le plan administratif au regard du séjour. Dans la plupart des situations que nous rencontrons, il faut attendre dix ans pour obtenir un titre de séjour et les titres pour raison de santé s'obtiennent de plus en plus difficilement. En outre, l'obtention d'un titre de séjour ne permet pas d'accéder immédiatement à l'ASPA pour les personnes âgées de plus de 62 ans. Depuis 2011, il faut encore démontrer dix ans de présence sur le territoire français pour prétendre à l'allocation d'adulte handicapé et à l'ASPA.

- ➔ Lorsqu'un accès au logement autonome s'avère possible, nous nous trouvons parfois face à des femmes âgées en décalage avec la réalité et atteintes de troubles du comportement rendant difficile, voire inaccessible, cette voie de sortie.
- ➔ En dehors des structures relevant du secteur des personnes âgées, il reste encore possible de mobiliser la filière de la lutte contre les exclusions, relevant de la compétence principale de l'État et regroupant diverses formules de logement temporaire ou adapté, comme les Maisons Relais.

Si ces structures permettent aux personnes sans-abris vieillissantes d'avoir une indépendance, de profiter de lieux de vies collectifs et d'avoir un accompagnement social, elles restent des dispositifs essentiellement sociaux; alors que l'inscription de femmes âgées, ayant le plus souvent des patholo-

gies chroniques avancées, demande un investissement spécifique et adapté en termes d'accompagnement dans le cadre d'une prise en charge qui croise l'aspect sanitaire et social.

Force est de constater que des femmes âgées demeurent dans le centre d'hébergement parce qu'il nous est difficile d'ouvrir des perspectives en termes de solutions de sortie. La suite de leurs parcours est balisée de repères administratifs et médico-sociaux qui induisent une adaptation des personnes aux dispositifs d'hébergements ou de logement, et non l'inverse.

Cela engendre des situations auxquels l'hébergement de stabilisation ne peut répondre, et cela incite les équipes à explorer les solutions possibles pour améliorer les conditions de vie des personnes accueillies vieillissantes. Les centres d'hébergement comme le CHS Servan ne disposant pas des ressources habituellement déployées en EPHAD ou en foyer de personnes âgées, il en découle des problématiques concrètes de mobilité, d'hygiène, d'alimentation, de désorientation voire de fugues.

Avec un mode de restauration uniquement collectif comment organiser le portage des repas dans les chambres pour des résidentes qui ne se déplacent plus ?

Avec un personnel limité en nombre et en pluridisciplinarité de compétences, comment les aider à se déplacer dans le centre et à l'extérieur pour ses rendez-vous médicaux et administratifs ? Comment assurer le ménage lorsque la résidente ne peut plus s'en occuper elle-même ? Comment l'aider à faire sa toilette, l'accompagner en cas d'incontinence, financer du matériel adapté (matelas, fauteuil, couches...)?

Les situations de désorientation et de fugues sont nombreuses : maladie de Korsakov (alcool), diabète pouvant entraîner une dégénération cérébrale à états délirants, etc. En l'absence de compétences médicales au sein de l'équipe, quelle surveillance médicale proposer ?

Souvent les personnes orientées vers hôpital en ressortent très vite et disparaissent pendant plusieurs jours.

## Que peut faire, alors, la structure pour répondre aux besoins des personnes devenues dépendantes en situation administrative précaire ?

Ces situations nous ont déjà conduit à renforcer l'aide dans les actes de la vie quotidienne, l'accompagnement physique aux rendez-vous extérieurs et, quand les droits de la personne le permettent, la mobilisation de services à domicile, pour faciliter au mieux le maintien des résidentes au centre d'hébergement. A titre très exceptionnel, pour des personnes très âgées, une infirmière peut accepter de faire une aide à la toilette mais étant financée à l'acte, cette action qui prend du temps est le plus souvent refusée. Il faut être éligible à l'aide sociale pour faire appel à une auxiliaire de vie. Le suivi médical (diabète etc.) peut être assuré à domicile par un généraliste ainsi que les interventions paramédicales d'un kinésithérapeute.

Il est possible de mobiliser un réseau en gérontologie et une équipe mobile spécialisée (oncologie, soins palliatifs, gérontologie). Des fusions sont en cours de ces réseaux avec les dispositifs MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie) destinés à faciliter le travail des professionnels ayant en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie (coordination personne âgée, diagnostic gérontologique). Ces ressources permettent d'ouvrir une place dans une structure hospitalière, par exemple en situation de fin de vie. Cela suppose que l'équipe prépare ces situations et mette en place les partenariats. Sur le plan de l'adaptation de nos conditions matérielles d'hébergement, il est possible d'obtenir pour les personnes un fauteuil roulant, un lit médicalisé, un matelas adapté dans le cadre d'une location et pour être remboursé, d'une prescription d'un médecin.

Un lien est fait avec les hôpitaux, l'année passée 4 résidentes sur 10 ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année. Actuellement une résidente est ainsi stabilisée en psychiatrie, mais la question se pose de savoir si cette personne ne relève pas plutôt

d'une structure pour personnes âgées dépendantes. Cette deuxième solution n'est pas envisageable du fait d'un blocage administratif alors même que le prix de journée en hôpital psychiatrique est bien plus élevé que celui d'un EHPAD.

Cependant, il n'est pas possible de mobiliser des ressources extérieures pour les personnes sans titre de séjour ou non encore éligibles à l'ASPA. Pour les bénéficiaires de l'AME, il n'est pas possible d'avoir un médecin traitant et les difficultés subsistent pour trouver des médecins généralistes volontaires.

Dans ces situations, il nous est impossible de faire appel à une aide à domicile pour la toilette, le ménage et la préparation de repas ; au dispositif gratuit PAM (Paris Aide Mobilité) ; à des aides financières pour la prise en charge de médicaments et de soins qui ne sont pas remboursés ; ou encore à un médecin coordonnateur susceptible d'intervenir sur place dans ces situations complexes où se cumule parfois la barrière de la langue qui brouille l'évaluation des symptômes. Dès lors la question de la coordination des soins pèse sur l'équipe de la structure qui en l'absence de compétences médicales en son sein, se heurte à la question du secret médical...

Lorsque les conditions d'hébergement deviennent trop inadaptées pour des questions de mobilité, des problèmes cognitifs, il reste parfois possible d'orienter la résidente vers l'hôpital pour des soins immédiats, mais ce type d'hospitalisation est limité à 90 jours par an, et la vieillesse n'étant pas une maladie elle ne relève pas du soin. Cependant, on observe parfois dans les faits des travailleurs sociaux qui s'occupent de laver la personne, de lui donner à manger, de nettoyer la chambre, de faire les déplacements – au détriment du temps qu'ils peuvent accorder au reste de leur file active. Ainsi, ces problématiques se déplacent sur les professionnels dont la mission n'est pas celle d'auxiliaire de vie, ce qui a comme conséquence de diminuer la disponibilité pour les autres missions ... si l'équipe est flexible.

Comment améliorer l'accompagnement de ces femmes dans une période inévitable et naturelle de la vie humaine, caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités ?

Dans ce contexte, quelles sont les perspectives pour les années à venir ?

Faut-il doter les centres d'hébergement de stabilisation de moyens adaptés pour accompagner la vie quotidienne de ces personnes ? Avec quel budget ? Le risque ici n'est-il pas de créer ainsi des « EHPAD pour pauvres » ?

Le cadre législatif semble devoir être interrogé dans la mesure où il ne permet pas aux personnes âgées de plus de 62 ans régularisées sur le plan du séjour depuis peu de bénéficier de l'ASPA et de l'aide sociale.

La régularisation des personnes hébergées qui ont besoin d'une orientation vers le secteur médico-social apparaît comme une nécessité.

Des exceptions seraient-elles envisageables pour permettre d'orienter des personnes dépendantes sans titre de séjour vers un EHPAD ? Cette voie nécessiterait d'autres dispositifs de financement pour cet accueil hors cadre législatif dans une structure médico-sociale.

Il faut enfin s'appuyer sur les zones administratives dont on constate qu'elles ne semblent pas complètement définies : les réponses des administrations peuvent être variables sur certaines questions, et c'est ainsi que l'on pourrait peut-être faire bouger les lignes.

*Rapporteur : Arina Van de Kerk, Directrice du Pôle hébergement de stabilisation du CASP*

## Restitution de l'atelier

### Difficultés observées par les participant·e·s

- ➔ Absence de moyens dédiés à l'accompagnement des personnes âgées en situation administrative précaire au sein des centres d'hébergement
- ➔ Impossibilité d'orienter les personnes âgées en situation administrative précaire car elles ne sont pas éligibles à l'aide sociale
- ➔ Certaines personnes ne souhaitent pas quitter le centre dans lequel elles sont hébergées

### Pistes de solutions

- ➔ Réaliser une étude pour quantifier le nombre de personnes âgées en situation administrative précaire en Ile-de-France ;
- ➔ Tendre vers l'inconditionnalité de l'accueil dans tous les établissements d'accueil, notamment ceux du secteur personnes âgées ;
- ➔ Développer des dispositifs intermédiaires pour sécuriser l'accueil des personnes âgées en situation administrative précaire :
- ➔ Aides à domicile mobilisables via des réseaux gérontologiques type MAIA ;
- ➔ Développer les services infirmiers en centre d'hébergement sur le modèle du SSIAD précarité ;
- ➔ Décloisonner les financements sécurité sociale, santé et hébergement/logement afin de permettre l'accueil en EHPAD des personnes âgées en situation administrative précaire ;
- ➔ Mettre en place des coordinations/espaces d'échange ainsi que des formations croisées entre professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire ;

## Atelier n°3. Partir du choix des personnes pour travailler les parcours

La réflexion porte sur les questions suivantes :

- ➔ Quelles sont les initiatives qui permettent l'acclimatation et l'adhésion des personnes (type accueil de jour en EHPAD) ?
- ➔ Comment soutenir le refus d'institutionnalisation exprimé par certaines personnes ?

*Animation : Aline DI CARLO, Coordinatrice SIAO Insertion 75*

*Intervention : Charlotte DOUBOVETZKY et Adeline HENNEQUIN*

Notre travail est parti des constats suivants : l'âge moyen des résidents de la pension de famille était en nette augmentation, passant de 36 ans en 2006 à 51 ans en 2016. On observait en outre de moins en moins d'entrées et de sorties, avec une stagnation des résidents (une entrée/sortie en 2016, aucune en 2017). En outre, l'âge moyen des personnes sur liste d'attente augmentait, de même que le nombre de décès sur cette même liste. D'un autre côté, l'état de santé des personnes restant à la pension se dégradait. A partir de ces constats, une enquête a été menée auprès des résidents autour de la question de la perception du vieillissement.

*« Je pense bien que je ne pourrais pas finir ici, j'aimerais, mais ma santé ne me le permettra pas... J'suis déjà trop abîmé... Mais si je peux pas rester là, je sais pas où je pourrais aller, parce que tu vois, y a un truc où... que je sais que je pourrais pas faire... Moi je ne pourrai pas m'empêcher de fumer, je sais pas pourquoi, j'y arriverai pas. C'est sûr. Il faut un endroit où je puisse venir comme ça, fumer dans la chambre, au moins, et dans les maisons de retraite on n'a pas le droit... »* Témoignage d'un résident de la pension de famille Le Pari(s)\*

Le point de vue sur la vieillesse des résidents s'opposait à la vieillesse « des autres », perçue par les résidents eux-mêmes. Selon eux, ces « autres » bénéficiaient soit d'une vieillesse idéalisée – on retrouve l'image du bon petit vieux sage et plein d'expérience – soit d'une « mauvaise vieillesse », illustrée par l'image du vieux inutile qui coûte cher à la société. Les résidents avaient quant à eux de la peine à s'imaginer dans cette vision du vieillissement. Ces derniers ont notamment conscience de leur vieillissement prématuré, et des référentiels différents entre « eux » et les « autres » : la mise en institution, la retraite, l'isolement, les problèmes de santé.

Du point de vue des professionnels, ce qui ressort avant tout, c'est l'éloignement du travail effectué par rapport au travail d'origine. On passe d'un travail d'insertion à un accompagnement social palliatif. En outre, les professionnels se sentent démunis, tant sur les choix qu'il leur revient d'effectuer que sur l'animation au sein de la pension, sur le manque de connaissance du cadre juridique, des acteurs, des aides, de l'adaptation des locaux... Ces professionnels sont soumis à une double injonction : tenir compte des aspirations exprimées par les personnes tout en prenant en considération leur capacité à les réaliser. En résulte une impression répétée de mal faire, faute de pouvoir faire mieux ; une usure des professionnels accélérée ; et, enfin, un accompagnement de moins en moins adapté au public avec des risques de maltraitance.

*« Non, nous c'est vrai que ça peut pas être pareil... Parce que se sentir inutile, et plus avoir de travail, c'est déjà le cas, ça fait longtemps... Nous ça va être pire, en plus d'être précaire, comme on dit, on va être vieux. Vieux et précaire... Tu parles d'un beau tableau... Avec ça on a deux excuses pour être regardés, pointés du doigts et exclus quoi ! .. J'sais pas si l'espérance de vie c'est bien qu'elle augmente pour tout le monde. J'te jure des fois j'me pose la question »* Témoignage d'un résident de la pension de famille Le Pari(s)\*

Face à ces constats, la pension a pris certaines mesures. Un poste de chargé de mission sur les questions de vieillissement a été mis en place. Une réflexion sur l'écriture des directives anticipée et des testaments est également menée. Enfin, la question du vieillissement est davantage prise en compte lors de la réhabilitation des logements.

« Vous voyez par exemple, quand il est mort, ben c'est ... c'est moi qui me suis retrouvée à devoir ... A ... A ... à tout choisir quoin à décider si on l'enterriait, si on l'incinérât, c'est moi qui ait choisi l'urne et tout ... On, on n'avait pas anticipé, on savait pas c'qui'il voulait, et euh ben, encore aujourd'hui je me pose des question » *Témoignage d'un membre de l'équipe de la Pension de Famille Le Pari(s)\**

Enfin, il est important de faciliter le dialogue entre les résidents et les professionnel, et de travailler sur les représentations – tant de l'équipe que des résidents et des éventuels partenaires. On peut pour cela préconiser des formations, des temps d'information, des échanges de pratiques, des réunions, etc.

La pension entend, enfin, diversifier ses partenariats.

« Je m'attendais pas, je m'attendais pas du tout à une prise en charge au sens large au niveau de ce boulot et. Je pensais au départ que j'ét&ais embauché en tant qu'animateur, c'était de l'animation ; Prende du plaisir avec ces résidents et je me suis aperçu au fil des années que vue l'état de santé de ces personnes qui au début n'était pas apparente euh on constate que ces personnes sont vraiment là, qu'elles vont rester. Et d'où cette énorme différence au début et maintenant... maintenant on est à parler des les accompagner dans la mort... [...] » *Témoignage d'un membre de l'équipe de la Pension de Famille Le Pari(s)\**

## Restitution de l'atelier

### Difficultés observées par les participant·e·s

- ➔ Difficulté d'ordre éthique : écoute de la personne et de ses choix difficile lorsque l'entrée en institution paraît la meilleure solution pour le « prendre soin » de la personne mais que cela s'oppose à la liberté de choix de la personne qu'il faut également accepter
- ➔ Difficultés d'ordre administratif (Cf. atelier n°2)
- ➔ Formation des travailleurs sociaux, davantage axée sur l'insertion et la prise d'autonomie que la perte d'autonomie.
- ➔ Manque de connaissance des dispositifs dédiés aux personnes âgées dans le secteur de l'insertion sociale.
- ➔ Difficultés de l'âgisme (mépris, « haine » des personnes âgées)

### Pistes de solutions

- ➔ Anticiper les situations de perte d'autonomie (proactif)
- ➔ Faire confiance aux personnes et à leurs choix
- ➔ Adapter les formations des travailleurs sociaux (inclure la question de la perte d'autonomie)
- ➔ Favoriser les discussions et les financements conjoints ARS/DDCS/DRIHL
- ➔ Mettre en place des équipes mobiles santé spécialisées perte d'autonomie – précarité qui se déplaceraient dans les structures où résident ces personnes
- ➔ Repenser les modes d'habitat, l'équipement des logements (individuels comme collectifs)
- ➔ Réflexion sur la temporalité dans l'accès aux structures : faire en sorte qu'il n'y ait pas de contrainte de l'institutionnalisation pour les personnes âgées précaires

\* Vieillesse et Précarité : Représentations du vieillissement des personnes en situation de précarité et tactiques mises en place dans le quotidien. L'exemple des résidents d'une pension de famille», par Charlotte Doubovetzky sous la direction de Benjamin Vial et Julien Lévy, Année universitaire 2015-2016, Master 2 « Vieillesse, sociétés, et technologies, spécialité médiation médico-sociale : bien vieillir, dépendance et cas complexes » à « l'Université Grenoble Alpes ».

«Le Vieillesse inattendu, Enquête autour de l'accompagnement illimité en Pension de Famille» par Charlotte Doubovetzky sous la direction de Bertrand Ravon et de Laure, Promotion 2015-2017, Master 2 «Analyse et Conception de l'Intervention Sociale option Pilotage des associations du social et de la santé en Europe» avec Université Lumière Lyon 2, Ecole Rockefeller et ARFRIPS

# RESTITUTION DES ATELIERS

Au terme de ces ateliers, plusieurs pistes d'action à mener ont été identifiées pour l'avenir.

La première concerne **la formation initiale** et continue des travailleurs sociaux à la perte d'autonomie, à l'accompagnement à la fin de vie, ainsi que la systématisation de l'analyse de pratiques et des « cellules de crise », notamment autour de la fin de vie, pour les travailleurs accompagnant des personnes âgées. Cette nécessité est ressortie de tous les ateliers. On peut également mettre en place des **coordinations, des espaces d'échanges** ainsi que de la **formation croisée** entre professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire.

Enfin, il faudrait réaliser une enquête pour quantifier le nombre de personnes âgées en situation administrative précaire en Île-de-France.

Les recommandations suivantes ont également émergé des discussions, dans la logique d'un plaidoyer. Tout d'abord, **le décloisonnement des financements** de sécurité sociale, de santé et d'hébergement/logement apparaît comme une nécessité pour permettre l'accueil en EHPAD ou en résidence autonomie des personnes âgées en situation administrative précaire, comme l'ont noté tous les ateliers.

En outre, **des dispositifs intermédiaires** doivent être développés pour sécuriser l'accueil des personnes âgées en situation administrative précaire en structures AHI : des aides à domicile mobilisables via des réseaux gérontologiques type MAIA, des SSIAD précarité.

Il est également recommandé de **développer les équipes mobiles santé spécialisées perte d'autonomie – précarité** qui se déplaceraient dans les structures où résident ces personnes.

Une autre préconisation est le **développement de dispositifs transitoires** (accueils de jour en EHPAD, polystructures...) pour accompagner l'institutionnalisation pour les personnes âgées précaires.

Enfin, on ne peut que souhaiter tendre vers **l'inconditionnalité de l'accueil dans tous les établissements d'accueil**, notamment ceux du secteur personnes âgées.

# QUEL ENGAGEMENT DES SERVICES DE L'ETAT EN DIRECTION DES PERSONNES VIEILLISSANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ?

*Isabelle CHABIN-GIBERT, Responsable du Département Précarité/PRAPS à l'ARS Ile-de-France*

*Laure LE COAT, Responsable du Pôle Médico-social à la Délégation Départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France*

*Sandra DAUNIS, Déléguée générale à la Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées de la DIHAL*

## Intervention de l'ARS Île-de-France

*Isabelle CHABIN-GIBERT*

Le PRS (programme régional de santé) constitue la feuille de route de l'ARS et de ses partenaires pour cinq ans. Il comprend un volet obligatoire pour les publics démunis : le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins), qui traite notamment de la question des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie.

Le sujet n'en demeure pas moins difficile, car il met en jeu des dispositifs compliqués et des démarches administratives souvent complexes.

Le sens du travail de l'ARS est d'éviter de mettre en place des dispositifs stigmatisant les personnes, de ne pas empiler les dispositifs qui génèreraient des exclusions avec des personnes ne rentrant pas dans les cases. Il s'agit de développer l'accès au droit commun.

Dans ce sens, l'ARS émet les propositions suivantes:

- ➔ trouver des solutions pour les personnes éligibles aux droits sociaux ;
- ➔ innover pour les personnes ne disposant pas d'un titre de séjour ;

L'ARS a travaillé sur plusieurs axes de travail avec les acteurs dans le cadre de l'élaboration du PRAPS. L'idée est de se donner les moyens de renforcer la concertation à tous les niveaux, pour une approche intégrée. Pour cela, des formations peuvent être envisagées. Il faut aider les intervenants dans l'accompagnement des situations le temps de trouver une solution d'aval. Il est impératif de trouver des solutions d'accueil inconditionnel avec des solutions financières croisées.

# Intervention ARS Délégation Départementale de Paris

*Laure LE COAT*

L'objectif de l'Intervention de l'ARS Paris est de s'inscrire dans le cadre des directives par la réglementation nationale, en utilisant les crédits au mieux. Pour cela, l'ARS travaille avec les services du département et de l'Etat. Face à l'hétérogénéité des publics, des besoins, des souhaits et des situations administratives, il est clair qu'on ne peut pas penser des solutions uniques.

En Île-de-France, le taux d'équipement médico-social reste faible pour les personnes âgées et handicapées, notamment à Paris. Il y a un réel retard de créations de places à rattraper au plus vite. En ce qui concerne les EHPAD, la volonté de rattrapage est portée par le département de Paris et l'ARS, le contexte est donc plus favorable qu'en 2010. Cependant, il faut restructurer en profondeur les projets d'établissement EHPAD conventionnés pour l'Aide Sociale à l'Hebergement (ASH) afin que les publics les plus exclus puissent y être accueillis de manière effective.

Les EHPAD s'adressent en général plutôt aux publics de plus de 85 ans ce qui peut rendre difficile l'intégration de certains publics présentant une perte d'autonomie plus précoce, du fait de longs parcours de rue par exemple. Les structures médicalisées et médico-sociales ne disposent ni de la totalité des moyens du secteur sanitaire, ni de ceux du secteur social. Par exemple, il n'y a souvent pas de travailleurs sociaux dans les EHPAD.

Il est nécessaire de développer la formation des acteurs dans les structures sociales et médico-sociales. Les MAIA proposent aujourd'hui des formations et il faut décliner ce modèle.

Des spécificités du public précaire restent à prendre en compte : addictions, troubles du comportement, etc. et font ressentir le besoin de formations spécifiques. Dans ce contexte, quelles évolutions peut-on envisager ? La solution de mettre en place des établissements dédiés a été expérimenté, laissant place à des résultats mitigés. Une autre solution pourrait être la création d'unités spécialisées en EHPAD, ou bien un accueil en diffus au sein de l'établissement.

Concernant le maintien à domicile, la volonté des personnes âgées quant à cette idée est certaine ; il faut donc l'accompagner au mieux. L'ARS réfléchit notamment à la question de la médicalisation de certains CHRS pour permettre le maintien à domicile des personnes précaires qui ne souhaiteraient pas quitter leur lieu de vie.

Les personnes bénéficiant de l'AME sont souvent dans des situations très compliquées, car dans l'état actuel des textes, il n'y a pas pour elles de financements de l'assurance maladie pour des structures de type EHPAD. Par conséquent, elles ne peuvent être accueillies qu'en LHSS et LAM.

L'ARS prend acte des échanges de la journée. Il est nécessaire de quantifier la nature et la quantité des besoins rencontrés : il faudrait pour cela un recensement avec des outils d'évaluation communs.

Il apparaît nettement que beaucoup de choses se jouent autour de l'anticipation des démarches administratives : il y a donc un besoin d'anticipation pour tenir compte de la longueur des délais d'instruction. Il ne faut donc pas attendre que les personnes soient malades pour se préoccuper des questions de santé.

# Intervention de la DIHAL

*Sandra DAUNIS*

Toutes mes félicitations, d'abord, pour cette journée et merci à tous les participantes et participants d'y avoir assisté. Les initiatives innovantes, à l'image de celles dont nous avons entendu parler aujourd'hui, doivent absolument être valorisées. J'en appelle aux associations pour faire remonter leurs expérimentations, car la communication est une clé pour nous améliorer et montrer notre action.

Nous avons besoin au niveau national, de faire progresser le parc locatif social et très social, tout en développant les solutions d'accompagnement des personnes dans leur logement. C'est dans ce sens qu'a été lancé l'appel à manifestation d'intérêt qui a identifié 24 territoires de mise en œuvre accélérée du plan quinquennal du Logement d'abord. L'objectif du Gouvernement est de dépasser la logique de l'urgence et de construire une politique sociale efficace et efficiente dans la durée. Pour cela il faut développer des solutions de logement adaptées plutôt que des propositions d'hébergement temporaire. Il est aussi nécessaire de donner plus de visibilité aux actions des associations qui accompagnent les personnes dans leur logement.

Je viens aujourd'hui vous parler des foyers de travailleurs migrants. Dans ces structures, les personnes vieillissantes, si elles demeurent demandeuses d'accompagnement pour l'accès à leurs droits (à la retraite notamment) expriment peu de demandes dans le domaine de la santé. Les travailleurs migrants âgés témoignent d'une grande réserve, ce qui justifie les démarches d'«aller-vers». Ces comportements s'expliquent en partie par des traditions culturelles et leur histoire personnelle.

Les travailleurs migrants vieillissants qui résident dans ces foyers sont issus de l'immigration économique. Majoritairement venus du Maghreb, ils n'avaient pas pour projet de rester en France. Après une vie de travail, ces « Chibanis » ont maintenant un état de santé très dégradé et sont souvent en situation de précarité économique. Ils ont une faible maîtrise de la langue Française doublée d'une méconnaissance des démarches administratives. Leur isolement familial malgré quelques allers-retours au pays les conduit souvent à un phénomène de déprise et d'isolement.

La question de la perte d'autonomie due au vieillissement précoce de ces travailleurs migrants les confronte à de nombreuses difficultés, nouvelles ou préexistantes : éligibilité aux prestations sociales parfois partielles, habitat inadapté à la diminution d'autonomie, complexités administrative et sociale liées au passage à la retraite, fracture numérique, etc...

La Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées (CILPI) pilote le plan de transformation des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales. Dans ce cadre, elle coordonne des actions interministérielles et partenariales qui visent à un meilleur accès aux soins, à l'accès à la santé, au maintien à domicile, ainsi qu'au logement adapté. En subventionnant des associations réalisant « l'aller-vers » en Foyers de Travailleurs Migrants et résidences sociales, elle favorise l'aide administrative qui permet aux résidents d'accéder à leur droit à la retraite. Les associations subventionnées proposent aussi des questionnaires et bilans de santé, ainsi que des actions collectives pour lutter contre l'isolement avec, par exemple, des ateliers d'informatique ou de jardinage.

# Echanges avec la salle

Je travaille dans un CHU, en convention avec un SSIAD. Mais les locaux ont besoin d'être adaptés. Nous avons la possibilité d'accompagner les personnes au titre de l'AME. Le CHU souhaite mettre en place une nouvelle convention, qui ne propose pas de financement pour l'accompagnement à domicile. Or, des personnes en perte d'autonomie refusent parfois d'aller vers le soin. Mais pour ces personnes, l'accompagnement devra être pris par les fonds propres de l'établissement...

**C. Le Samedi** : Des institutions, USLD, EHPAD existent ; il faut les financer sur les parties APA et Aide sociale à l'hébergement quand les personnes sont en situation administrative précaire. Il s'agit de les rattacher au droit commun, et veiller à ne pas créer de nouveaux dispositifs. En outre, l'accès aux titres de séjour pour soins et pour pertes d'autonomie nécessite encore des délais trop longs. L'ARS doit se positionner pour accélérer la délivrance des titres de séjour pour soin.

Quelles hybridations de ressources sont envisagées pour permettre aux personnes en situation administrative précaire d'accéder aux structures adaptées pour les personnes âgées ?

**Sandra Daunis** : Il est évident qu'un portage politique fort est nécessaire pour permettre d'accompagner les personnes en situation administrative précaire dans l'accès aux dispositifs adaptés à leur situation et leur garantir une fin de vie digne.

 Personnes dans la salle

 Intervenants

*Arthur ANANE – Président de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France*

*Un grand merci à tous pour votre participation à cette journée qui a été riche en présentations et en réflexions.*

*Je remercie encore une fois l'ensemble des intervenants de la journée, notamment ce matin en conférence plénière et en table ronde, d'avoir partagé avec nous leurs pratiques et leurs expériences qui illustrent que les partenariats et les innovations sont possibles et nécessaires pour accueillir et accompagner dignement les personnes vieillissantes.*

*Merci également aux équipes d'animation des ateliers, et à l'ensemble des participants, d'avoir contribué à une réflexion riche sur les thématiques qui interrogent nos structures et nos pratiques : comment accompagner de manière bien-traitante les personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale, de la perte d'autonomie à la fin de vie ? Quelles solutions pour l'accompagnement et l'orientation des personnes âgées en situation administrative précaire ? Comment partir du choix des personnes pour travailler les parcours ?*

*La Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France et la Fédération nationale auront à cœur de porter les propositions qui ont émergé de ces ateliers dans le cadre des différentes instances de travail auxquelles nous participons, comme par exemple le PRAPS qui nous a été présenté par l'ARS Île-de-France ou auprès des administrations centrales comme la Direction Générale de la cohésion sociale ou la Direction générale de la santé.*

*Enfin, les réactions des services de l'Etat à nos propositions et la présentation de leurs engagements en direction des personnes vieillissantes en situation de précarité, appellent à continuer à travailler ensemble ces sujets, de la manière la plus fine possible sur les territoires et en associant les personnes concernées.*

*Nous ne manquerons pas de vous communiquer les actes de la journée qui reprendront les différentes interventions ainsi que les propositions formulées.*

*Encore merci à tous pour votre participation active.*

# PERSPECTIVES

Forte des enseignements de cette journée, la commission Santé de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a poursuivi en 2018 son travail autour de la thématique vieillissement et précarité.

Nous nous sommes dotés d'un plan d'action s'inscrivant dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Santé et aux Soins 2018-2022 (PRAPS 2018-2022) qui s'articule autour des quatre axes :

- ➔ Outiller les équipes sociales pour leur permettre de mieux repérer la perte d'autonomie ;
- ➔ Former et informer les acteurs de terrains sur les modalités de prise en charge des personnes précaires en situation de perte d'autonomie ;
- ➔ Favoriser la concertation partenariale entre les acteurs du secteur AHI et les acteurs du secteur médico-social pour personnes âgées ;
- ➔ Garantir un appui à l'accompagnement en structure d'hébergement et à l'orientation adaptée vers le secteur personnes âgées en s'assurant notamment de l'intervention des dispositifs de droits commun (CLIC, MAIA, Maison des aînées et des aidants, SSIAD, équipes mobiles gériatrie psychiatrie, etc.) auprès des publics accompagnés par le secteur AHI ;

Ce plan d'action guide nos travaux et la mise en œuvre de nouveaux projets pour permettre d'améliorer l'accompagnement des personnes précaires en situation de perte d'autonomie accompagnées dans les structures du réseau de la fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France.

Dans ce cadre, en 2019, la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France s'engage dans un projet sur trois ans, soutenu notamment par la Fondation Sanofi Espoir, pour former et outiller les acteurs du secteur AHI sur cette question. Ce projet prévoit la conception d'un module de formation à destination de « personnes ressources » dans les établissements du réseau de la FAS IdF, la création d'outils sur l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement à destination des acteurs sociaux et la mise en lien partenariale entre acteurs du secteur AHI et acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Nous remercions chaleureusement tous les participants à cette journée et nos partenaires présents et futurs qui nous permettent d'œuvrer pour favoriser un accompagnement digne des personnes précaires vieillissantes.

*Sophie LASCOMBE, Présidente de la commission santé de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France*

*Arthur ANANE, Président de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France*

# Annexes

Lexique.....	43
Fiche distribuée lors de l'atelier n°1 - Collectif des morts de la rue.....	44
Enquête L'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale.....	46

ACT :	Appartement de Coordination Thérapeutique
AHI :	Accueil Hébergement Insertion
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie, permet de financer l'aide à domicile des personnes en perte d'autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASH :	Aide Sociale à l'Hébergement
ASPA :	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU :	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHS :	Centre d'Hébergement et de Stabilisation
CLIC :	Centre Locaux d'Information et de Coordination – Guichets d'accueil, de coordination et d'information départementaux à destination des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels du secteur gérontologique et du maintien à domicile.
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD :	Hospitalisation à Domicile
LAM :	Lit d'Accueil Médicalisé - dispositif d'hébergement médicalisé à destination des personnes sans domicile fixe présentant des pathologies chroniques
LHSS :	Lit Halte Soins Santé - dispositif d'hébergement proposant des soins infirmiers à destination des publics sans domicile fixe
M2A :	Maison des Aînés et des Aidants : à Paris, guichet unique regroupant les CLIC, MAIA, réseaux de santé et autres acteurs de la coordination des parcours des personnes en situation de perte d'autonomie. Sur les autres territoires des guichets unique semblables voient le jour sous la forme de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) dédiés à la coordination des personnes aux situations complexes.
MAIA :	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie – guichets régional à destinations des acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire pour permettre une coordination des parcours des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.
Pension de famille :	Dispositif de logement accompagné
PUV :	Petite Unité de Vie, dispositif d'accueil de personnes âgées dépendantes avec présence de personnel 24h sur 24 et aide aux gestes de la vie quotidienne
Résidence autonomie :	Résidence sociale à destination des personnes âgées autonomes
SAD :	Service d'Aide à Domicile
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIAO :	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
USLD :	Unité de soins de longue durée

## **COLLECTIF Les deLa RUE EN INTERPELLANT LA SOCIÉTÉ | EN HONORANT CES MORTS | NOUS AGISSONS AUSSI POUR LES VIVANTS**

Pour préparer l'accompagnement de fin de vie.

Travailleurs sociaux, accueillants et accueillis, en se préparant à l'avance pourront être plus disponible à la personne en fin de vie et à son entourage.

### **1.Oser parler**

- En amont, pouvoir parler de personnes à prévenir.
- Parler de la crémation, du don du corps, du don d'organe.
- Parler des choses, ou animaux, auxquels on tient et à qui on aimerait les transmettre.
- Parler de ses convictions religieuses ou philosophiques.

### **2.Ecrire**

- Inviter la personne à écrire les noms des personnes à prévenir : ou à ne pas prévenir.
- Inviter la personne à faire les démarches pour que soient respectées les volontés sur le corps : écrire le désir de crémation, le refus éventuel de don d'organe, faire les écrits pour donner son corps à la médecine...
- Inviter la personne à écrire ce qu'elle veut donner à qui : son chien, sa montre, ses bagues, son frigo...

### **3.S'informer**

- Savoir les limites de chaque champ. Une personne de confiance n'intervient que dans le domaine de la santé. Son témoignage sur les dernières volontés n'aura pas de poids.
- La manière de faire un testament.
- Tout le monde peut s'occuper des funérailles si la famille ne s'en occupe pas. Souvent l'association est la mieux placée pour le faire, étant la plus proche. La commune du décès prend alors en charge les frais.
- La législation sur les funérailles : la commune du décès a l'obligation de prendre en charge l'inhumation, de manière décente, pour une durée de 5 ans au moins pour les personnes .

### **4.Réfléchir au sein des équipes. Qui est « proche » quand il n'y a pas de familles ?**

- Jusqu'où peut-on accompagner ?
- Quelle distance corporelle face à une personne en fin de vie ?
- Comment accompagner en équipe ? quel soutien pour les plus proches ?
- Qui annonce le décès aux autres ? aux résidents, aux autres membres de l'équipe ? à la famille ?
- Accompagner le deuil des résidents et celui de l'équipe
- Quel rituel (comme afficher une photo, mettre une bougie), quand le commencer et quand l'arrêter.
- Qui prépare la célébration ? qui l'accompagne ? quel lien aux familles ? quelle mémoire garder de la personne dans la structure ?
- Ce qui a été décidé par une équipe à un moment, comment trouver le moyen de le transmettre aux équipes à venir ? où l'écrire, le consigner pour que ce soit un outil commun ?

## 5. Le corps mort

- ➔ Le garder sur la structure ? le veiller ? le conduire en chambre mortuaire ? à l'institut médico-légal ? La plupart du temps, les structures étant considérées comme un « espace public », le corps est transporté à l'institut médico-légal. Les autres possibilités sont souvent coûteuses.
- ➔ Se recueillir avant son départ ?
- ➔ Lui trouver des vêtements à transmettre aux services funéraires ?

## 6. La chambre du mort

- ➔ Quand la réattribuer ? faut-il la repeindre ? la remeubler ? comment faire pour qu'elle ne soit pas vécue comme « contagieuse » « contaminant » ?

## 7. Faire ce qu'il faut pour le mort, afin que les vivants vivent en paix.

- ➔ Faire ce qu'il faut : annoncer, ritualiser, parler, échanger sur le mort, respecter ses volontés concernant ses affaires, son entourage, ses volontés... respecter ses convictions, ses goûts, ... Tout cela va aider les autres personnes de son entourage à aller de l'avant. Chaque deuil réveille les deuils antérieurs. Et à la rue, beaucoup de personnes sont endeuillées depuis tout le temps. Ces personnes peuvent découvrir en accompagnant au mieux quelqu'un que leur propre vie est importante. Il arrive qu'un deuil dans une structure soit un outil pour accompagner les autres personnes accueillies vers la vie.

## 8. Et après ?

- ➔ La vie montre que les histoires sont toujours différentes, et que l'équipe va être enrichie par cette nouvelle expérience. Qu'il y aura des choses qui se sont bien passées, d'autres, plus difficiles. L'équipe à partir de là peut nuancer la « boîte à outils » de sa structure.

Le Collectif Les Morts de la Rue n'a pas de Kit à proprement parler, mais 2 formations qui peuvent être utiles. La boîte à outils administratifs et juridiques autour de la fin de vie, la mort, la succession. Des groupes d'échanges d'expérience autour de la mort et de la fin de vie afin d'aider chaque structure à mettre en place sa propre manière de faire.

Vous pouvez contacter **le collectif des morts de la rue** pour en parler.

**72 rue Orfila 75020 Paris**

**01 42 45 08 01**

**mortsdelarue@free.fr**

**www.mortsdelarue.org**



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

**ENQUÊTE  
L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES  
VIEILLISSANTES EN STRUCTURE  
D'INCLUSION SOCIALE**

# Introduction

Les associations franciliennes font le constat d'un nombre élevé et croissant de personnes vieillissantes accueillies et accompagnées au sein des structures d'inclusion sociale.

Si ce phénomène s'inscrit dans une tendance générale de vieillissement de la population, il est également lié aux spécificités des personnes en situation de précarité : un long temps d'errance engendre un vieillissement prématuré dont les effets se font parfois sentir dès 45 ans, bien avant l'âge d'ouverture des dispositifs pour personnes âgées. Par ailleurs, la précarité de la situation administrative, l'insuffisance des ressources financières, la stigmatisation de la précarité, mais également la volonté des personnes de se maintenir dans les structures où elles résident, sont autant de facteurs qui peuvent limiter voire bloquer l'accès des personnes vieillissantes en situation de précarité aux dispositifs de droit commun pour personnes âgées.

Ainsi, les structures d'inclusion sociale sont souvent mobilisées pour accueillir les personnes âgées en situation de précarité à défaut de solutions plus opérantes.

Bonnes pratiques et préconisations travaillées dans le cadre du Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France est régulièrement interpellée sur la thématique du vieillissement ce qui nous a amené au lancement d'une enquête visant à :

- ➔ Avoir une photographie du nombre de personnes vieillissantes accueillies dans les structures d'inclusion sociale en Ile-de-France.
- ➔ Identifier les principales difficultés dans l'accompagnement de ces personnes

## Rappels

- ➔ Les destinataires de l'enquête sont l'ensemble des structures d'accueil proposant un accompagnement social (accueils de jour, structures d'hébergement, résidences sociales, pensions de famille, résidences accueil...) et des structures médico-sociales assurant une coordination thérapeutique et sociale et un hébergement (LHSS, LAM, ACT).
- ➔ Le périmètre de ce questionnaire s'étend à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie du fait du vieillissement, y compris celles âgées de moins de 60 ans dont le vieillissement prématuré est lié à la vie à la rue.
- ➔ Durée de l'enquête : de novembre 2016 à février 2017 soit 4 mois

A suivre vous trouverez les résultats détaillés de l'enquête question par question. Ces résultats sont structurés en 7 grandes parties suivant l'ordre de l'enquête :

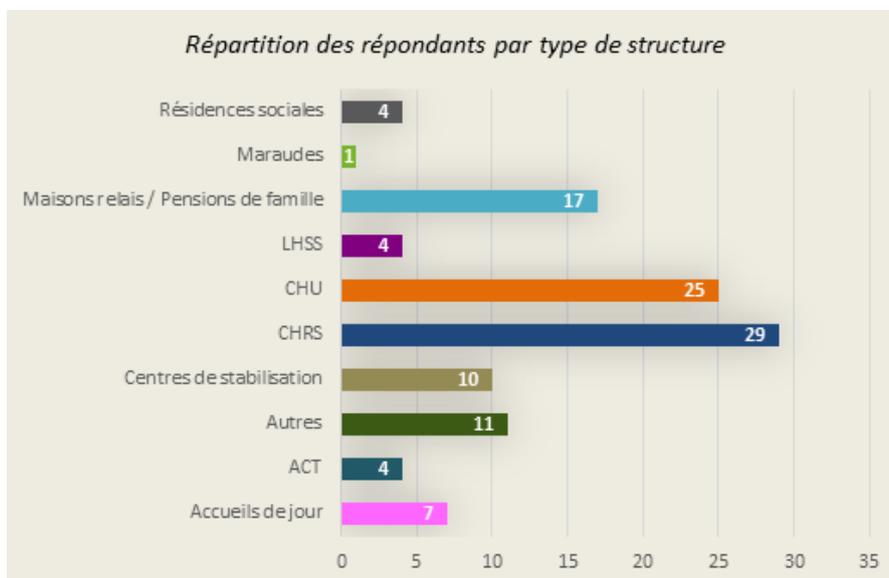
- ➔ Profil des répondants
- ➔ Accompagnement de personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement
- ➔ Orientation des personnes vers les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes vieillissantes
- ➔ Orientation vers les structures médico-sociales non dédiées aux personnes âgées
- ➔ Intervention de services d'intervention à domicile spécialisés pour personnes vieillissantes
- ➔ Orientation vers d'autres types de structures
- ➔ Lien avec le médecin traitant

Le détail des questions formulées dans le cadre de cette enquête est accessible sur demande à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France.

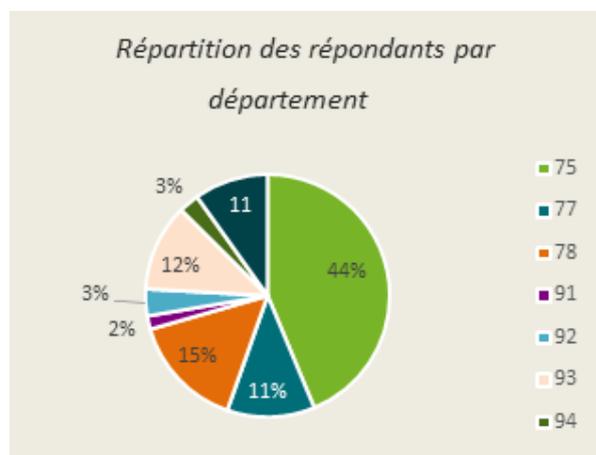
# PROFIL DES RÉPONDANTS

83 personnes ont répondu à l'enquête proposées par la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France. Ces répondants représentent 112 structures différentes.

Ci-dessous vous retrouverez le détail de la répartition des structures répondantes par type de structure et par département.



Base : 112 structures répondantes



Les centres d'hébergements, tout statut confondu (CHS, CHRS, CHU), représentent plus de la moitié des structures répondantes à l'enquête (56%).

Les dispositifs de logement accompagné (Résidences sociales, maisons relais et pensions de famille) représentent 21% des structures répondantes.

Moins de 10% des structures répondantes ne proposent pas d'hébergement ou de logement.

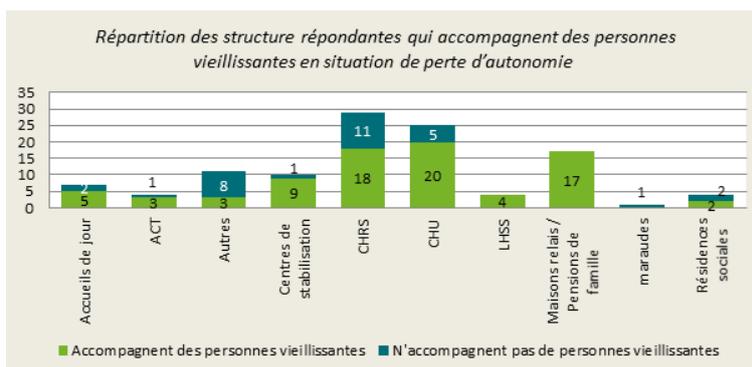
Base : 112 structures répondantes

# ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE DU FAIT DU VIEILLISSEMENT

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a souhaité par cette enquête objectiver le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie du fait du vieillissement accompagnées dans les structures du secteur AHL. Parmi les répondantes 61 ont déclarés accompagner ce public **représentant 81 structures soit 72% des structures répondantes**.

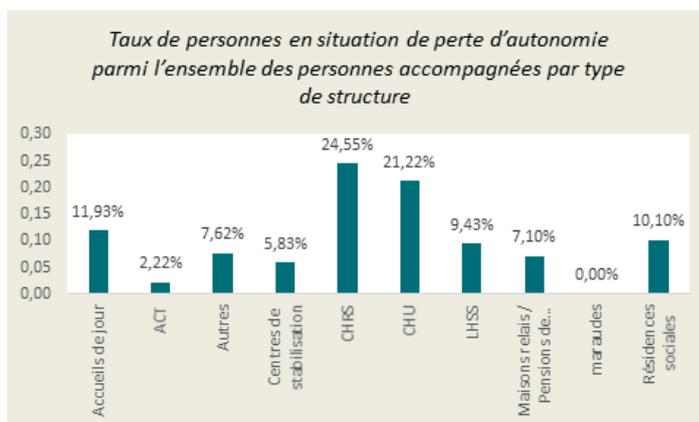
L'accompagnement de personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement est une problématique partagée par les différentes structures du secteur AHL.

Afin d'affiner l'analyse de ces réponses et d'identifier quelles structures sont le plus concernées par l'accompagnement de personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement, le graphique ci-contre présente la répartition des structure répondantes qui accompagnent ce public par type de structure. Ainsi, nous pouvons observer que des structures de tout type dans le secteur AHL sont confrontées à ce public.



Sur l'ensemble des structures répondantes, **901 personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement** sont accompagnées. Cela représente **9% de l'ensemble des personnes accompagnées par ces structures**.

Le graphique ci-contre présente le taux de personnes en situation de perte d'autonomie parmi l'ensemble des personnes accompagnées par type de structure. Ainsi nous pouvons observer que parmi les structures répondantes à l'enquête, **les CHRS et les CHU sont les structures les plus confrontées à la situation de perte d'autonomie liée au vieillissement** en proportion du nombre de personnes accompagnées<sup>1</sup>.



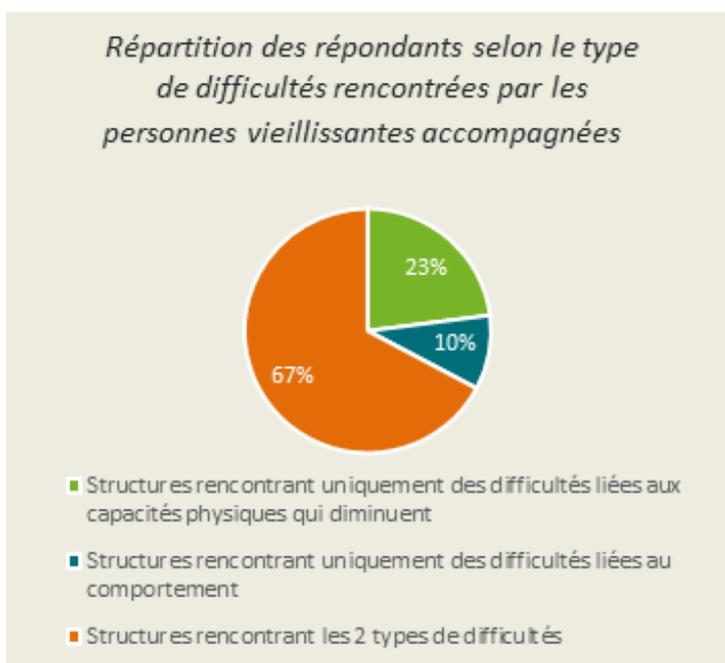
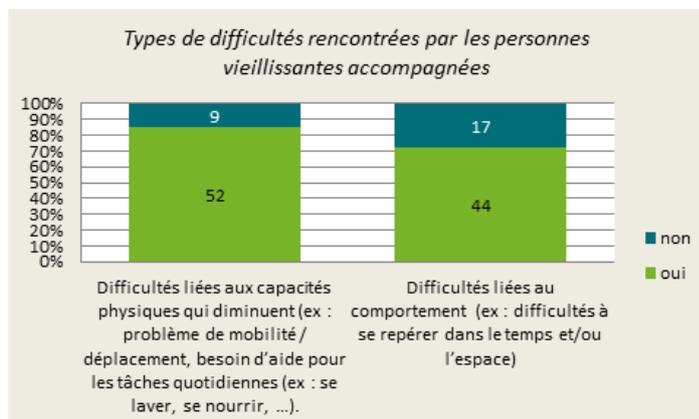
Base : 112 structures répondantes

<sup>1</sup> : Le taux présenté pour les maraudes n'est pas significatif, une seule maraude ayant répondu. Il en est de même pour les ACT et LHSS qui sont peu représentés dans l'enquête.

## Signes de perte d'autonomie observés chez les personnes vieillissantes accompagnées

Les graphiques ci-contre présentent les types de difficultés rencontrées par les personnes vieillissantes accompagnées illustrant les symptômes de perte d'autonomie des personnes.

Base : nombre de répondants accompagnant des personnes vieillissantes = 61 répondants représentant 81 structures

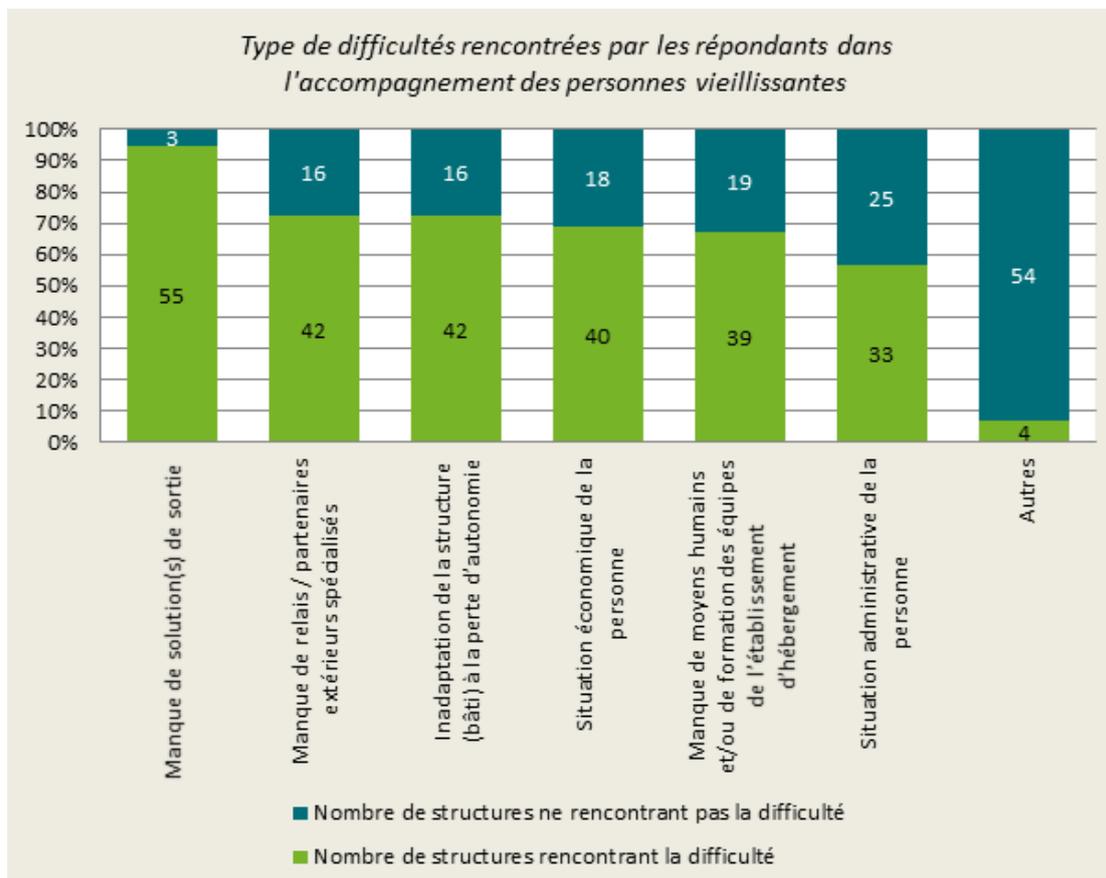


Base : nombre de répondants accompagnant des personnes vieillissantes = 61 répondants représentant 81 structures

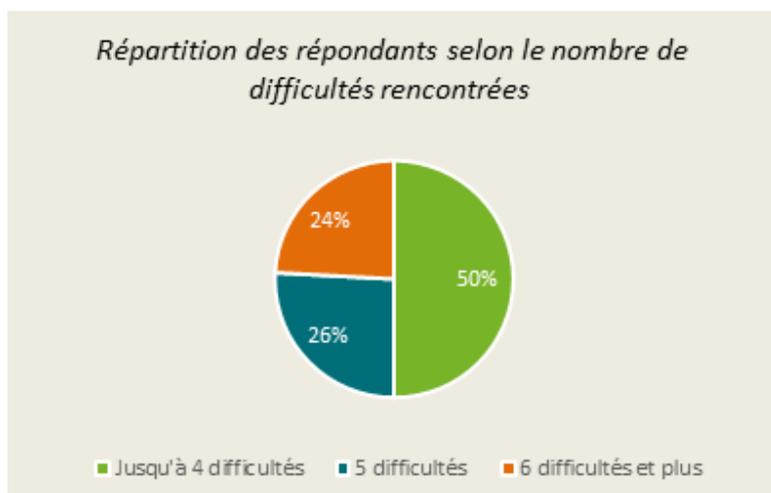
## Difficultés rencontrées par les structures répondantes dans l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie du fait du vieillissement

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a cherché au travers de cette enquête à identifier les difficultés rencontrées par les équipes des structures répondantes dans l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie du fait du vieillissement.

Parmi les structures répondantes accompagnant les personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie, **95% ont déclaré rencontrer des difficultés dans leur accompagnement.**



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes déclarant rencontrer des difficultés particulières dans cet accompagnement- 58 structures



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes déclarant rencontrer des difficultés particulières dans cet accompagnement – 58 structures

# ORIENTATION DES PERSONNES VERS LES STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES VIEILLISSANTES

## Types de structures pour personnes âgées sollicitées

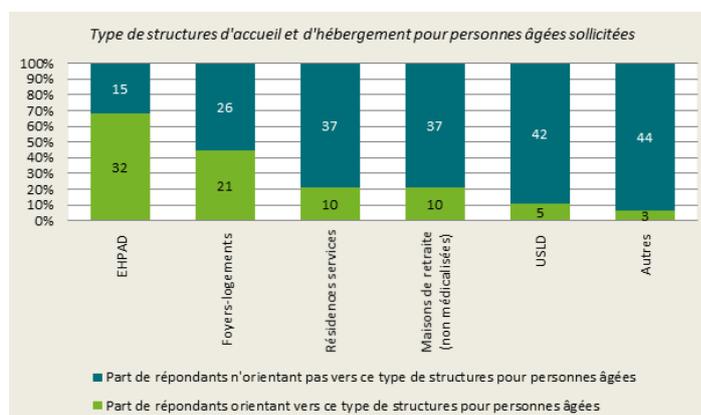
L'EHPAD est le type d'établissement sollicité par le plus grand nombre de structures répondantes en recherche d'orientation adaptée pour les personnes vieillissantes en situation de perte d'autonomie. C'est également la première orientation sollicitée en terme de personnes concernées comme le montre la répartition par type de structure sollicitée en proportions de structures sollicitées.

Les structures ayant sollicité des USLD (Unités de soins de longue durée) en vue d'une réorientation sont :

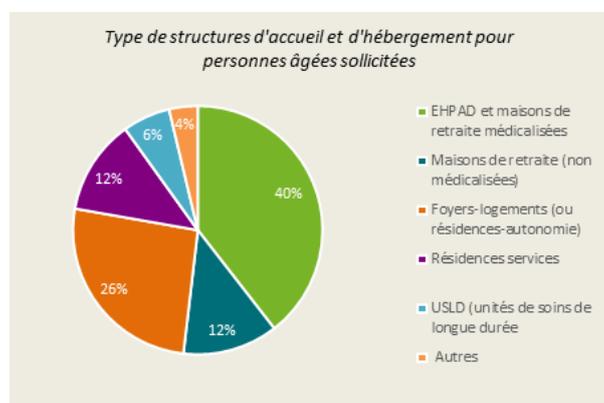
- ➔ 2 ACT
- ➔ 1 CHRS
- ➔ 1 centre de stabilisation
- ➔ 1 LHSS

Les « autres » structures pour personnes âgées sollicitées sont des petites unités de vie (PUV). Les résultats de la catégorie « maisons de retraite (non médicalisées) » sont à rattacher à ceux des rubriques « résidences services » ou « foyers-logements ».

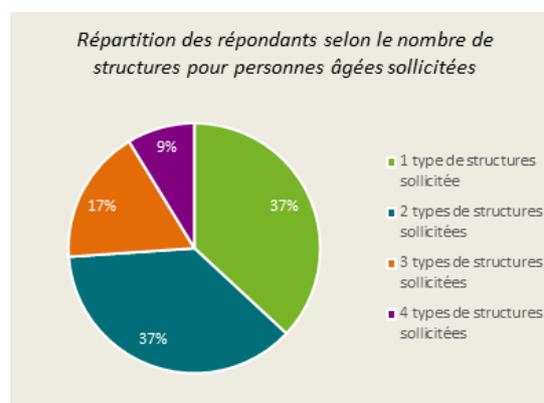
L'enquête a également permis de mettre en lumière le fait que plus de 60% des structures répondantes ayant sollicité des structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées ont sollicité plusieurs types de structures pour personnes âgées.



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation – 47 structures

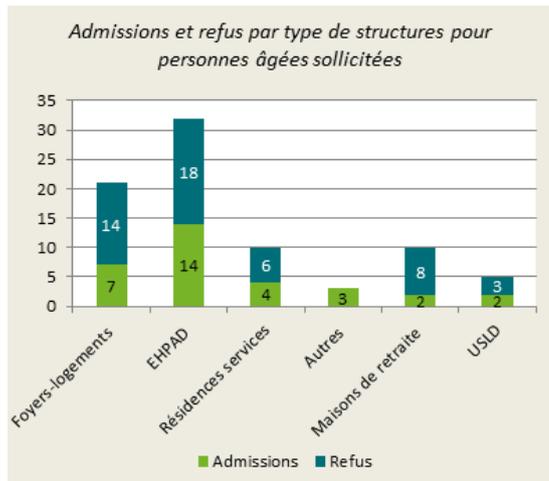


Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation – 47 structures

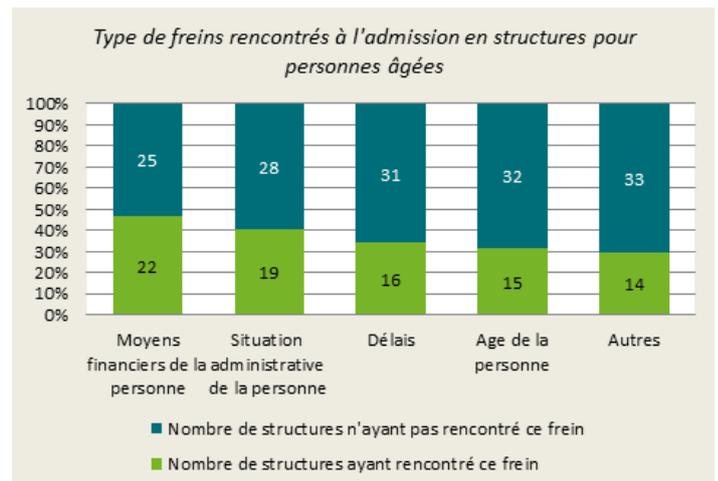


Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 47 structures

## Admission des personnes dans les structures pour personnes âgées sollicitées

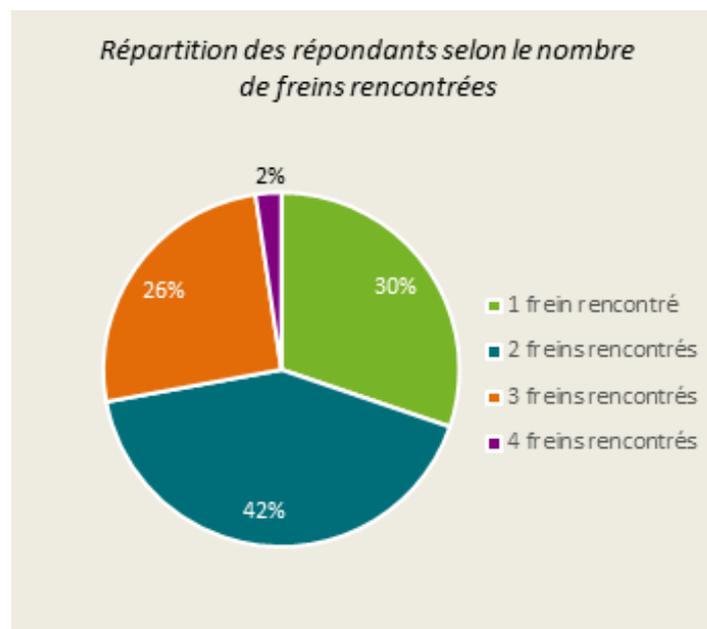


Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 47 structures



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 47 structures

Le graphique ci-contre présente les résultats des orientations sollicitées dans les structures pour personnes âgées en nombre de personnes admises ou refusées. Le graphique à suivre présente les freins rencontrés.



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 47 structures

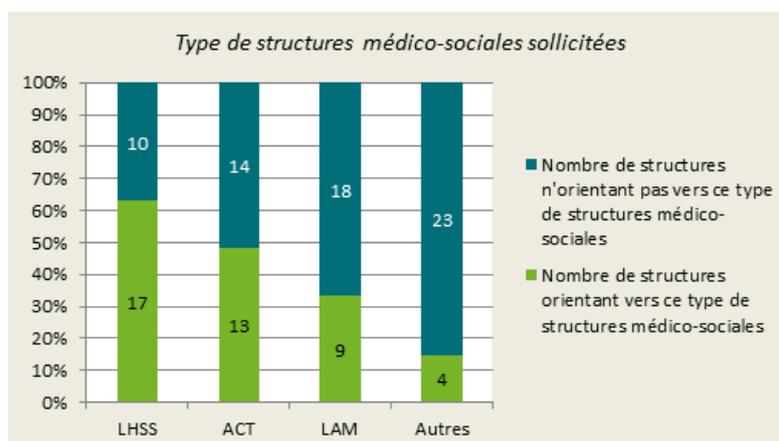
# ORIENTATION VERS LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES NON DÉDIÉES AUX PERSONNES ÂGÉES

Parmi les structures répondantes accompagnant des personnes vieillissantes, **44% ont sollicité les structures médico-sociales non dédiées aux personnes âgées en vue d'une réorientation.**

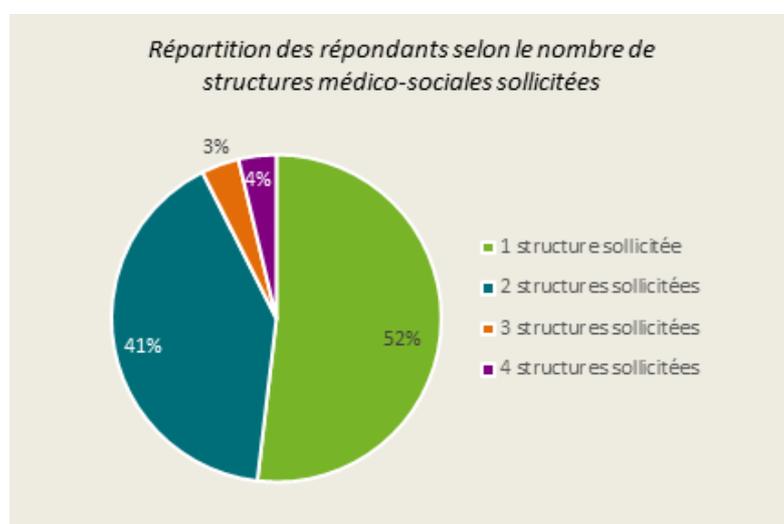
## Types de structures pour personnes âgées sollicitées

Les graphiques ci-contre présentent le type d'établissements sollicités par les structures répondantes ayant sollicité des structures médico-sociales non-dédiées aux personnes âgées ainsi que la répartition de ces structures répondantes selon qu'elles aient sollicité un ou plusieurs type d'établissements médico-sociaux.

La catégorie « autres » correspond à des structures médico-sociales pour personnes adultes en situation de handicap (MAS- Maisons d'Accueil Médicalisées et FAM- Foyers d'Accueil Médicalisés).

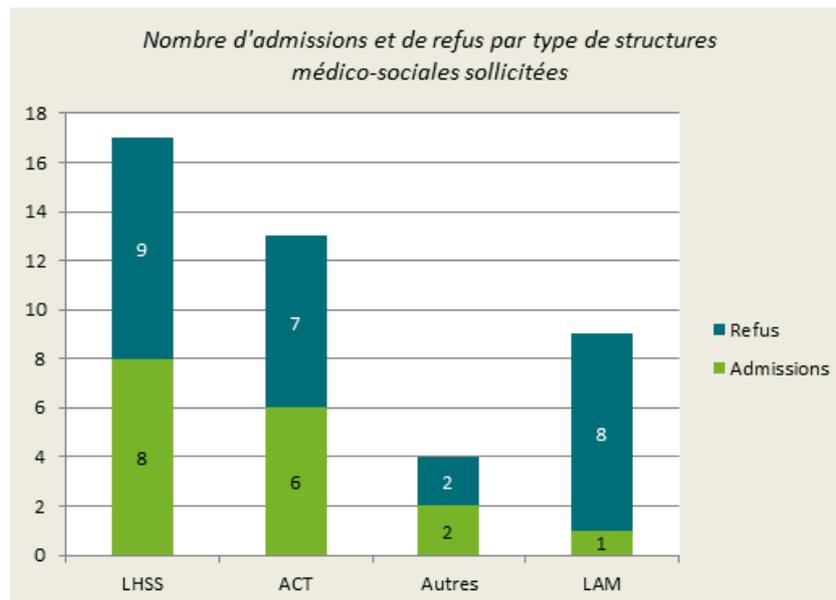


Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 27 structures



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 27 structures

## Admission des personnes dans les structures pour personnes âgées sollicitées



Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant sollicité les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une réorientation - 27 structures

Le graphique ci-contre présente les résultats des orientations sollicitées dans les structures médico-sociales non dédiés aux personnes âgées.

**A la question de savoir si les structures répondantes ont rencontré des difficultés dans cette orientation 71% ont répondu favorablement.**

Les freins rencontrés par les structures répondantes ayant sollicité une orientation dans une structure médico-sociale non dédiée aux personnes âgées sont les suivants :

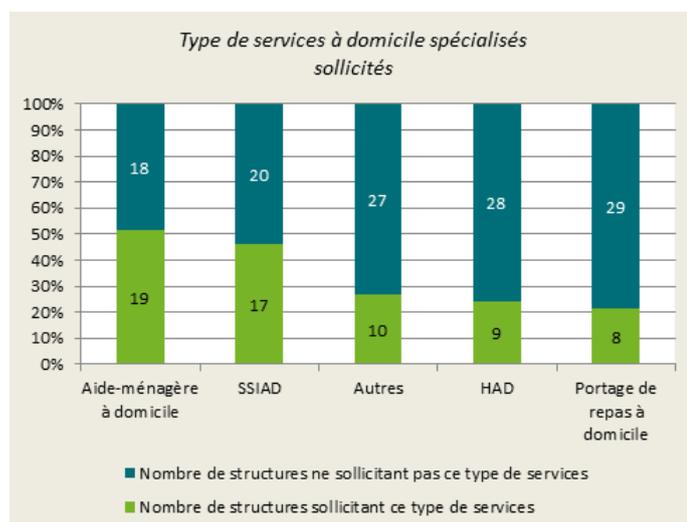
- ➔ Manque de place ;
- ➔ Problématique de santé de la personne trop lourde ;
- ➔ Addictions ;
- ➔ Adhésion de la personne ;

# INTERVENTION DE SERVICES D'INTERVENTION À DOMICILE

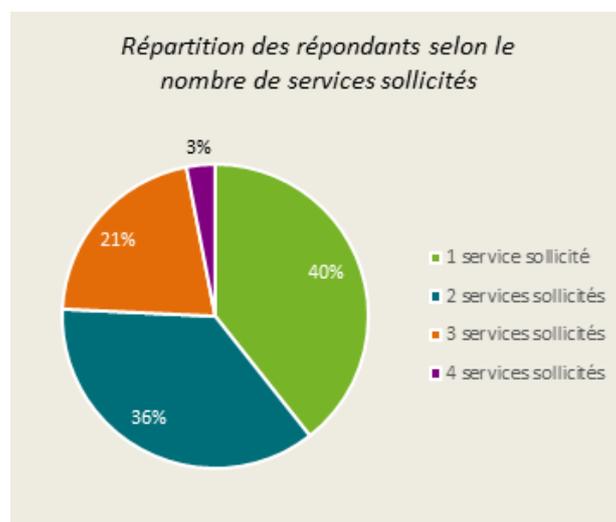
Parmi les répondants accompagnant des personnes vieillissantes, 61% des structures ont eu recours aux services d'intervention à domicile. Dans l'interprétation de ce chiffre il est nécessaire de prendre en compte le fait que près de 10% des structures répondantes accompagnant des personnes vieillissantes sont des structures sans hébergement.

Parmi les réponses des structures ayant recours aux services d'intervention à domicile, plus d'un quart (10 sur 37) ont indiqué avoir recours à d'autres services à domicile que ceux proposés par l'enquête il s'agit :

- ➔ De l'intervention d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) exerçant en dehors des SSIAD pour 4 structures ;
- ➔ Du service de portage de courses à domicile ;
- ➔ Des services à domicile spécialisés dans le champ du handicap (SAMSAH et SAVS) ;
- ➔ D'un service de kinésithérapie à domicile ;
- ➔ du service « tranquillité sénior » ;



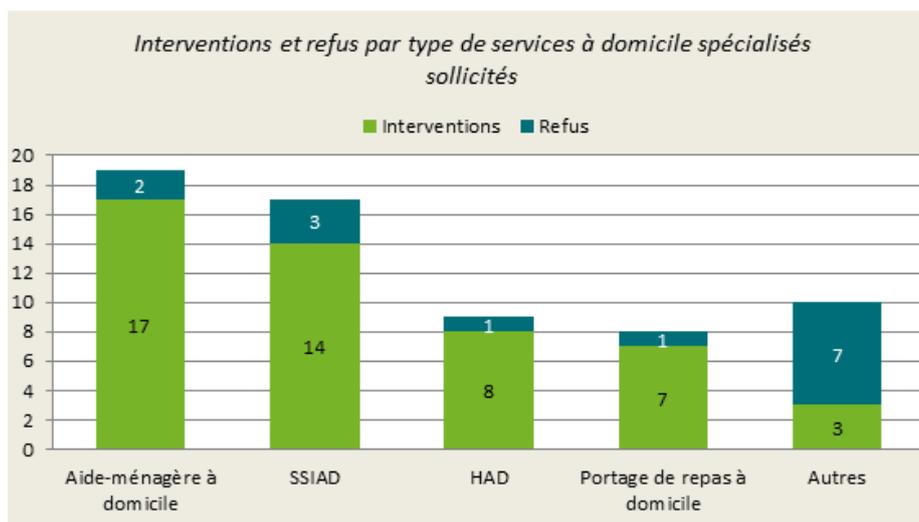
*Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant eu recours aux services d'intervention à domicile spécialisés pour les personnes vieillissantes - 37 structures*



*Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant eu recours aux services d'intervention à domicile spécialisés pour les personnes vieillissantes - 37 structures*

Certaines structures répondantes ont fait part de difficultés dans la mobilisation des services d'intervention à domicile. Cependant, le graphique ci-contre indique que le nombre de structures ayant observé des refus d'intervention de certains services à domicile est relativement faible outre les « autres services » à domicile détaillés ci-dessus.

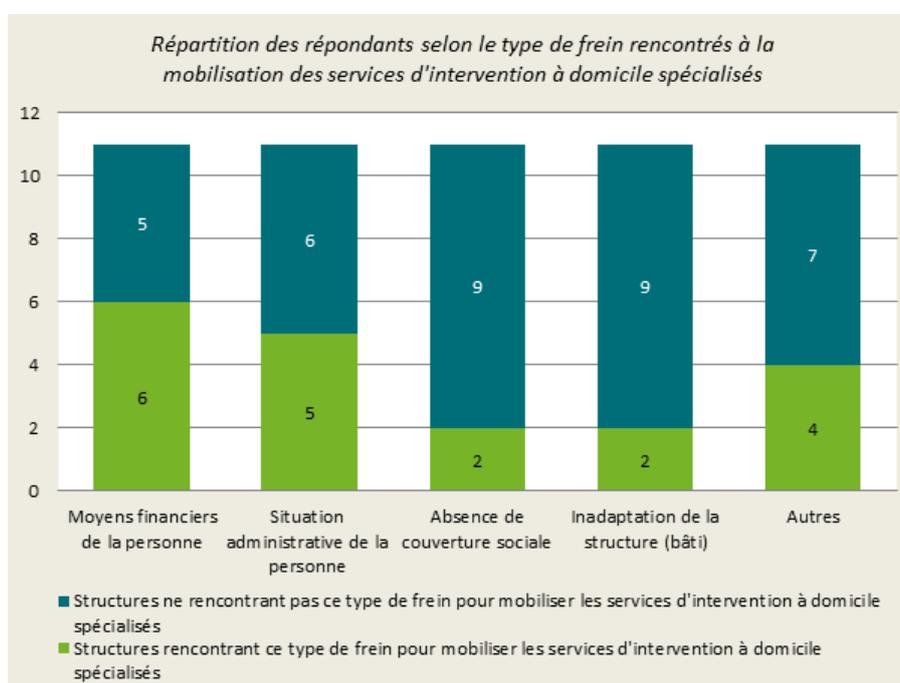
Il est toutefois important de relever que **68% des structures répondantes ayant réussi à mobiliser des services d'intervention à domicile sur leur structure ont déclaré avoir rencontré des difficultés dans cette mobilisation.**



*Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et ayant eu recours aux services d'intervention à domicile spécialisés pour les personnes vieillissantes - 37 structures*

Les structures n'ayant pas réussi à mobiliser les services d'interventions à domicile ont rencontrés différents freins présentés dans le graphique ci-contre. Les « autres » freins, non identifiés dans les propositions initiales de l'enquête mais relevés par les structures répondantes sont les suivants :

- ➔ Age de la personne pour la mobilisation du SSIAD
- ➔ Absence de reconnaissance du handicap pour les Service d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

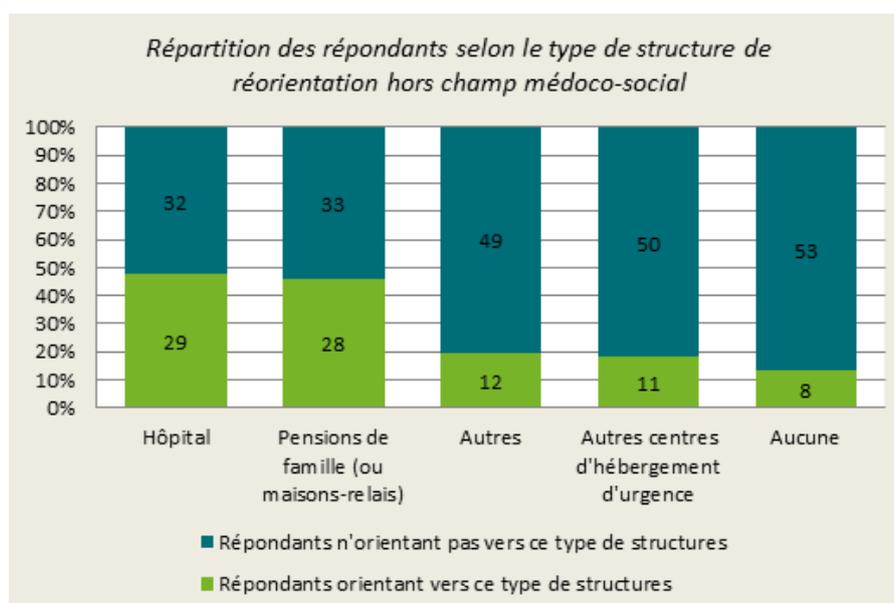


*Base : répondants accompagnant des personnes vieillissantes et n'ayant pas pu mobiliser les services d'intervention à domicile au sein de leur structure – 11 structures*

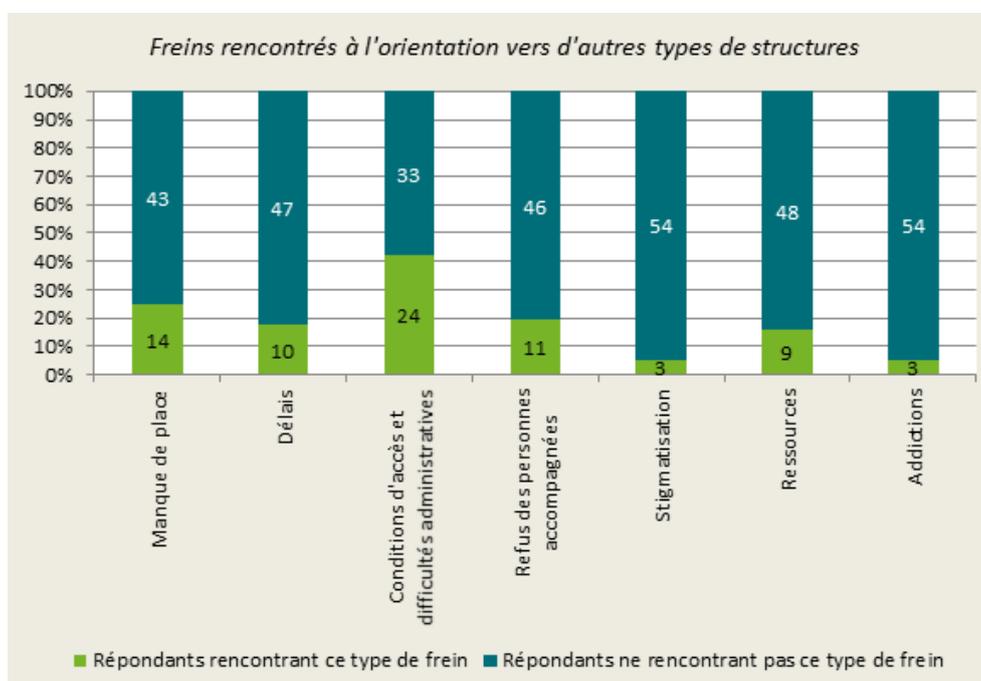
# ORIENTATION VERS D'AUTRES TYPES DE STRUCTURES

Parmi les répondants accompagnant des personnes vieillissantes seulement près de 87% orientent les personnes vers des dispositifs ne relevant pas du champ médico-social comme le montre le graphique ci-contre.

**Près d'un quart des répondants rencontrent des difficultés liées aux condition d'admission** dans leur orientation des personnes vers des structures hors champ médico-social.



Base : nombre de répondants accompagnant des personnes vieillissantes - 61 répondants



Base : nombre de répondants accompagnant des personnes vieillissantes orientant vers des structures hors champ médico-social et rencontrant des freins dans cette orientation - 57 répondants

# LIEN AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Parmi les répondants accompagnant des personnes vieillissantes, **80% réalisent l'accompagnement en lien avec le médecin traitant des personnes.**

L'unique frein dans l'accompagnement conjoint avec le médecin traitant remonté par l'enquête est l'absence de médecin traitant (12 structures sur les 12 ne réalisant pas l'accompagnement en lien avec le médecin traitant).



# NOTE

A series of 25 horizontal dotted lines for writing notes.

# NOTE

A series of 25 horizontal dotted lines for writing notes.

# REMERCIEMENTS :

La **Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France** tient à remercier toutes les personnes qui ont permis la tenue de cette journée et la réalisation de ces actes :

- **Toutes et tous les participant·e·s** à la journée du 14 décembre 2017 et tout particulièrement :
  - tou·te·s les intervenant·e·s ;
  - tou·te·s les animateur·trice·s et et rapporteur·trice·s d'ateliers ;
  - l'ARS Ile-de-France ;
  - la délégation départementale de l'ARS Paris ;
  - la DIHAL ;
  -
- **Toutes et tous les répondant·e·s à l'enquête** sur l'accompagnement des personnes vieillissantes en structure d'inclusion sociale.
- **Sophie Lascombe**, Présidente de la commission santé de la FAS Ile-de-France et **Charlotte Debackere**, Chargée de mission Santé – Migrants pour l'organisation de la journée
- **Adrien Joyeuse**, apprenti Graphiste – Communication à la FAS Ile-de-France pour la conception graphique



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

**Fédération des Acteurs de la Solidarité Ile-de-France**

82 Avenue Denfert – Rochoereau

75014 PARIS

Tel : 01 43 25 80 10

Fax : 01 43 15 80 19

[www.federationsolidarite.org/ile-de-france](http://www.federationsolidarite.org/ile-de-france)

