

## Journée vieillissement précarité Auvergne Rhône Alpes

Le 20 octobre 2021

### I. Introduction de la journée

#### Introduction de la présidente de la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne Rhône Alpes, Marisa Lai Puiatti

Remerciement des organisateurs (Fédération des acteurs de la solidarité et la plateforme vieillissement et précarité portée par le Groupement des possibles), remerciement des financeurs (Agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes et AG2R La mondiale).

Le vieillissement est un défi démocratique qui nous concernera tous un jour ou l'autre. Nous ne sommes pas tous égaux face à l'avancée en âge. Les différentes formes de précarité favorisent les exclusions. De plus, la précarité accentue un vieillissement prématuré qu'il soit psychique ou physique. Ces personnes se situent à la lisière entre plusieurs politiques publiques : âge, handicap et lutte contre les exclusions. L'âgisme (qui constitue toutes discriminations envers les personnes âgées) est une réalité en France, la stigmatisation à l'encontre des personnes âgées est présente. La pandémie a exacerbé les préjugés et stéréotypes liés à l'âge. Les distanciations sociales ont eu un impact certain sur la santé mentale, c'est encore plus vrai pour les PA, et pour les personnes précaires.

Concernant les discriminations liées à l'âge, le défenseur des droits a réalisé une étude en 2020<sup>1</sup> : Les personnes précaires, ayant un état de santé fragile, voire en étant en situation de dépendance sont plus nombreuses à déclarer des discriminations. Des inégalités de traitement persistent : critères d'âge, de santé, d'origine, de vulnérabilité. Phénomène d'intersection qui représente les inégalités de traitement liés aux critères d'âge, d'origine, santé. Il y a trois fois plus de discrimination entre une personne âgée d'apparence non blanche, et une personne âgée d'apparence blanche.

Les textes de loi bien que progressistes ne sont pas en phase avec la réalité. Les pouvoirs publics français ne développent pas une approche suffisamment inclusive concernant les personnes précaires. Se former à l'accompagnement des droits fondamentaux des personnes en situation de précarité est donc primordial. Cf. Rapport DDD<sup>2</sup>, rapport âgisme ONU<sup>3</sup>

<sup>1</sup> <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2021/10/etudes-et-resultats-difficultes-d'accès-aux-droits-et-discriminations>

<sup>2</sup> <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/dossiers/2021/09/personnes-agees-des-droits-fragilises-par-la-dependance-et-les-discriminations>

<sup>3</sup> <file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/9789240020528-fre.pdf>

## Présentation des organisateurs de la journée

**La Fédération** a pour habitude d'organiser des journées à destination des professionnels du champ de l'Accueil Hébergement et insertion (social). La particularité de cette journée est d'avoir une répartition homogène des participants entre les champs médico-social et social.

La fédération des acteurs de la solidarité est un réseau de lutte contre les exclusions. Elle dispose d'une fédération nationale et de déclinaisons régionales (associations indépendantes avec leur propre conseil d'administration). Au niveau de la région Auvergne Rhône Alpes, l'équipe est composée de 7 personnes travaillant sur différentes thématiques (culture, santé, emploi, participation, hébergement, travail social).

Les missions principales sont :

- L'animation de réseau du champ de l'exclusion
- La réalisation d'un plaidoyer nourrit par les échanges avec les adhérents
- Mission d'accompagnement, de formations (Organisme de Formation)
- Mission d'innovation à travers le portage de différents projets

**Du côté de la Plateforme VIP (Viellissement et précarité)**, sa particularité est de mettre au cœur les personnes concernées. Démarche lente et longue qui permet de s'adapter au mieux aux besoins du terrain et de s'appuyer sur les savoirs expérientiels. La plateforme travaille depuis plusieurs années sur la question de vieillissement,

- Accompagnement, mise en place d'ateliers
- Création de ressources accessibles à tous / module de formation
- Création d'un réseau dédié et décloisonné / groupe de travail interprofessionnel
- Changement de regard sur cette thématique

## Contextualisation de la thématique du vieillissement et de la précarité

Le vieillissement, un phénomène général en augmentation constante. C'est une situation qui touche tout le monde. La perte d'autonomie, la fin de vie sont des thématiques encore difficiles à évoquer tant en milieu professionnel, qu'en milieu familial.

Depuis les années 2000, il est constaté une évolution du cadre légal. Malheureusement, la spécificité de la précarité est souvent oubliée. Par exemple, la loi de 2015<sup>4</sup> est centrée sur l'aide à domicile et ressources familiales (hors champ pour le public qui nous intéresse : sans domicile, et isolé).

On voit bien que dans le cadre législatif, la difficulté à prendre en compte les besoins des personnes qui n'ont pas forcément de famille ou un habitat pérenne.

Le cadre théorique est flou, il favorise l'amalgame entre la pauvreté et la précarité. Aujourd'hui on se centre sur la précarité multidimensionnelle (lien sociaux, emploi, logement, santé...).

Exemples d'amalgames fréquents :

- « Pas vieux parce que pas 60 ans »
- « Pas précaire parce que logement »

« Les vieux » : administrativement en France ont plus de 60 ans.

Représentations sociales du vieillissement se divise en deux pôles :

- Pôle positif du retraité actif qui profite et est utile à la société
- Pôle négatif : personne âgée dépendante, qui coûte cher à l'état.

Ces représentations impactent les accompagnements proposés. Le vieillissement est conçu sur la perte qui conduit à la dépendance.

Différentes étapes :

- Passage retraite
- Statut de grands-parents
- Veuvage
- Entrée en institution.

Les politiques publiques sont basées sur ce schéma, or ce schéma ne correspond pas au parcours des personnes précaires (pas de retraite, mise en institution : pour déjà beaucoup de personnes âgées, isolées...). Il y a un décalage entre l'âge idéologique et l'âge réel de la personne. Ces situations sont complexes, préoccupantes et nombreuses au croisement de différents champs.

---

<sup>4</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

## II. Restitution de l'enquête : Besoins et ressources sur le territoire

### Les modalités

- Questionnaires envoyés aux services et structures sociales et médico-sociales de la région (100aine de réponses) EHPAD, résidences autonomes, services à domicile, coopératives...
- Etude composée d'entretiens, observations et immersions menées par des étudiants en Diplôme d'Etat en Ingénierie Sociale (auprès de 6 CHRS)
- Rencontres départementales : groupes de travail sur différents départements de la région
- Echanges et rencontres avec les filières gérontologiques de la région

### Répondants

- Equilibre homogène des réponses entre les services et structures des milieux ruraux et urbains
- Relais des filières gérontologiques qui a très bien fonctionné (de nombreuses réponses des structures gérontologiques).
- Des réponses disparates en fonction des départements. Complétude par des rencontres et aller-vers pour les départements moins représentés.
- Du côté de la gérontologie, difficulté à toucher les professionnels et soignants de terrain : 75% des réponses sont des directeurs structures.
- Du côté hébergement, tendance inversée, majoritairement des répondants travailleurs sociaux. La majorité exerçant en pensions de famille.

### Résultats communs gérontologie et hébergement

En moyenne, tout champs confondu : 89% des répondants constatent une évolution de leur public. Cette évolution est de nature différente en fonction des structures.

Du côté de la gérontologie : mise en avant de la dépendance du public, de l'évolution des problématiques sociales, d'isolement et des ressources. Il est constaté un public de plus en plus jeunes (au niveau des demandes).

Concernant le champ de l'hébergement, l'évolution concerne l'augmentation des problématiques et besoins nouveaux : de moins en moins de ressources et droits ainsi qu'une évolution de la moyenne d'âge.



### *Zoom gérontologie*

Au niveau de l'accueil en situation de précarité : les structures répondantes sont majoritairement des structures qui accueillent déjà des publics en situation de précarité. Les structures sont prêtes à accueillir ce public, (professionnels formés).

Pour celles qui ne les accueillent pas, différents motifs sont recensés :

- Pour une minorité : accueillir le public précaire, ne fait pas partie de leur compétence
- Pour la plupart : manque de formation, peu de ressources professionnelles dans et à l'extérieur des structures sur lesquelles elles peuvent s'appuyer.

Pour les structures qui accueillent déjà les personnes en situation de précarité, cela n'est pas sans impact sur les projets individuels et collectifs, sur les activités proposées. 61% des professionnels ne savent pas vers qui se tourner et se retrouvent seuls face à ces difficultés.

Au niveau de la gérontologie la question des partenariats est centrale. Il existe du travail en réseau mais il n'est pas majoritaire. De plus, ce sont des partenariats qui ne perdurent pas dans le temps, souvent par :

- Manque de temps
- Manque d'opportunité
- Manque de connaissance des acteurs
- Inquiétude concernant l'intégration des personnes en situation de précarité

Finalement, ce qu'on peut retenir en terme de besoins :

- Sensibilisation et formation des équipes : vieillissement, et précarité, mais aussi accompagnement des conduites addictives et troubles psychiques
- Partenariat : avec des professionnels de l'addictologie, champ de la psychiatrie mais aussi avec des organismes de tutelles.
- Ouverture de places pour les moins de 60 ans (aujourd'hui il est nécessaire de demander des dérogations)
- Soutien financier et humain, avoir du temps de professionnels en interne (ex : du temps d'Assistante Sociale mutualisé entre plusieurs EHPAD)



### *Zoom hébergement, logement accompagné*

La majorité des structures répondantes accueillent du public vieillissant (90%). A noter que ce sont principalement les pensions de famille qui ont répondu au questionnaire, mais également des Centres d'Hébergement d'Urgence et des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Les pensions de famille ont dû s'adapter au vieillissement. De fait, un glissement des compétences des professionnels du social vers le soin s'est opéré.

En CHRS, il y a une minorité de public vieillissant (en termes de nombre de situation) néanmoins, lorsque les professionnels y sont confrontés, ces situations demandent davantage de soutien, de temps d'accompagnement, de temps d'analyse de la pratique professionnelle. Au sein des pensions de famille, les résidents restent longtemps, pour beaucoup, jusqu'à la fin de leur vie. Dans ces structures, encore peu d'orientation vers les EHPAD sont engagées.

Ce vieillissement identifié dans les structures d'hébergement, de logements accompagnés vient impacter les pratiques : évolution des projets de vie (car initialement en CHRS, l'accompagnement des publics étaient centré vers des projets d'insertion). Au sein des centres d'hébergement, des pensions de famille, il y a peu de perspectives d'orientation vers des structures adaptées.

Bien souvent, en pension de famille, c'est la personne accompagnée qui fait le choix elle-même de vieillir et mourir dans la pension de famille. Il s'agit d'un endroit où la personne peut enfin se poser après des parcours fait d'allers retours entre rue, centre d'hébergement d'urgence, hospitalisation.

Du côté du travail social, de l'hébergement, du logement accompagné : ce qu'on peut retenir en terme de besoins :

- Des structures et espaces intermédiaires (Lits d'accueils médicalisés, Lits Halte Soins Santé)
- Des solutions concrètes pour les personnes à droit incomplet/ pas de ressources
- Développement des partenariats interprofessionnels
- Echanges entre professionnels du secteur social, et personnes accompagnées et soulever les « non-dit » et tabous autour de la perte d'autonomie
- Adaptation des locaux/ PMR
- Formation spécifique, notamment sur l'accompagnement à la fin de vie

Pour résumer



### III. La table ronde

#### Les intervenants

Séverine Supiot, infirmière à l'équipe mobile gériatrie, Drome

Isabelle Defaye, cadre de santé à l'EHPAD Les Collombes, Isère

Christian Nony, Bénévole au collectif morts de la rue et personnes isolées, Isère

Thierry Besson, éducateur spécialisé au Samu social de Lyon, Rhône

Hélène Jarousse, directrice EHPAD Maison fleurie et CHRS à France horizon, Rhône



Audio témoignages des personnes concernées sur le vieillissement et la fin de vie (voir audio PJ mail)

On ne parle pas assez des vieux à la rue... 😞

Ce qui me fait réellement peur c'est la souffrance et de me retrouver en EHPAD

On étaient précaires, maintenant vieux... tu parles d'un tableau... c'est la double peine.

Pour ne pas vieillir trop vite, il faut rester actif !

C'est l'isolement qui fait peur !

Il n'y a pas d'âge pour être vieux !

Mon corps il s'est abîmé trop tôt ! C'est la rue, le froid, l'alcool qui font ça ...

Les endroits médicalisés ce n'est pas pour moi...



## Les points abordés par les intervenants

Les professionnels de santé en EHPAD sont peu formés pour accompagner des publics précaires.

**Respecter le rythme de chacun** : ce sont des personnes pour lesquelles on ne peut pas faire n'importe quoi, puisqu'elles ne se laissent pas toutes « faire ». Personnes subissant leur précarité, parcours de vie difficile mais personnes s'attachant à faire respecter leur dignité.

**Enjeu de la confiance** : Les amener vers le soin.

**Peur et liberté** : Peur des professionnels face au public précaire. Il y a un « Mur de Berlin » entre le secteur social et le secteur médico-social. Comment mettre ensemble les compétences et la diversité au service des personnes à la rue ou en précarité.

**Faciliter le décroisement** : IDE avec postes partagés (Accueil de jour & dispositif d'équipes mobile en gérontologie). Grâce au découpage des postes, le décroisement a été spontané puisque l'IDE travaille avec des travailleurs sociaux sur les aspects sociaux. Il est important de faire connaissance les uns et les autres (des dispositifs, des personnes physiquement) – « bricolage » dans sa pratique (pour prise de rdv...)

En EHPAD, les professionnels ont des rythmes de travail importants or il faut du temps pour former les équipes aux questions précarité.

- « Le social ne s'attend pas à ce que les personnes vieillissent »
- « Le médical ne s'attend pas à accueillir des personnes précaires »

« Le lieu », espace publics et investi par les personnes sans domicile et en situation de précarité à Grenoble : espace de parole collectif qui se réunit tous les mois. Choix du thème du mois de juin 2021 : **la mort et l'accompagnement péri mortem**.

Compte rendu : [https://lieugrenoble.files.wordpress.com/2021/09/cr-parlonsen\\_mort\\_juin21\\_web-1.pdf](https://lieugrenoble.files.wordpress.com/2021/09/cr-parlonsen_mort_juin21_web-1.pdf)

Cf. Podcast complet de 2h, radio disponible sur le site du Lieu



Au Samu Social de Lyon, il est recensé une vingtaine de décès chaque année. Initialement, lorsqu'il y avait un décès, les intervenants sociaux du Samu social s'impliquaient de manière individuelle. Puis, une réflexion s'est engagée entre les professionnels du Samu social : comment être « plus collectifs et solidaires » dans ces moments, quels impacts personnels des Intervenants sociaux ?

Lors de ces réflexions, chacun est amené personnellement à se questionner sur son rapport à la mort. Normalement, en maraude, les professionnels devraient rencontrer temporairement les personnes mais finalement il y a un accompagnement sur la durée. Ce sont des personnes qui sont fâchées avec les institutions. Les personnes savent quand elles ne vont pas bien mais elles refusent d'aller à l'hôpital, car au fond il y a une peur de la mort, du cimetière.

Réflexion commune s'est donc engagée en lien avec l'orspere-samdarra.

Une formation **d'une semaine autour de la mort** a eu lieu : annonce de la mort (la nouvelle ne sera jamais écrite de manière anonyme), organisation des funérailles (dire que la personne est décédée à l'oral, temps de recueillement au Samu social (parler de la personne, de ce qui a touché l'équipe... Se rappeler pour se soulager), temps de recueillement, registre de témoignages où l'on peut écrire un mot, une phrase sur la personne décédée. Cela a beaucoup aidé le Samu social à la fois personnellement et collectivement. « La fin de vie et après », constitue un axe de projet de service : travail autour de la mort (posture, accompagnement funérailles), partenariat avec « L'autre Rive ». Le Samu social peut aussi avoir un lien avec les familles.

En fonction des situations, un temps de recueillement avec les gens de la rue peut aussi avoir lieu. Le fait d'inscrire des choses dans le souvenir, ça met du mouvement.

Le Samu Social travaille également beaucoup avec les communautés (par exemple polonaise).

**Collectif des morts de la rue** : 2 enterrements sur 22 où des proches de la personne décédée étaient présents. Pour les autres, seuls des membres du collectif des morts de la rue étaient présents. Rapprochement de la plateforme VIP pour pouvoir agir, pour que, de leur vivant, on puisse rédiger des directives de fin de vie et d'enterrement. La prise en charge des gens à la rue ne s'arrête pas au décès, mais jusqu'à l'enterrement. **Notion de respect des volontés de la personne.**

Auparavant (à Grenoble), les personnes de la rue qui mourraient à l'hôpital étaient bien souvent enterrées nues. Il y a eu une bataille avec l'hôpital pour que cet usage change. Le collectif fournit des vêtements désormais. Pour le collectif, il s'agit de ne pas abandonner la personne à sa mort, de l'accompagner l'enterrement, la dernière étape.

En EHPAD également, la mort impacte les soignants. Une situation avait notamment touchée les soignants. C'était un homme avec un parcours de rue, un passage en prison, qui avait un passé plutôt agressif avec la société. En EHPAD, une fois la période d'intégration passée, il s'agissait d'un homme très attachant. Il avait été mis sous tutelle. Suite à une insuffisance respiratoire, il a été hospitalisé et est finalement décédé à l'hôpital. Or il a été impossible de savoir ce que souhaitait cet homme, ni quand est-ce que ces obsèques ont eu lieu malgré les appels des soignants à sa tutrice. Pour l'équipe cela a été une souffrance de ne pas savoir, d'avoir laissé cette personne seule.

Une fois la différence acceptée dans l'EHPAD, les soignants deviennent une famille.

Dans le cadre de l'équipe mobile, convention tripartite signée par la personne entrant dans le dispositif équipe mobile. La personne est interrogée sur le choix de la personne de confiance, sur ses directives anticipées. C'est très aidant. Des places sont réservées à l'EHPAD pour les personnes qui sont accompagnées par l'équipe mobile. Le décroisement se fait peu à peu via des liens entre l'équipe mobile, l'hôpital et l'EHPAD. L'organisation des obsèques se fait avec toutes les équipes. Possibilité de renouer avec la famille = **Enjeu de coordination.**

En EHPAD, les choses sont structurées au niveau de la mort, hors question de la mort revisitée post Covid car les rituels ont été bafoués. En CHRS, c'est beaucoup moins organisé, il y a deux types de décès : décès subis (on retrouve la personne morte dans son domicile) et l'accompagnement de la fin de vie. Il y a plusieurs

façons d'accompagner les décès, tant sur un plan psychologique, que social pour les résidents. Pour les intervenants sociaux, il est important de connaître les rites, religions, directives anticipées. Cela permet d'être certain de respecter les volontés de la personne.

Anonymisation : prise de pouvoir. Or, **prise en compte des pairs** (transmission orale par les pairs, proches de la rue importante +++)

### Les échanges avec la salle

*Question pour le Samu social : Transmission par les pairs/ quand est-ce que vous déclencher le travail avec les personnes sur les directives anticipées ?*

Part d'interprétation de la part du Samu Social sur les questions directives anticipées, fin de vie. Questions compliquées à aborder par les professionnels. En revanche les personnes envoient des signaux, il faut les saisir pour ouvrir la brèche. Finalement, ce n'est pas si compliqué d'aborder la thématique, les personnes sont demandeuses.

*Directives anticipées : comment elles sont conservées ?*

Stockage des directives anticipées : elles peuvent être dans le dossier médical partagé, mais il est souvent peu à jour. Pour EHPAD : Directives anticipées sujet souvent lors d'une altération de l'état de santé général. Elles sont notées dans le dossier informatisé du résident. S'il y a une hospitalisation : transmission au service des urgences.

Pour l'équipe mobile : dispositif en expérimentation, donc il y a encore peu de places ouvertes. Les places concernent notamment des personnes sur la pension de Famille. Les directives anticipées sont stockées dans les dossiers généraux de la pension de famille. Quand il y aura développement de l'Equipe mobile vers les CHRS, Cela nécessitera une réflexion autour du stockage et de la transmission. Il y a quelque chose à inventer pour réceptionner les informations du public errant : parfois les infos ont été récoltées, mais ne suivent pas la personne, restent dans l'institution...

Transmissions des informations du Samu Social vers les CHRS (travail fait en amont par le Samu Social) : aujourd'hui il n'y a pas de continuité de ces éléments vers le CHRS. Comment pourrait-on imaginer **un outil** pour éviter cette perte d'information ?

Aborder les directives anticipées, c'est assez difficile, surtout pour l'entourage : on peut se donner un peu de temps avant de l'aborder, et ne pas le faire à l'arrivée d'un résident. Sur la question des directives anticipées, avec les personnes en situation de précarité, il faut donner de soi. On ne peut pas travailler avec les personnes, sans avoir fait ce travail sur soi. Il est nécessaire de mener ce travail de manière individuelle et en équipe.

Les personnes accompagnées demandent aux professionnels : « Et toi, tu as fait quoi là-dessus ? tu as réfléchi ? Il faut se mouiller un peu en tant que professionnel ».

Sur la question de la sauvegarde des directives anticipées, il y a du travail. On peut prévoir une carte avec les numéros des personnes ayant les informations sur les Directives Anticipées. Il faut prendre l'habitude de poser ces questions.

C'est un travail qui prend du temps : pour faire avancer les mentalités, réunir les acteurs locaux sans oublier les pompiers, la police municipale. C'est une affaire de patience et de temps, car au début les partenaires ne viennent pas en réunion.

**En EHPAD** : seul secteur santé où l'on peut embaucher des personnes non diplômées. Il y a un travail de résonance à réaliser par rapport aux cultures, croyances et religions. Il est primordial de prendre soin des professionnels aussi. Ils viennent de traverser et traversent encore une période de stress due au Covid-19.

Concernant le Dossier Médical Partagé, la MAIA travaille sur le dossier patient connecté. C'est un outil pour pouvoir stocker de la donnée sécurisée et la récupérer quand on en a besoin.

*Vers un glissement des missions en CHRS ?*

**En théorie en CHRS, il est proposé un accompagnement vers l'insertion socio-professionnelle. On n'est pas censé voir des gens mourir en CHRS. Pourtant, en pratique, on meurt en CHRS...** il faut être pragmatique. Il faut qu'on prépare la fin de vie. Le travail de lien, de partenariat avec le médico-social est long, trouver des solutions pour les personnes c'est long aussi.

*Aujourd'hui, qui a accès au Dossier Médical Partagé ?*

Seul le personnel médical y a accès. L'utilisateur peut le faire et donner l'accès s'il le souhaite au travailleur social ou lui communiquer ces aspects.

Il faut noter que d'aller consulter le Dossier Médical Partagé, n'est « pas le réflexe à l'hôpital »

Une réalité du terrain constatée: la personne de confiance n'est pas toujours informée de sorties d'hospitalisation de la personne par exemple.

La personne de confiance doit avoir un exemplaire des directives anticipées de fin de vie.

➔ **Nécessité de création d'outils et stratégie de communication.**

**SIAO** : projet de décroiser l'AHJ / Médical.

Anonymat et secret partagé/pro : à revoir.

Représentations de professionnels erronées.

Une conclusion humoristique !

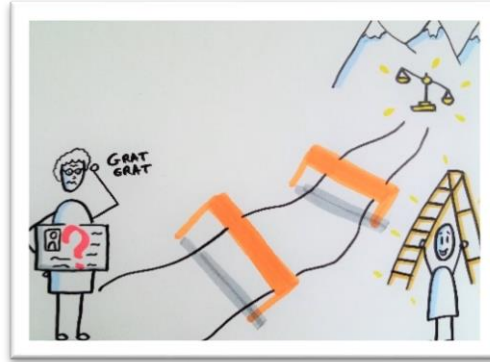


En bref, durant la matinée nous avons parlé de ça ...





v. Les ateliers de l'après-midi en facilitation graphique



**COMMENT GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DES DIRECTIVES DE FIN DE VIE ?**

il faudrait mettre les papiers type Contrat Obsèques avec le livret de Famille

Pour l'entourage ça peut être **TABOU**

il faut en parler mais comment? en individuel? en collectif? rendre la discussion obligatoire?

Grosse responsabilité d'être personne de confiance

Rédiger ses **DIRECTIVES** demande un accompagnement

Et toi, tu es pour ou contre la sédation profonde?

L'interprétation des volontés du défunt peut susciter des débats en équipe

**COMMENT FAVORISER L'ACCÈS aux DROITS des PERSONNES en situation ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE ?**

IMPORTANT de l'accès à un **LOGEMENT DIGNE**

Entremêlement parfois absurde des problématiques

monsieur pour travailler il faut des papiers! monsieur pour avoir des papiers il faut travailler!

Difficile de recueillir des preuves de présence

Pourtant je suis en France depuis 20 ans!...

**COMMENT REPÉRER LA PERTE D'AUTONOMIE & Quelles aides mobiliser ?**

il est POSSIBLE de faire un **BILAN MÉDICAL**

L'ISOLEMENT COMPLIQUE les SITUATIONS

IMPORTANT D'UN **RÉSEAU DE SANTÉ**

Allo? Qui?

Je suis désolée mais vous ne rentrez pas dans les cases...

Selon les situations, il peut être compliqué de débloquer des aides financières

**COMMENT ACCOMPAGNER L'ISOLEMENT DES personnes vieillissantes PRÉCAIRES ?**

L'ISOLEMENT est un problème de santé publique

**JE SUIS SEUL-E**

L'ISOLEMENT TUE

Heu... Va quelqu'un?

La démarche d'**ALLER VERS** peut parfois s'apparenter à un jeu de cache-cache

IMPORTANT de la **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

même si on ne sait pas quand elle vont arriver!

## Atelier 1 : Comment garantir la prise en compte des volontés de la personne et ses directives de fin de vie ?

### Retour sur la situation de Monsieur H

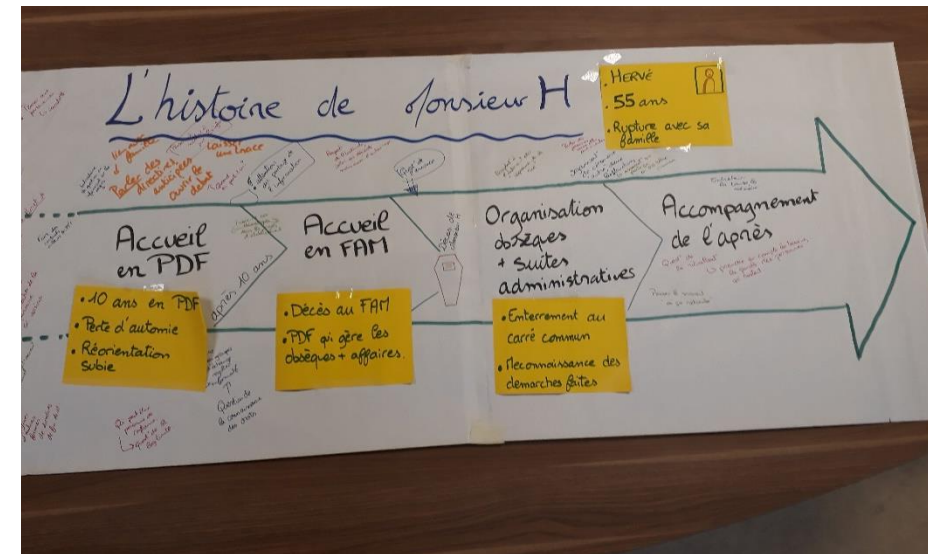
C'était un homme de 55 ans, en rupture familial depuis de longues années.

Après 10 ans passés en Pension de Famille, les professionnels le réorientent en Foyer d'Accueil Médicalisé, parce qu'il n'est plus autonome dans son logement. Il ne souhaitait pas vraiment cette réorientation.

Quand Hervé meurt 1an après sa réorientation, le FAM en informe la Pension de Famille. Et c'est l'équipe de la Pension de Famille qui a organisé les obsèques et faire le tri des affaires sans rien savoirs de ses volontés.

Quelque temps après, nous avons découvert que Hervé avait une place dans un caveau familial, mais comme on ne le savait pas, il a été enterré au carré commun.

Ce moment a été compliqué et violent pour nous tous, résidents comme professionnels.



### Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré/fait autrement ? Quelques points de vigilance

#### Avant le décès :

- Ouvrir le dialogue sur ces thématiques là avec les résidents et écrire les choses (accompagner la rédaction des volontés (médicale, d'enterrement), animer des cafés/petits déj' mortels, proposer des informations collectives sur les droits ...).
- Etre vigilant à où se trouvent les infos et comment elles sont transmises à qui (qd réorientation par exemple, quelques conseils pour pouvoir retrouver les infos : les mettre dans le livret de famille s'il y en a un, à savoir : dans certains cas un contrat passé avec les pompes funèbres intercommunales est plus facile à retrouver qu'un contrat passé avec une banque)
- Anticiper la question au niveau des pro (connaissances des droits, rapport de chacun à la mort, posture pro ...) + inscrire ces thématiques dans les projets d'établissement

#### Au moment du décès :

- Penser à mobiliser les partenaires (ex : curatelle),
- Se rapprocher des proches de la personne pour avoir des infos (famille mais aussi voisins, commerçants du coin ..)
- Penser la question de l'annonce (/!\ il n'y a aucune obligation à prévenir la famille)

#### Après :

- Info sur l'organisation des obsèques : il existe la possibilité de faire des obsèques civiles, hors des lieux dédiés pour ça. Si le souhait du défunt était d'être incinéré, la mairie se doit de respecter cela même si la personne est sans ressources. Le non-respect des directives funéraires est puni par la loi. Impossibilité d'interdire l'accès de quelqu'un aux obsèques.
- Travailler auprès des familles et des proches sur l'acceptation des « copains de la rue lors de la cérémonie. Proposer d'autres types de cérémonie pour ceux qui restent ( possibilité d'organiser des temps hors obsèques).
- Ritualiser cet après
- Penser le moment « où ça retombe », l'anticiper (ce n'est pas Parce-qu'on n'en parle plus que ça va).

Outils présentés : <https://plateforme-vip.org/ressources/>



## Atelier 2 : Comment favoriser l'accès aux droits des personnes en situation administrative précaire ?

**Qu'est ce qui est entendu par « personnes en situation administrative précaire » ?** Dans ce GT, nous employons ce terme pour qualifier toutes personnes ne disposant pas de titre de séjour et/ou ayant des droits incomplets (seulement Aide Médicale d'Etat).

**Des constats sombres :** Très peu de solutions pour les personnes sans droit dans l'accès aux structures spécialisées et à une prise en charge adaptée. Les personnes sont bloquées dans des situations complètement inadaptées à leurs besoins, avec une perte d'autonomie sans aucune perspective et des problématiques de santé.

Sujet qui met en difficulté à la fois les professionnels par un glissement des missions du social vers le soin, les centres d'hébergement car les personnes n'ayant pas de perspective de sortie « bloquent » les places et met en difficulté les personnes concernées avec un manque de prise en charge adaptée, des locaux non adaptés, précarité ++.

### Tableau des « profils » de qui on parle ?

<b>Profils</b>	Personnes arrivées sur le territoire il y a plus de 50 ans de manière régulière	Les personnes ressortissantes de l'UE	Personnes en situation de démence	Les personnes en vieillissantes, étrangères, non ressortissantes de l'Europe. Arrivée récente en France, déboutée ou sans droits.
<b>Spécificité des situations</b>	Acquis un titre de séjour il y a longtemps, perte du titre suite à situation de rue. Problème du manque de preuve de présence pour une nouvelle demande.	Pas de droit au séjour possible sans ressources/travail. Pose donc problème pour les personnes vieillissantes.	Personnes démentes et isolées : perte de souvenirs. Personnes pour lesquelles il est difficile de retrouver les documents attestant de la présence sur le territoire, voire de l'identité.	En situation irrégulière, ne peuvent pas prétendre à un accès à un logement ou à un établissement/lieu de vie adapté à leurs difficultés.
<b>Points de vigilance</b>	Comment on travaille sur les preuves de présence ? La domiciliation : un levier.	Voir pour titre de séjour, soin, étranger malade ou protection contre éloignement.	Difficulté à prendre en compte les volontés et l'histoire.	Possibilité de mettre en place des SSIAD

### Les leviers ou droits potentiels ?

Détail des droits potentiels sur ce document : <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/11/Fiche-technique-Personnes-en-situation-administrative-precaire.pdf>

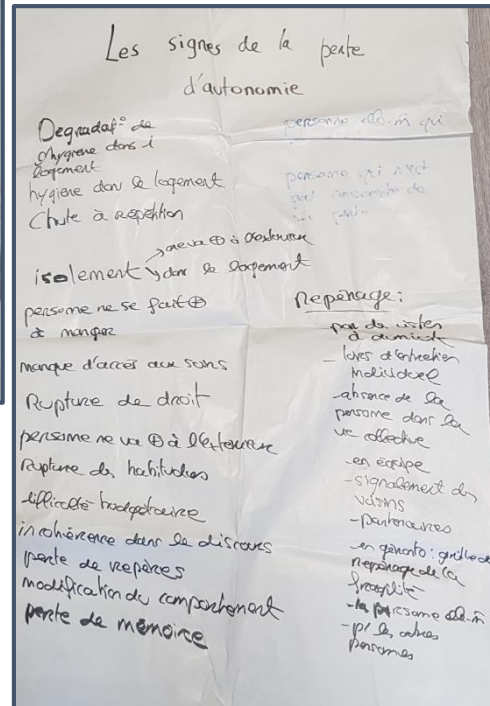
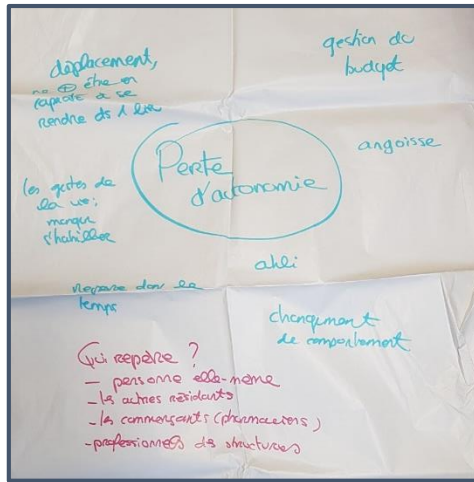
Droits à la retraite : <https://www.gisti.org/doc/publications/2004/sans-papiers/retraite.html>

Les initiatives à développer : Les dispositifs de coordination type interface, Alliance, DOC SMS. **Les dispositifs de dons :** les petites sœurs des pauvres.

### Atelier 3 : Comment repérer la perte d'autonomie et quelles aides mobiliser ?

Brainstorming : quels sont les signes de la perte d'autonomie selon vous ?

Quelles fonctions observer pour évaluer la perte d'autonomie ?



Ces fonctions ont été identifiées en s'inspirant de la grille Aggir.

Des fonctions<sup>5</sup> pour lesquelles, il convient d'avoir une attention particulière :

<b>Les transferts</b> : se lever, s'asseoir, se coucher, passer d'une position à une autre, y compris avec une aide matérielle
<b>Déplacement à l'intérieur</b> : se déplacer de façon autonome à l'intérieur de son logement ou de la structure sans risques
<b>Déplacement à l'extérieur</b> : se déplacer de façon autonome et sans risques à l'extérieur de son logement ou de la structure
<b>Toilette</b> : effectuer sa toilette tant sur le haut du corps que le bas de corps
<b>Elimination urinaire et fécale</b> : L'autonomie de la personne dans l'utilisation des toilettes ou des protections
<b>Alimentation</b> : se servir de manière autonome, à porter les aliments à sa bouche et à avaler de façon autonome
<b>Habillage</b> : s'habiller seule de manière adaptée
<b>Orientation dans le temps et l'espace</b> : se repérer dans le temps et dans les lieux habituels de vie et nouveau
<b>Cohérence dans le comportement et la communication</b> : agir de façon cohérente, logique et sensée par rapport aux autres, réagir de manière adaptée

<sup>5</sup> Guide « Accompagner les personnes précaires vieillissantes et/ ou en perte d'autonomie », Outils à destination des professionnel.le.s du secteur AHI et des structures médico-sociales de soins résidentiels

Discussions autour de deux mises en situation : quelles aides humaines, réseaux, financières et matérielles mobilisées ?

### Profil 1 :

Une femme âgée de 59 ans, bénéficiaire du RSA.  
Vit en pension de famille au troisième étage  
Elle rencontre des difficultés pour se déplacer (béquilles) et s'orienter dans l'espace.  
Elle est dans l'incapacité de pouvoir faire ses courses sans être accompagnée.  
La buanderie se trouvant au sous-sol, avec un accès par un escalier en colimaçon, Mme ne peut faire ses lessives.  
Elle entretient son logement avec soin et aime particulièrement cuisiner.

**Aides humaines et réseaux :** demande d'aide à domicile, auxiliaire de vie, équipe de la pension de famille, bénévole, MAIA, Référent RSA, médecin traitant, bailleurs sociaux, réseau familial, autres résidents de la Pension de Famille, faire un bilan et un bilan d'ergothérapeute via un réseau de santé, consultation mémoire, passage infirmier à prévoir

**Aides financières :** Prestation de compensation du handicap (madame a moins de 60 ans), évaluation médicale pour l'Allocation aux adultes handicapés, Aide personnalisée au logement

**Aides matérielles :** téléalarme, téléphone, changer de logement au sein de la pension de famille pour que Madame soit au Rez-de-chaussée, machine à laver dans chaque logement, mise en place de support visuel, portage de repas, bracelet « anti-chute »

### Profil 2 :

Homme, âgé de 79 ans.  
Il vit en logement autonome, après un parcours de vie difficile (35 ans de rue).  
Il bénéficie d'aides à domicile une fois par semaine pour l'accompagner dans l'entretien de son logement. Malgré tout, Monsieur souffrant d'incurie (accumulation et saleté) son logement reste indécemment et les aides à domicile ne souhaitent plus intervenir.  
L'état de santé de Monsieur restant fragile, sa curatrice a mis en place un passage infirmier quotidien.  
Depuis quelques semaines Monsieur sort moins de son logement, s'isole et ne souhaite plus voir personne.

**Aides humaines et réseaux :** contact du Conseil Local en Santé Mentale, MAIA, équipe mobile d'incurie, association les Petits Frères des pauvres, équipe mobile géronto-psy, Service de Soins Infirmières à Domicile, Service d'aide à domicile, demande de réévaluation de la perte d'autonomie par l'APA, signal de la situation au CCAS de la ville, Assistante sociale de secteur, sollicitation de la curatrice, évaluation médico-psychologique à domicile

**Aides financières :** Allocation de Solidarité aux Personnes âgées, aides possibles par le CCAS

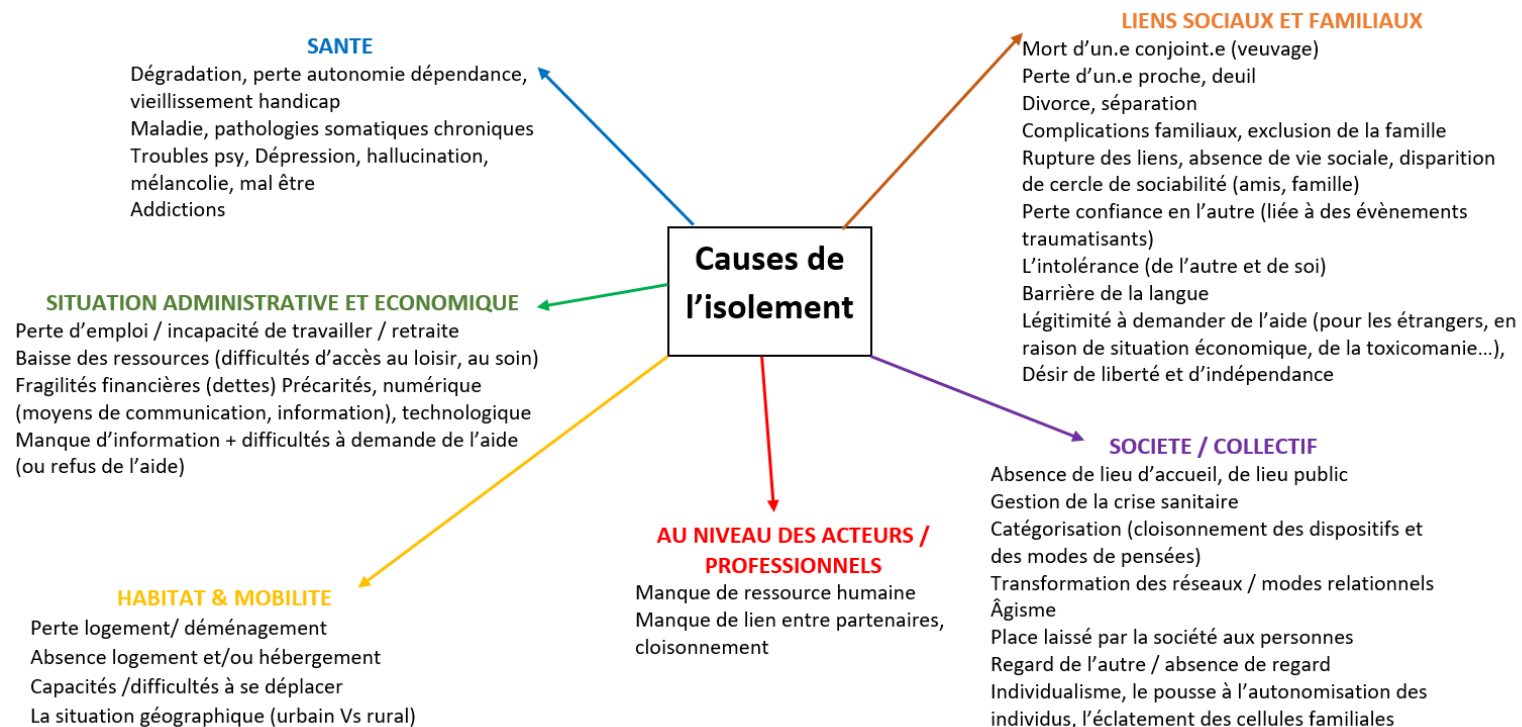
## Atelier 4 : Comment accompagner l'isolement des personnes vieillissantes précaires ?

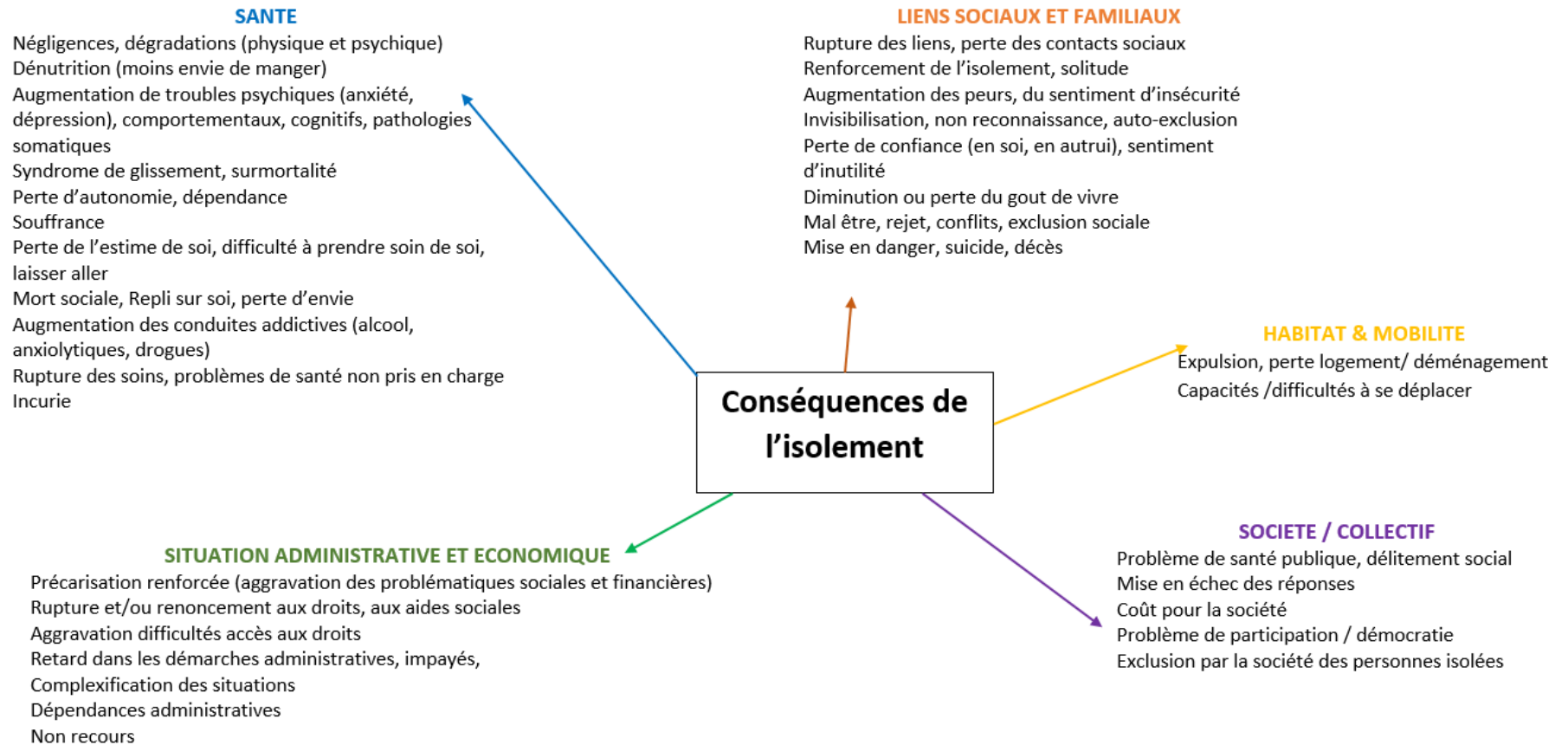
**Quelques éléments pour situer notre propos :** « L'isolement social est la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins élémentaires et à la vie sociale. » Définition du Conseil Economique, Social et Environnemental

En France, 27% des plus de 60ans (soit 4,6millions de personnes) ressentent de la solitude.

« Les personnes isolées sont celles qui n'ont pas ou peu de relations au sein des cinq réseaux sociaux (familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial). »  
<https://www.monalisa-asso.fr/isolement-social/c-est-quoi>

### L'isolement, les causes, les conséquences et des leviers pour en sortir :





### RELAIS / COLLABORATION DES ACTEURS / PROFESSIONNELS

Plus de professionnels sur le terrain  
Développer le travail d'aller vers (maraudes, équipes mobiles=)  
Travail en réseau pour faire le lien  
Ouvrir les réseaux à d'autres acteurs (ex : bibliothèques, Groupe d'Entraide Mutuelle)  
Approche selon divers angles, complémentarité partenariale  
Connaitre ce qui se fait à côté  
Ressources (Equipe mobile psy précarité, Outils /identification de l'existant pour les pro comme pour les personnes)  
Développer travail de plaidoyer  
Ouvrir des collectifs  
Penser collectif dans les institutions  
Travailler des projets intergénérationnels  
Etre vigilant à l'isolement professionnel  
Question des formations initiales : penser des modules communs (social/médical) pour favoriser l'interconnaissance  
Développer des formations type humanité, rétablissement  
Penser les actions à différents niveaux (national/local)  
Décloisonner les pratiques, importance de la pluridisciplinarité

### PREVENTION / LIENS / MOBILISATION

Aller vers, créer du lien  
Visites à domicile  
Veille téléphonique  
Liens avec le voisinage  
Portage de repas  
Publicité pour alerter quand une personne est isolée (entre professionnel, mais aussi alerte citoyenne, relais commerçants), Alerte via les CCAS (mairies en milieu rural pour l'identification des personnes isolées)  
Activités, médiations animales, Actions festives  
Mobiliser les 5 cercles de réseaux sociaux (famille, travail/bénévolat, amis, affinités, territoire)

### FAIRE AVEC LES PERSONNES CONCERNEES

Rendre une place aux personnes, qu'elles puissent se sentir utile, savoir qu'on compte sur elle  
S'ouvrir vers l'extérieur, sortir de l'entre soi  
Veille entre pairs, entraide  
Prendre en compte leur temporalité  
Partir des besoins et des compétences des personnes / s'appuyer sur leurs ressources / qu'elles soient actrices de leur parcours / qu'elles donnent leur accord  
Sortir de l'assistanat  
Prise en compte des appartenances (culture, groupe)

## Les leviers pour sortir de l'isolement

### HABITAT & MOBILITE

Faciliter les transports, accessibilité (numérique, droit, santé)  
ex : vélo taxi, optibus  
Adapter des espaces physiques / rendre les endroits accessibles

### SOCIETE / COLLECTIF

Sensibilisation du grand public, faire preuve de pédagogie  
Faire évoluer les stéréotypes et les représentations sur les personnes comme sur l'accompagnement  
Remettre la personne au centre de la cité

### POINT DE VIGILANCE

*Respect Temps d'ouverture et écoute aux personnes, libre adhésion,  
Protéger les aidants,  
Attention à ne pas vouloir sortir les personnes et qu'elles nous y entraînent*

Ressources supplémentaires :

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_17\\_isolement\\_social.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf)

[https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/2017/download/Barometre%202021\\_PFP\\_%20sans%20embargo\\_BD%20%281%29.pdf?v=1&inline=1](https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/2017/download/Barometre%202021_PFP_%20sans%20embargo_BD%20%281%29.pdf?v=1&inline=1)

## VI. Les perspectives de cette journée

### Au niveau de la FAS nationale :

Volonté de travailler la thématique du vieillissement. Rédaction d'un plaidoyer en cours.

### Au niveau des organisateurs :

- Développer l'offre de formation sur les thématiques de vieillissement mais aussi de fin de vie. Pour faire remonter vos besoins de formation, contactez la Plateforme ViP. Pour plus d'information, sur les modalités pratiques, vous rapprocher de la Fédération des Acteurs de la Solidarité AURA.
- Concevoir et diffuser de nouveaux outils.
- Mettre en place des immersions croisées pour mieux connaître et comprendre les réalités des autres acteurs, de l'autre champ d'intervention.
- Organiser d'autres rencontres sur des territoires plus restreints pour faciliter la mise en réseau.
- Faire remonter les difficultés et réalité de terrains pour alimenter les réflexions à l'échelle nationale (plaidoyer FAS, travail auprès du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ...)
- Continuer à travailler ces thématiques avec les acteurs de terrain qu'ils soient professionnels ou personnes accompagnées pour répondre au plus près des besoins.