



Fédération
des acteurs de
la solidarité

BRETAGNE

Rapport

**Le vieillissement – prématuré ou non - des
personnes en situation de grande précarité
dans le secteur de l'Accueil, Hébergement,
Insertion, Logement en Bretagne.**

Avril 2025

Marina Vignault, apprentie chargée de mission santé

Emilie Rey, chargée de mission santé

Les autrices vous invitent à partager leur travail et à le diffuser tout en n'oubliant pas d'en citer la source.

Cet ouvrage est sous licence Créative Commons : attribution-pas d'utilisation commerciale - partage dans les mêmes conditions 4.0 international.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Avril 2025

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui ont rendu ce travail possible.

Merci aux structures du secteur de l'AHIL de Bretagne, plus particulièrement à tous les professionnels et professionnelles de m'avoir si bien accueillie durant mes immersions. Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à toutes mes questions, et de m'avoir fait découvrir votre quotidien.

Pour finir un grand merci aux personnes accompagnées de vous êtes confiés à moi, d'avoir rendu nos cafés-discussions si instructifs et vos petites attentions.

Ce rapport est le vôtre et j'espère sincèrement qu'il portera avec justesse vos paroles.

Liste des abréviations

ACT : Appartement de coordination

thérapeutique

ADISP : Archives de données issues de la
statistique publique

AdJ : Accueil de jour

AES : Accompagnant éducatif et social

Aggir (Grille) : Autonomie gérontologie et
groupe iso ressources

AHI : Accueil, hébergement, insertion

AHIL : Accueil, hébergement, insertion,
logement

ALT : Allocation logement temporaire

ANCREAI : Association nationale des centres
régionaux pour l'enfance et l'adolescence
inadaptées

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

AS : Assistant ou assistante sociale

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASH : Aide sociale à l'hébergement

ASLD : Accompagnement social de longue
durée

ASSL : Accompagnement social spécifique lié
au logement

AVDL : Accompagnement vers et dans le
logement

AVS : Auxiliaire de vie sociale

BPCO : Bronchopneumopathie chronique
obstructive

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs
d'asile

CASAPA : Centres de Soins,

d'accompagnement et de Prévention en
addictologie

CERAMA : Centre d'études et d'expertise sur
les risques, l'environnement, la mobilité et
l'aménagement

CESF : Conseiller en économie sociale et
familiale

CHRS : Centres d'hébergement et de
réinsertion sociale

CHU : Centre d'hébergement d'urgence

CLIC : Centre local d'information et de
coordination

CMP : Centre médico-psychologique

CNNE : Comité consultatif national d'éthique
pour les sciences de la vie et de la santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour
l'autonomie

CPH : Centre provisoire d'hébergement

DDETS : Direction départementale de
l'emploi, du travail et des solidarités

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DIHAL : Délégation interministérielle à
l'hébergement et à l'accès au logement

DRAD : Dispositifs renforcés de soutien au
domicile

DREES : Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREETS : Direction régionale et
interdépartementale de l'emploi, du travail et
des solidarités

DRJSCS : directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DS (enquête) : « difficulté sociale »

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ES (enquête) : Etablissements et services

ES DS (enquête) : Etablissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale

ESAT : Etablissement et service d'accompagnement par le travail

ESSIP : Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité

ETP : Equivalent temps plein

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FAS : Fédération des acteurs de la solidarité

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs

FNARS : fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

FNH-VIH : Fédération nationale d'hébergement VIH

GAN : Groupe d'appui national

GIR : Groupe iso-ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HCFEA : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

HLM : Habitation à loyer modéré

HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile

IDE : Infirmier en soin généraux

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAM : Lit d'accueil médicalisé

LHSS : Lit halte soins santé

M2 : Master 2

MAS : maison d'accueil spécialisée

O₂ : Oxygène

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONFV : Observatoire national de la fin de vie

ORL : Oto-rhino-laryngologie (la sphère ORL est la partie du corps qui regroupe les oreilles, le nez, la gorge, la bouche, la langue, le larynx et la trachée)

PA : Personnes âgées

PCH : Prestation de compensation du handicap

PEACH (Programme): Palliative education and care for the homeless

PF : Pension de famille

PMR : Personne à mobilité réduite

PSHPH : Parcours situations de handicap et participation sociale (Master)

RA : Résidence autonomie

RdRD : Réduction des risques et des dommages

RdRD-A : Réduction des risques et des dommages - Alcool

RDV : Rendez-vous

RH : Ressources humaines

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SDF : Sans domicile fixe

SIAO : service intégré d'accueil et d'orientation

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SWK : Syndrome de Wernicke-Korsakoff

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

USDL : Unités de soins de longue durée

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE ET DES PRECONISATIONS

I. SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE (PARTIE 1).....	14
II. SYNTHESE DES PRECONISATIONS (PARTIE 2)	17

INTRODUCTION..... 21

I. LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE, « SANS CHEZ SOI » ET HEBERGEES/LOGEES	23
I.1. QU'EST-CE QUE LE VIEILLISSEMENT PREMATURE ?	23
I.2. DES PERSONNES VICTIMES D'UNE DOUBLE EXCLUSION.....	25
II. UN VIEILLISSEMENT PREMATURE AUX NOMBREUX ENJEUX ET MULTIPLES CONSEQUENCES	26

OBJECTIFS DES TRAVAUX..... 28

METHODOLOGIE 29

I. RECUEIL DE DONNEES PAR ENQUETE DE TERRAIN	29
I.1. RECUEIL DES MATERIAUX PAR ENQUETE DE TERRAIN	30
I.1.1. Immersions au sein des structures	30
I.1.2. Entretiens semi-directifs	31
I.1.3. Cafés-discussions	31
I.1.4. Echanges informels.....	32
I.1.5. Analyse de documents.....	33
I.2. RECUEIL DES DONNEES PAR QUESTIONNAIRE	33
II. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES	34
II.1. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES PAR ENQUETE DE TERRAIN	34
II.2. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES PAR QUESTIONNAIRE	34
II.2.1. Méthode d'analyse des données recueillies	34
II.2.2. Profil des professionnels ayant répondu au questionnaire.....	35
III. ANALYSE ET LIMITES DE LA METHODOLOGIE.....	36
III.1. LIMITES DU RECUEIL PAR ENQUETE DE TERRAIN	36
III.2. LIMITE DU RECUEIL PAR QUESTIONNAIRE.....	36

PARTIE 1 : LES RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE 1 : QUE SONT LE VIEILLISSEMENT ET LE VIEILLISSEMENT PREMATURE ? 39

I. LE VIEILLISSEMENT PERÇU DANS LE SECTEUR DE L'AHIL : REPRESENTATIONS CROISEES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES ET DES PROFESSIONNELS.....	39
I.1. LES DIFFERENTES FORMES DE VIEILLISSEMENT PENSEES PAR LES PERSONNES ACCOMPAGNEES	39
I.1.1. Différentes figures de l'ancien, au travers de quatre processus de catégorisation	39
I.1.2. La représentation du vieillissement au prisme de l'âge	40
I.1.3. La représentation du vieillissement prématuré	41
I.1.4. La représentation de leur propre vieillissement : du déni à la crainte.....	42
I.2. LE VIEILLISSEMENT PENSE PAR LES PROFESSIONNELS DU SOCIAL – UNE NOTION DIFFICILE A DEFINIR.....	43
I.2.1. Le vieillissement n'est pas un problème en soi ; le vieillissement prématuré n'est un problème que lorsqu'il induit une perte d'autonomie	43
I.2.2. Le vieillissement prématuré, résultat d'un combo de problématiques spécifiques	45
FOCUS N°1 : UNE PRESENCE PLUS IMPORTANTE DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES AU SEIN DES STRUCTURES DE L'AHIL	48
II. LE VIEILLISSEMENT PREMATURE AU TRAVERS D'UN IDEAL-TYPIQUE : « MONSIEUR INCASABLE ».....	50
III. COMBIEN DE PERSONNES SONT CONCERNEES PAR LE VIEILLISSEMENT PREMATURE ?	53
III.1. PART DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT PREMATUREMENT DANS LES DISPOSITIFS D'HEBERGEMENT / LOGEMENT ET DE SOINS RESIDENTIELS	53
III.2. PART DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT PREMATUREMENT DANS LES AUTRES DISPOSITIFS	56
FOCUS N°2 : UN PUBLIC VIEILLISSANT AU SEIN DES PENSIONS DE FAMILLE	57

CHAPITRE 2 : UN VIEILLISSEMENT PREMATURE AUX MULTIPLES REPERCUSSIONS SUR LE SECTEUR SOCIAL, LES STRUCTURES, LES PROFESSIONNELS ET LES PERSONNES ACCOMPAGNEES ELLES-MEME 62

I. LES DIFFICULTES LIEES AU VIEILLISSEMENT AUXQUELLES FAIT FACE LE SECTEUR DE L'AHIL.....	62
I.1. DES STRUCTURES ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT NON ADAPTES AU PUBLIC EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT	63
I.2. DES ORIENTATIONS DES PERSONNES CONCERNEES VERS LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES QUI FONT FACE A UN DOUBLE REFUS.....	69
I.2.1. Un refus de la part des personnes concernées, pour des raisons individuelles de choix de vie et des raisons financières.....	70

I.2.2. Un refus de la part des établissements spécialisés, pour des raisons d'ordre « systémiques » et « discriminatoires »	72
I.3. DES SORTIES DE DISPOSITIFS COMPLIQUEES	74
I.3.1. Des décès, des hospitalisations et des « sorties sèches » en guise de sorties	74
I.3.2. Des sorties plus « heureuses », bénéficiant d'un étayage personnalisé	75
II. REPERCUSSIONS DU VIEILLISSEMENT – PREMATURE OU NON – DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE SUR LES STRUCTURES ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	76
II.1. DES CONSEQUENCES NON NEGLIGEABLES SUR LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DU SOCIAL	77
II.1.1. Des professionnels contraints d'exercer des dépassements dans leurs missions	78
II.1.2. Des professionnels contraints de mettre en place « <i>des bricolages</i> »	79
II.1.3. Des liens partenariaux avec les secteurs personnes âgées et du handicap difficiles à tisser	81
II.2. DES CONSEQUENCES NON NEGLIGEABLES SUR LA BONNE SANTE AU TRAVAIL ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SOCIAL	87
III. CONSEQUENCES POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNEES : DES MISES EN DANGER INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES.....	90
FOCUS N°3 - LES PENSIONS DE FAMILLE COMME SOLUTION IDEALE DU POINT DE VUE DES ACTEURS DU SOCIAL : UNE FAUSSE BONNE IDEE	91
<u>CHAPITRE 3 : DES TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE QUI INCOMBENT AU SECTEUR DE L'AHIL.....</u>	<u>95</u>
I. LA MORT DES PERSONNES VIEILLISSANTES AU SEIN DU SECTEUR DE L'AHIL.....	95
II. TROIS TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE DIFFERENTES : SUIVANT UN DECLIN LENT, GRADUEL OU RAPIDE.....	98
III. DES EXEMPLES DE FIN DE VIE EN STRUCTURES DU SECTEUR DE L'AHIL	101
<u>CHAPITRE 4 : LES PUBLICS PRECAIRES VIEILLISSANTS FACE AUX NORMES REGISSANT LES STRUCTURES DE DROIT COMMUN : LES « INCASABLES ».....</u>	<u>106</u>
I. DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES LONGUES ET COMPLEXES : L'AGE ET LA SITUATION ECONOMIQUE, DES BARRIERES IMMUABLES.....	106
II. LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANTES, FACE AU CADRE NORMATIF DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES DES SECTEURS PERSONNES AGEES ET DU HANDICAP	109
<u>CONCLUSIONS GENERALES - PARTIE 1 (RESULTATS DE L'ENQUETE)</u>	<u>115</u>

PARTIE 2 : PRECONISATOINS

PRECONISATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE DIGNE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT PREMATUREMENT OU NON 119

I. FORMER ET DECLOISONNER LES SECTEURS SOCIAL, SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL.....	119
I.1. DEVELOPPER DES FORMATIONS A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SOCIAL ET DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL, EN PARTICULIER DU GRAND AGE	119
I.2. DECLOISONNER LES SECTEURS SOCIAL, SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL POUR UN ACCOMPAGNEMENT EFFICACE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT	121
II. ADAPTER LE SECTEUR DE L'AHIL.....	123
II.1. ADAPTER LE BATI DES STRUCTURES DU SECTEUR DE L'AHIL.....	123
II.2. INCLURE DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DANS LES STRUCTURES DU SECTEUR DE L'AHIL.....	124
III. ADAPTER LE SECTEUR PERSONNES AGEES	129
III.1. FACILITER L'ACCES A L'EHPAD	129
III.2. FAIRE EVOLUER LES EHPAD	131
III.3. INTENSIFIER LE SOIN A DOMICILE / SUR LE LIEU DE RESIDENCE	134
IV. CREER DES SOLUTIONS INNOVANTES, PASSERELLES ENTRE LES SECTEURS AHIL, PERSONNES AGEES ET SOINS PALLIATIFS .	138
IV.1. CREER DES DISPOSITIFS INTERMEDIAIRES, ENTRE L'AHIL ET LES EHPAD	138
IV.2. CREER DES EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS - PRECARITE	140
V. CREER DES POLITIQUES GLOBALES DE SOLIDARITE EN PRENANT EN COMPTE CE PUBLIC ACTUELLEMENT EXCLU DES DIFFERENTES POLITIQUES PUBLIQUES.....	142

CONCLUSION GENERALE.....147

ANNEXES149

I. ANNEXE 1 : RECAPITULATIF DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS REALISES DANS L'ENQUETE	149
II. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES PROFESSIONNELS DES STRUCTURES DE L'AHIL	151
III. ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES RESIDENTS DE PENSIONS DE FAMILLE	152
IV. ANNEXE 4 : AFFICHE UTILISEE POUR ANNONCER LES CAFE-DISCUSSION DANS L'ASSOCIATION 4	153
V. ANNEXE 5 : AFFICHE UTILISEE POUR ANNONCER LE CAFE-DISCUSSION DANS L'ASSOCIATION 5.....	154
VI. ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE	155

BIBLIOGRAPHIE162

Liste des figures et des tableaux

➤ **Liste des tableaux :**

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des périodes d’immersions réalisées lors de cette enquête	31
Tableau 2 : Processus d’analyse des données recueillies au moyen de l’enquête par questionnaire.....	35
Tableau 3 : Pourcentage de personnes en situation de vieillissement prématuré, pourcentage de personnes ayant plus de 60 ans sur les structures au moment de l’enquête.	54
Tableau 4 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré et nombre de personnes de plus de 60 ans sur les dispositifs répondants, au moment de l’enquête.	56
Tableau 5 : Nombre et pourcentage de résidents par tranche d’âge en 2019 et 2023 dans la pension de famille de l’association 1	58
Tableau 6 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré décédées en 2023 sur les structures répondantes.	95
Tableau 7 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré décédées en 2023 sur les dispositifs répondants.	97
Tableau 8 : Synthèse des préconisations de l’axe « Former et décroisonner les secteurs social et sanitaire »	123
Tableau 9 : Synthèse des préconisations de l’axe « Adapter le secteur de l’AHIL »	128
Tableau 10 : Synthèse des préconisations de l’axe « Créer des solutions innovantes ».....	142
Tableau 11 : Synthèse des préconisations de l’axe « Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclus des différentes politiques publiques »	146

- **Liste des figures :**

Figure 1 : La précarité et ses conditions de vie passées et présentes entraînent une usure des corps, qui elle-même entraîne un vieillissement prématuré.....	24
Figure 2 : Les personnes vieillissantes – prématurément ou non – et en situation de précarité sont victimes d’une double exclusion et se trouvent dans l’angle mort des politiques publiques.....	26
Figure 3 : Problématiques liées à l’âge repérées sur les dispositifs et structures par les répondants au questionnaire.....	44
Figure 4 : Les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément cumulent les vulnérabilités	46
Figure 5: Motifs d'admission en pensions de famille en France en 2020 – 2021.....	49
Figure 6 : Motifs d'admission en pensions de famille dans le bassin Rennais en 2023	49
Figure 7 : La prise en charge de l’idéal-type « Monsieur incasable » entraîne différentes conséquences à la fois pour la personne concernée que pour la vie en collectivité ainsi que pour les professionnels de la structure l’accompagnant.	51
Figure 8 : Nombre de personnes logées en pensions de famille (bleu clair) et en résidences accueil (bleu foncé) bretonnes en fonction des différentes tranches d’âge	57
Figure 9: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille en France en fonction des tranches d’âge, en 2020-2021.....	59
Figure 10: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille sur le bassin Rennais en fonction des tranches d’âge en 2023	59
Figure 11 : Les difficultés majoritairement rencontrées par les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément	63
Figure 12 : Nombre d’occurrences « oui » et « non » en réponse à la question « Pensez-vous que votre structure/dispositif est adapté à ce type de public ? »	64
Figure 13 : Nombre d’occurrences « oui » et « non » en réponse à la question « Pensez-vous que votre structure/dispositif est adapté à ce type de public ? », en incluant une catégorie dont les avis sont plus mitigés : « Moyennement ».	65
Figure 14 : La majorité des professionnels ont déjà rencontré ou non des difficultés d’orientation des personnes en situation de vieillissement prématuré ou vieillissante en situation de précarité vers des établissements spécialisés pour personnes âgées	69
Figure 15 : Raisons de l’échec des tentatives d’orientation des personnes en situation de précarité et vieillissant -prématurément ou non – vers des structures spécialisées pour personnes âgées.....	70
Figure 16 : Les raisons des refus d’intégrer des établissements spécialisés de la part des personnes en situation de précarité vieillissant prématurément ou non.....	71
Figure 17 : Les raisons des refus d’intégrer la personne demandeuse, en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non de la part des établissements spécialisés.....	73

Figure 18 : Les raisons des sorties des dispositifs du secteur de l’AHIL ou de soins résidentiels des personnes vieillissantes et vieillissant prématurément	75
Figure 19 : Mises en place ou non de relais à la suite de la sortie d’une personne en situation de précarité et vieillissant prématurément des dispositifs/structures du secteur de l’AHIL ou de soins résidentiels.....	76
Figure 20 : Impacts déclarés du vieillissement sur les structures/dispositifs du secteur de l’AHIL et des soins résidentiels	77
Figure 21 : L’accompagnement de personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non a contraint les équipes de professionnels à réaliser des adaptations dans les équipes et les structures	78
Figure 22 : Les structures du secteur de l’AHIL n’ont majoritairement pas de partenariat avec des acteurs du secteur personnes âgées	82
Figure 23 : Types de partenariats entretenus entre les structures du secteur de l’AHIL et le secteur personnes âgées.....	83
Figure 24 : Il existe différents freins à l’établissement de partenariats entre professionnels du secteur de l’AHIL et professionnels du secteur personnes âgées	84
Figure 25 : L’absence de solution pour la prise en charge du public en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non – impacte le bien-être et la santé au travail des professionnels du secteur social	87
Figure 26 : Modélisation des trois principales trajectoires de fin de vie, une trajectoire suivant un déclin rapide (noir) ; une trajectoire suivant un déclin graduel (rouge) et une trajectoire suivant un déclin lent (bleu)	99
Figure 27 : Les personnes en situation de précarité et présentant un vieillissement prématuré ne remplissent pas les critères d’admission ni des structures du secteur du handicap, ni de celles du secteur personnes âgées	113
Figure 28 : L’inclusion de professions sanitaires dans le secteur social est perçue comme une nécessité pour répondre aux problématiques engendrées par le nombre croissant de personnes en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non – dans les structures	124

Avant-propos

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un apprentissage du Master 2 Santé Publique : Pilotage des politiques et actions en santé publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes.

Ce rapport porte sur le vieillissement, qu'il soit prématuré ou non, des personnes en situation de grande précarité. Pour ce faire, une étude qualitative a été réalisée auprès des structures adhérentes de la FAS Bretagne, afin de mettre en avant les leviers et les freins au bon accompagnement des personnes concernées par un vieillissement prématuré ou non ; et ainsi en faire émerger des préconisations.

Ce travail a pour objectif de permettre à la FAS Bretagne de mettre en évidence la présence de plus en plus prégnante de la thématique du vieillissement prématuré des personnes en situation de grande précarité en Bretagne ; afin de pouvoir penser et élaborer (avec les pouvoirs publics et le secteur de l'AHIL) des réponses concrètes et pérennes tant pour les professionnels du social que les personnes accompagnées.

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE & DES PRECONISATIONS

I. SYNTHESE DES RESULTATS (PARTIE 1)

CHAPITRE 1 : Que sont le vieillissement et le vieillissement prématuré ?	
Tous les types de structures du secteur de l'AHIL et des soins résidentiels sont concernées par le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité (hébergement d'urgence, hébergement d'insertion, hébergement médicalisé, logement, dispositif santé-précarité, accueil de jour, LHSS, ACT, LAM, etc.). Le nombre de personnes concernées représente en moyenne près d'un quart des personnes accompagnées par celles-ci.	Partie 1 – Chapitre 1 – III Page 53
Différentes formes de vieillissements co-existent dans les représentations des personnes accompagnées, allant de la figure du doyen (vieillissement correspondant au parcours de vie formalisé dans les normes sociales) au vieillissement prématuré (associé à la maladie et à la perte de l'autonomie).	Partie 1 – Chapitre 1 – I.1 Page 39
Chez les professionnels, le vieillissement prématuré n'est perçu comme un problème que lorsqu'il est concomitant à une perte d'autonomie et est souvent associé à la présence de problématiques de santé.	Partie 1 – Chapitre 1 – I.2 Page 43
Il a été possible de dessiner les contours d'un idéal-type dans la figure de « monsieur incasable », dont la présence sur une structure du secteur social, du fait de son vieillissement prématuré, engendre de nombreuses conséquences à la fois sur son accompagnement social (mises en danger individuelle, errance médicale, difficultés d'orientation vers des structures adaptées) ; sur la structure elle-même (mises en danger collective) ; ainsi que sur les professionnels qui l'accompagnent (mise en place de bricolages, dépassement des missions, dégradation de leur santé au travail).	Partie 1 – Chapitre 1 – II Page 50

CHAPITRE 2 : Un vieillissement prématuré aux multiples répercussions sur le secteur social, les structures, les professionnels et les personnes accompagnées elles-mêmes	
Le vieillissement des personnes accompagnées au sein des différentes structures du social dédiées à l'accueil de public adulte en situation de précarité entraîne un risque pour les personnes concernées ainsi que pour le collectif.	Partie 1 – Chapitre 2 – III Page 90
Ces accompagnements induisent également, par une absence de solutions d'hébergement/logement plus adaptées à ces profils, une augmentation du temps de séjour au sein des structures d'hébergement, conduisant alors à leur engorgement.	Partie 1 – Chapitre 2 – II.2 Page 87
Face aux difficultés d'orientation de ce public, la problématique semble se cristalliser dans les pensions de famille, qui voient la moyenne d'âge de leurs résidents augmenter, avec, en parallèle, une hausse de l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques.	Partie 1 – Chapitre 2 – focus n°3 – page 93
Faute de solutions adaptées, et en raison des refus de prise en charge de ces publics par les structures du grand âge (mais également, dans une moindre mesure, au refus des personnes concernées de les intégrer), la gestion de la fin de vie des personnes concernées incombe alors au secteur social. Les décès des personnes accompagnées et vieillissant prématurément ou non, font maintenant partie des réalités professionnelles des salariés des structures du secteur de l'AHIL sans pour autant que ces derniers soient formés à leur gestion – ni, d'ailleurs, à la gestion de la fin de vie.	Partie 1 – Chapitre 2 – I.2 Page 69
La présence dans ces structures de ce public « incasable », en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, demande aux équipes de s'adapter à la situation avec leurs propres moyens, notamment au travers de la mise en place de « <i>bricolages</i> » mais aussi par des dépassements dans les missions des professionnels, pouvant conduire à une remise en cause de leur identité professionnelle. Ces derniers, faute de solution, font de leur mieux, mais se voient dans l'incapacité d'offrir à ces personnes l'accompagnement dont elles auraient besoin, ils ont le sentiment de ne pouvoir offrir qu'un accompagnement dégradé et non sécurisé.	Partie 1 – Chapitre 2 – II.1 et II.2 Page 77

Le secteur social peine à nouer des partenariats avec les secteurs spécialistes du grand âge, de la gérontologie et/ou de la fin de vie, conséquence d'un cloisonnement des secteurs induit par la construction des politiques publiques en silos et d'un manque de formation et de sensibilisation des professionnels du secteur personnes âgées à la prise en charge des publics en situation de précarité.	Partie 1 – Chapitre 2 – II.1.3 Page 81
La thématique du vieillissement, prématuré ou non, des publics en situation de précarité au sein des structures de l'AHIL est un problème systémique puisque celle-ci est présente au sein des différents types de structures (d'hébergement, de logement, et autres dispositifs de santé-précarité ou d'accueil) et, de surcroît, sur la totalité des structures investiguées. L'origine de ces difficultés qu'engendre le vieillissement prématuré de ces publics réside dans le fait que celui-ci se trouve dans un angle mort des différentes politiques publiques (de lutte contre les exclusions, du grand âge, de la santé), empêchant alors la construction de solutions adaptées pour ces personnes.	Partie 1 – Chapitre 2 Page 62
CHAPITRE 3 : Des trajectoires de fin de vie qui incombent au secteur de l'AHIL	
Si une partie des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non décèdent au sein de leur structure d'hébergement ou de logement, une part non négligeable d'entre elles décèdent à l'hôpital, et notamment au sein des services d'urgence. Cependant, leur prise en charge par les services hospitaliers se fait tardivement au cours de leur trajectoire de fin de vie, qu'elle suive un déclin rapide, graduel ou lent. Cette prise en charge représente alors l'ultime étape d'un parcours de fin de vie qui, lui, se déroule sur plusieurs mois voire plusieurs années au sein des structures de l'AHIL : la gestion de la fin de vie de ces « incasables » incombe donc actuellement, en l'absence de solution adéquate à leur accompagnement à la fin de vie, aux structures de l'AHIL telles que les CHRS ou les pensions de famille.	Partie 1 – Chapitre 3 Page 95
CHAPITRE 4 : Les publics précaires vieillissants face aux normes régissant les structures de droit commun : « les incasables »	
Les personnes vieillissant prématurément, c'est-à-dire à un âge précoce, sont minoritaires dans les EHPAD : 0.7% des personnes hébergées en EHPAD ont moins de 60 ans et 5% ont moins de soixante-dix ans en Bretagne (Mulliez et al., 2019). Trois principaux	Partie 1 – Chapitre 4 Page 106

freins individuels empêchant leur entrée dans ces institutions, ont été identifiés dans ce travail : leur âge, leur situation économique, et leur situation administrative. De plus, du fait d’habitudes de vies et de comportements acquis au cours du parcours d’errance, ces personnes peuvent transgresser la norme des établissements d’accueil pour personnes âgées ou en situation de handicap, les éloignant encore plus des établissements de droit commun pouvant potentiellement répondre à leurs besoins. Ainsi, ces publics se trouvent être trop âgées pour les structures médicosociales relevant du handicap ; trop jeunes pour intégrer des structures relevant du grand âge ; trop pauvres pour assumer les coûts d’hébergement de ces structures ; trop isolées pour pouvoir prétendre à la solidarité familiale de leurs « <i>obligés alimentaires</i> », trop déviantes à la norme de ces établissements pour pouvoir espérer y avoir une place et y être intégrée.	
---	--

II. SYNTHESE DES PRECONISATIONS (PARTIE 2)

Axe 1 : Former et décroisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial	
Préconisation 1 : Déployer une formation à destination des professionnels du secteur social pour les outiller dans leurs accompagnements des personnes concernées et pour leur permettre d’identifier les partenaires adéquates sur leur territoire.	Partie 2 – I.1 Page 119
Préconisation 2 : Déployer une formation à destination des professionnels du secteur sanitaire et médicosocial et particulièrement du grand âge pour les sensibiliser aux spécificités des publics en situation de grande précarité et leur permettre d’identifier les partenaires sociaux sur leurs territoires.	Partie 2 – I.1 Page 119

Préconisation 3 : Travailler l'interconnaissance locale entre secteurs du social, secteur sanitaire et médicosocial (en particulier le champ du grand âge) pour favoriser un décroisement et un travail d'accompagnement social et sanitaire interdisciplinaire, intersectoriel et coordonné, à l'occasion, par exemple, de formations interdisciplinaires ou de stages croisés.	Partie 2 – I.2 Page 121
Axe 2 : Adapter le secteur de l'AHIL	
Préconisation 4 : Donner des moyens financiers aux structures pour qu'elles puissent rénover leur bâti ou à minima le rendre conforme notamment aux normes PMR (personnes à mobilité réduite) et mettre en place des aménagement adaptés à ces publics.	Partie 2 – II.1 Page 123
Préconisation 5 : Donner les moyens aux structures de recruter, à minima un ETP médical (infirmier) et/ou de médiation en santé, au mieux un ETP médical et un ETP paramédical (Infirmier et psychologue par exemple) aux seins de leurs équipes.	Partie 2 – II.1 Page 124
Axe 3 : Adapter le secteur personnes âgées	
Préconisation 6 : Créer une mission Interface en Bretagne, permettant de faciliter l'accès et le maintien des personnes en situation de précarité et de vieillissement prématuré ou non à des structures de droit commun spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.	Partie 2 – III.1 Page 129
Préconisation 7 : Permettre des visites des établissements pour personnes âgées aux personnes concernées, sous format accueil de jour, afin que celles-ci puissent appréhender aussi bien l'environnement de l'établissement, que les professionnels qui y travaillent, et puissent déterminer, <i>in fine</i> , si elles pourraient s'y sentir à l'aise. Ces visites découvertes pourraient être appréhendées comme un premier pas vers des accueils temporaires et progressifs (voir préconisation 15).	Partie 2 – III.1 Page 129
Préconisation 8 : Intégrer un ou des travailleurs sociaux, notamment des éducateurs spécialisés, dans chaque équipe d'établissement d'accueil pour personnes âgées.	Partie 2 – III.2 Page 131
Préconisation 9 : Intégrer au moins 10% de personnes issues de la grande précarité parmi les résidents d'établissement pour personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.	Partie 2 – III.2 Page 131

Préconisation 10 : Mettre en place des politiques de réduction de risques et des dommages (notamment alcool) dans les établissements pour personnes âgées.	Partie 2 – III.2 Page 131
Préconisation 11 : Permettre une intervention <u>effective</u> des dispositifs d'aide à domicile et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) au sein des structures d'hébergement/logement du secteur de l'AHIL. Pour cela il convient, au-delà d'inscrire les structures du secteur AHIL dans leur champ d'intervention, d'augmenter leurs moyens RH et financiers, et de former les professionnels de ces équipes à la grande précarité.	Partie 2 – III.3 Page 134
Préconisation 12 : Permettre l'accès aux dispositifs d'aide et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) sur un <u>critère de perte d'autonomie au lieu d'un critère d'âge</u> .	Partie 2 – III.3 Page 134
Préconisation 13 : Développer les dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile (DRAD) et les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) en région Bretagne.	Partie 2 – III.3 Page 134
Axe 4 : Créer des solutions innovantes	
Préconisation 14 : Créer des structures intermédiaires entre la structure d'hébergement ou logement du secteur AHIL et l'EHPAD, pouvant accueillir un public en situation de précarité et présentant une perte d'autonomie moindre que celle des personnes relevant de l'EHPAD, permettant à la fois une vie dans un logement individuel et une vie collective, dans des structures dotées d'équipes d'accompagnements social et de professionnels médicaux.	Partie 2 – IV.1 Page 138
Préconisation 15 : Permettre et favoriser un accueil temporaire et progressif des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non dans les établissements pour personnes âgées permettant ainsi des allers-retours entre la structure du secteur de l'AHIL et l'EHPAD. Ces accueils temporaires peuvent se faire uniquement sur la journée (type accueil de jour) ou bien sur des durées de séjour un peu plus longues.	Partie 2 – IV.1 Page 138
Préconisation 16 : Mettre en place, des équipes mobiles de soins palliatifs – précarité, qui non seulement, dispensent des soins curatifs et palliatifs, mais également se déplacent sur les lieux de vie des personnes, pourrait permettre un accès aux soins palliatifs	Partie 2 – IV.2 Page 140

pour les personnes concernées ; pourrait outiller et soulager les professionnels du secteur AHIL ; et pourrait permettre de respecter les choix de fin de vie des personnes concernées.	
Axe 4 : Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclu des différentes politiques publiques	
Préconisation 17 : Obtenir un consensus sur des critères d’objectivation du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité et des critères de catégorisation du public en situation de précarité vieillissant prématurément ou non afin de pouvoir visibiliser ce public dans les études statistiques telles que les enquêtes ES DS menées par le DREES.	Partie 2 – V Page 142
Préconisation 18 : Donner les moyens à la recherche fondamentales et appliquée portant sur la vieillesse de prendre en compte ce public (en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non), en développant, finançant ou proposant, des recherches en sciences humaines et/ou santé publique sur le sujet.	Partie 2 – V Page 142
Préconisation 19 : Supprimer la barrière de l’âge des 60 ans comme critère d’accès à l’action publique de soutien à l’autonomie et penser les politiques publiques de l’autonomie dans une approche « finaliste » plutôt que « causaliste ».	Partie 2 – V Page 142

« Comme l'avaient prévu les chercheurs il y a vingt ans, "ceux qui seront sûrement marginalisés dans leur vieillesse sont ceux qui l'ont déjà été dans d'autres phases de leur vie comme les handicapés, les chômeurs, les pauvres, les réfugiés, les émigrants. Ce sont les nouveaux pauvres que la société industrielle a créés en son sein" ».

Sophie Rouay-Lambert « La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite » - 2006

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population générale en France est actuellement un des enjeux des politiques publiques – à tel point que les pouvoirs publics parlent d'un « choc du vieillissement » (Cusset, 2022), en témoigne le plan d'action proposé par le haut-commissariat au plan en 2023 pour anticiper la hausse du nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans, qui devrait augmenter de 50 % entre 2020 et 2030 (Haut-commissariat au plan, 2023). Si ce dernier insiste sur l'hétérogénéité du vieillissement en France¹ c'est uniquement, d'une part sous le prisme géographique, « le nombre et la proportion de personnes âgées² dans la population connaîtront, dans les années à venir, de très fortes disparités géographique » ; et d'autre part, sous le prisme de la perte d'autonomie liée à l'âge, « Il est surtout nécessaire de distinguer les catégories de personnes âgées selon leurs divers degrés d'autonomie : le retraité actif (60- 74 ans) souvent impliqué dans la vie associative ou citoyenne ; le retraité fragile (75-84 ans), qui commence à avoir des vulnérabilités ; le retraité en perte d'autonomie (85 ans et plus) » (Haut-commissariat au plan, 2023).

Il semble toutefois que les personnes vieillissantes en situation de grande précarité fassent partie d'un angle mort de l'action publique et sont, dans les faits, exclues des différentes politiques publiques et des différents dispositifs existants.

En effet, les personnes en situation de précarité sont traversées par de nombreuses inégalités. La première d'entre elles est une inégalité d'espérance de vie. En France, les décès sont considérés comme prématurés lorsqu'ils surviennent avant 65 ans. Ils représentent aujourd'hui 15 % des décès en population générale, contre 85 % des décès des personnes sans domicile (Collectif des morts de la rue, 2023). L'âge moyen de décès des personnes « sans chez soi » intervient avant l'âge de 50 ans (49 ans en moyenne), soit plus de 30 ans plus tôt qu'en population générale (moyenne > 80 ans) (Collectif des morts de la rue, 2023) ; et l'âge moyen de décès des personnes hébergées est de 55 ans, soit 25 ans plus tôt qu'en population générale (FAS & FEHAP, 2022).

¹ en titrant « derrière un phénomène général [du vieillissement], une mosaïque de situations »

² dans ce rapport le Haut-commissariat au plan considère la personne âgée à partir de 65 ans

Ainsi, si les pouvoirs publics s'intéressent de près au vieillissement de la population française, c'est avant tout à partir de la catégorie d'âge dite des « retraités actifs », c'est-à-dire à partir de 60 ans. Les personnes « sans chez soi » et hébergées, ayant une espérance de vie de 50 et 55 ans respectivement, n'entrent alors pas dans cette catégorie d'intérêt.

Pourtant, elles aussi, elles vieillissent...

I. LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE, « SANS CHEZ SOI » ET HEBERGEES/LOGEES

Depuis plusieurs années, une problématique grandissante touche le secteur de la lutte contre les exclusions et particulièrement le secteur de l'Accueil, hébergement, insertion, logement (AHIL) : le vieillissement et le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité.

Si les personnes accompagnées par le secteur de l'AHIL font face à des décès qui interviennent prématurément, les professionnels du secteur font également part d'une proportion importante de personnes vieillissantes et/ou en situation de perte d'autonomie dans les structures d'hébergement/logement. Ce constat est établi de longue date. En effet, déjà en 2009, dans un rapport remis à la ministre de la santé et des sports de l'époque, V. Girard, P. Estecahandy et P. Chauvin alertaient l'Etat sur le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité : « L'OMS définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées. Si nous choisissons le vocable "vieillissante" et non "âgées", c'est qu'il existe à la rue des personnes trop jeunes pour relever de cette définition réglementaire mais dont l'état physiologique les ramène dans cette catégorie » (Girard et al., 2010). En 2016, l'enquête ES réalisées par la DREES montraient que 13 % des personnes accueillies en CHRS avaient plus de 50 ans et atteignaient 17 % du publics des autres structures d'hébergement. Ce pourcentage était même triplé dans les pensions de famille³ et les résidences sociales, puisque les 50 ans et plus représentaient alors 55 % du public accompagnés (FAS & FEHAP, 2022). De plus, l'enquête menée par la FAS Ile de France en 2017 montrait que 25 % des personnes accompagnées par les CHRS franciliens étaient en situation de perte d'autonomie et 19% des résidents des structures du secteur de l'AHIL et des structures médicosociales de soins résidentiels (LAM, LHSS et ACT) sont en situations de perte d'autonomie ou de dépendance (UNIOPSS & DIHAL, 2025).

I.1. Qu'est-ce que le vieillissement prématuré ?

Les publics en situation de précarité et vieillissants cumulent une double vulnérabilité : d'une part celle de la précarité et d'autre part celle du vieillissement et de la perte d'autonomie.

En effet, la situation de précarité et notamment les conditions de vie passées et/ou présentes, auxquelles peuvent s'ajouter des consommations d'alcool et/ou de drogue, entraînent une usure des corps, qui connaissent alors un vieillissement prématuré (Uribelarrea, 2021a), c'est-à-dire qu'elles accélèrent le processus de vieillissement.

Ce dernier se manifeste notamment par des pathologies chroniques et aiguës – associées à une perte d'autonomie - qui apparaissent chez ce public à un âge plus précoce que dans la population générale (Coulomb,

³ Anciennement appelées « maison-relais ». Cette dénomination est encore utilisée dans certaines structures de Bretagne enquêtées.

2021; Uribe Larrea, 2021b). Selon la DIHAL, le vieillissement prématuré des personnes en situation de grande précarité « apparai[trait] chez ce public vers [l'âge de] 50-55 ans » (DIHAL, 2015). La perte d'autonomie, pouvant être associée au vieillissement, apparaît également précocement chez le public en situation de précarité. En effet, les auteurs du rapport pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale montraient qu'en 2015, 45 % des personnes de plus de 50 ans sans domicile utilisant les services d'hébergement ou de distribution alimentaire se déclaraient limitées depuis au moins 6 mois dans l'exécution de tâches quotidiennes (Loison-Leruste et al., 2015).

L'altération ou la dégradation de ces corps qui présentent alors un vieillissement prématuré crée un décalage entre l'âge biologique des personnes concernées (leurs âge réel, inscrits sur les documents officiels tels que les pièces d'identité) et leur âge biographique, que Sophie Rouay-Lambert illustre comme ceci : « L'âge d'une personne s'évalue généralement d'un coup d'œil : traits, mains, gestuelle, tenue vestimentaire [...]. Évaluer l'âge des SDF est une autre affaire. Les indices sont faussés. Quelques semaines passées à la rue peuvent les avoir vieillies de dix ou vingt années. Leur âge biographique est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge biologique » (Rouay-Lambert, 2006).

Face à l'absence de solution sociale et médicale adaptée pour accompagner au mieux ce public, ce vieillissement prématuré ne fait qu'accroître la situation de précarité des personnes, installant ainsi les personnes dans un cercle vicieux au sein duquel précarité et vieillissement prématuré s'entretiennent l'un l'autre (Figure 1).

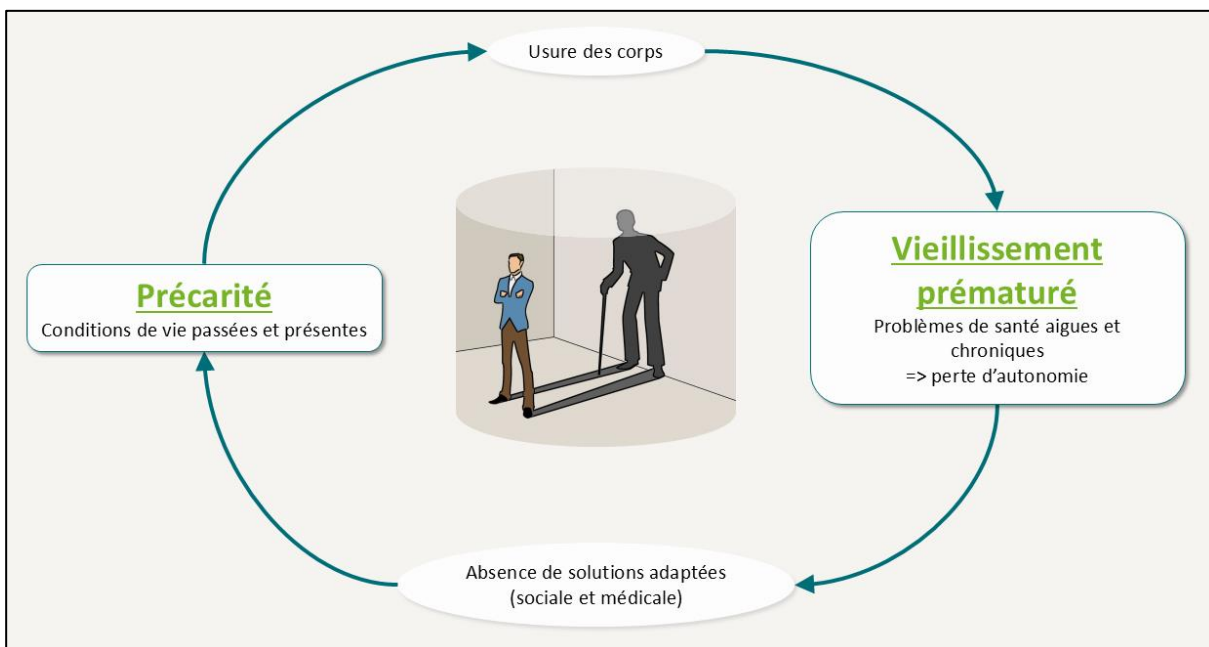


Figure 1 : La précarité et ses conditions de vie passées et présentes entraînent une usure des corps, qui elle-même entraîne un vieillissement prématuré.

I.2. Des personnes victimes d'une double exclusion

Le secteur de la lutte contre les exclusions rencontre des difficultés pour accueillir et accompagner ce public. En effet, les accompagnements proposés dans les dispositifs d'hébergement/logement et d'insertion actuels, s'ils sont adaptés aux personnes en situation de précarité, ne le sont pas pour un public vieillissant - prématurément ou non – et présentant une perte d'autonomie. En effet, celui-ci nécessite une présence médicale et/ou médicosociale permanente sur ses lieux de vie, pour, entre autres exemples, prévenir les risques de chute, offrir une aide aux tâches quotidiennes ou encore assurer une surveillance médicale.

Le bâti des structures existantes, n'est pas, lui non plus, adapté aux situations de perte d'autonomie et de perte de mobilité inhérentes au vieillissement - qu'il soit prématuré ou non - puisqu'il n'est souvent par exemple, pas adapté pour les personnes à mobilité réduite.

Les professionnels du secteur du grand âge ne sont, quant à eux, pas formés à la prise en charge d'un public en situation de précarité et d'exclusion. De plus, aujourd'hui, les politiques en direction des personnes âgées utilisent l'âge comme critère d'éligibilité. Il faut actuellement avoir 60 ans pour pouvoir bénéficier de certaines aides financières, prestations sociales et dispositifs, alors même que les personnes en situation de précarité peuvent présenter des signes cliniques et/ou sociaux imputables au vieillissement avant cet âge barrière (particulièrement dans le cas de vieillissement prématuré).

Ainsi, ni le secteur de la lutte contre l'exclusion, ni le secteur de la vieillesse ne sont adaptés pour l'accompagnement du public en situation de précarité vieillissant – prématurément ou non – ; principalement en raison de la dégradation de son état de santé imputable au vieillissement, pour le premier ; et en raison de la pratique d'une « *police des âges* »⁴ (Percheron & Rémond, 1991) qui organise les politiques publiques et catégorise leurs « ayant droit », pour le second.

Les personnes vieillissantes en situation de précarité sont donc victimes d'une double exclusion : en raison de leur précarité, mais également de leur âge (Figure 2).

Elles se trouvent alors dans l'angle mort des politiques publiques puisque, ni les politiques de lutte contre la pauvreté et les exclusions, ni les politiques du grand âge, n'ont pensé le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de précarité. En effet, les premières ont été construites en omettant le fait que les publics en situation de précarité pourraient vieillir, qui plus est, de manière prématurée. Quant aux secondes, l'engagement de manière précoce [comparé à la population générale] des personnes précaires dans leur processus de vieillissement n'a pas été pris en compte lors de leur construction.

⁴ Ce concept renvoie à « l'organisation de la société en classes d'âge » qui permet « la gestion des ressources humaines à travers la création administrative de seuil d'âge qui constituent diverses catégories "d'ayant droit" en fonction de l'âge » (Galland, 1992).

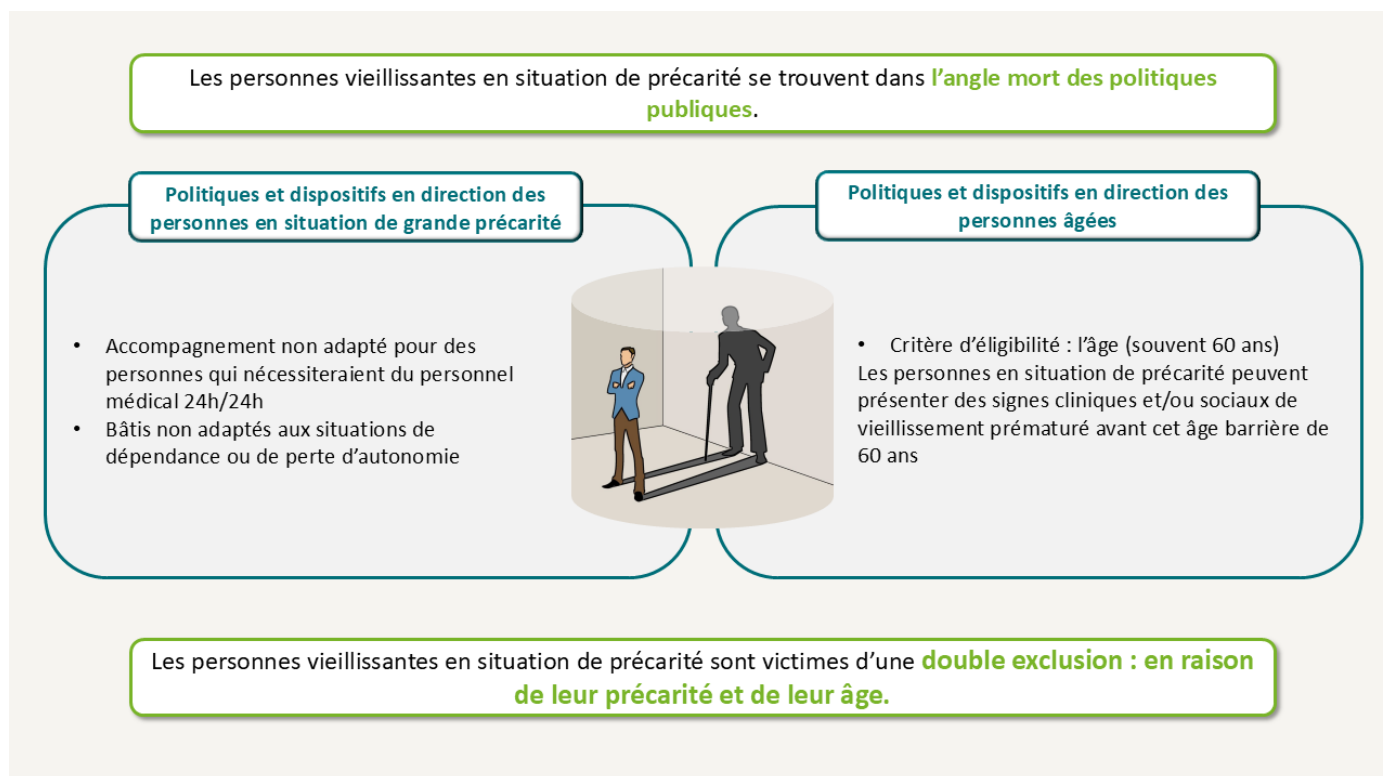


Figure 2 : Les personnes vieillissantes – prématurément ou non – et en situation de précarité sont victimes d'une double exclusion et se trouvent dans l'angle mort des politiques publiques

II. UN VIEILLISSEMENT PREMATURE AUX NOMBREUX ENJEUX ET MULTIPLES CONSEQUENCES

Les professionnels du secteur de la lutte contre les exclusions constatent un allongement des durées de séjour de ces publics, notamment dans les structures d'hébergement médicalisées tels que les lits haltes soins santé (LHSS), qui s'explique, faute de solutions adaptées à ces publics, par la prise en charge d'états pathologiques « qui sont beaucoup plus graves que ce que prévoit le texte du décret » (Schaerer & Ballanza, 2013), et dont certains cas relèvent même des soins palliatifs (Uribelarrea, 2021b).

Alors que ces dernières structures ne sont pas suffisamment équipées (tant au niveau du bâti, qu'au niveau des ressources humaines), la FAS Bretagne regrette l'absence de structures ou de dispositifs adaptés permettant de garantir des conditions de vie - ou de fin de vie - dignes aux publics vieillissants en situation de précarité, en perte d'autonomie et cumulant parfois des problématiques neurologiques, cognitives, psychiatriques.

Le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité soulève ainsi de nombreux enjeux tels que : l'adaptation du bâti des structures d'hébergement ; la formation des professionnels de différents secteurs ; la saturation de certains dispositifs d'hébergement ; la nécessité d'un accompagnement adapté prenant en compte la perte d'autonomie et les problématiques de troubles cognitifs ; la nécessité d'une adaptation des structures et dispositifs existants (DRAD, EHPAD, SSIAD, ESSIP, etc.) au public en situation de précarité

vieillissant pour faciliter leur accès au droit commun ; ou encore l'intervention de professionnels du secteur gériatrique dans les structures d'hébergement ou encore des enjeux relatifs à la fin de vie.

Le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité a également de multiples conséquences qui fragilisent notamment l'accompagnement des personnes concernées ; l'accompagnement des autres résidents ; ainsi que les conditions de travail des équipes de professionnels.

Face aux inquiétudes grandissantes de ses adhérents, la FAS Bretagne a souhaité mener, dans le cadre de l'appel à projet 2023 « relatif à la prévention et à lutte contre la pauvreté », une étude qualitative portant sur la problématique du vieillissement - prématuré ou non – des personnes en situation de précarité en Bretagne.

Le présent travail, réalisé sur une période de 12 mois, a donc un double objectif : (i) de tenter de réaliser un état des lieux de la problématique sur le territoire breton, ou du moins d'éclairer la situation du secteur de l'AHIL au regard des préoccupations des professionnels face au vieillissement – prématuré ou non - des personnes qu'ils accompagnent ; et (ii) de dégager des perspectives et pistes d'actions pouvant potentiellement constituer un arsenal de réponses aux problématiques soulevées.

Cette étude se veut inspirante pour qu'enfin les personnes en situation de précarité vieillissant prématurément ou non puissent être dignement prise en charge quel que soit le secteur par lequel elles sont accompagnées.

Ainsi, après une présentation de la méthodologie, la **première partie de ce rapport, présente les résultats de cette enquête**. Elle s'articule autour d'un premier chapitre qui s'attache à définir ce que sont le vieillissement et le vieillissement prématuré à partir des représentations des professionnels et des personnes accompagnées ; puis d'un deuxième chapitre qui discute les multiples conséquences de vieillissement prématuré tant sur le secteur social, les structures d'accueil et leur organisation de travail, les professionnels qui accompagnent les personnes concernées que sur les personnes accompagnées. Le troisième chapitre s'intéresse quant à lui aux trajectoires de fin de vie des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non et montre qu'en l'absence de solutions adaptées, la gestion de la fin de vie incombe actuellement et contre toute attente au secteur social. Le dernier chapitre de cette première partie met en lumière les différents freins d'accès aux structures du droit commun pour les personnes en situation de précarité et vieillissantes et en révèle ainsi leur exclusion.

La seconde partie de ce document discute et dresse une série de préconisations afin de permettre une réelle prise en compte du vieillissement des personnes en situation de précarité et de développer des solutions pour leur garantir un accompagnement digne. Celles-ci s'articulent autour de 5 grands axes : « former et décloisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial » ; « adapter le secteur de l'AHIL » ; « adapter le secteur du grand âge » ; créer des solutions innovantes » ; et « créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclu des différentes politiques publiques ».

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un apprentissage du Master 2 Santé Publique : Pilotage des politiques et actions en santé publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes.

I. RECUEIL DE DONNEES PAR ENQUETE DE TERRAIN

Ce travail a été mené auprès des adhérents de la FAS Bretagne de début octobre 2023 à fin septembre 2024. Il s'inscrit dans

Le recueil des matériaux s'est déroulé selon deux méthodes distinctes : la première consistant à recueillir des données au moyen d'un questionnaire, et la seconde s'appuyant sur des observations de terrain et des entretiens semi-directifs (enquête de terrain).

Le temps disponible pour réaliser l'enquête étant de 12 mois, le recueil par observations et entretiens s'est focalisé sur les structures d'hébergement/logement à l'exception des structures d'hébergement pour les demandeurs d'asile. En effet, un travail préliminaire à l'enquête a montré que les professionnels des différents hébergements tels que les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) et les centres d'hébergement provisoire (CPH) se sentaient moins impactés par la problématique du vieillissement prématuré ou non des personnes accompagnées. Néanmoins, certains répondants au questionnaires - exerçant dans des dispositifs autre qu'hébergement/logement de type point santé, accueils de jour ou équipe mobile - mentionnent des « difficultés de régularisation » lorsqu'elles décrivent les vulnérabilités supplémentaires que peuvent cumuler les personnes en situation de précarité et vieillissantes (Figure 4). Ainsi, bien que cette enquête ait majoritairement porté sur le secteur de l'AHIL et ait écarté le secteur de l'hébergement des personnes exilées (pour rappel, en apparence moins concerné par la problématique du vieillissement prématuré ou non), ce résultat indique que tous les publics en situation de précarité peuvent être confrontés au vieillissement prématuré, y compris les personnes exilées.

Par ailleurs, les autres structures et dispositifs, comme les points santé, les accueils de jour ou les équipes mobiles ont été inclus seulement dans la première phase de recueil par questionnaire, afin d'avoir un regard, bien que moindre, sur la population en situation de précarité et vieillissante - prématurément ou non – n'étant pas hébergée en structure (personnes sans domicile, résidants dans des squats ou des abris de fortune).

I.1. Recueil des matériaux par enquête de terrain

I.1.1. Immersions au sein des structures

Des semaines d’immersion au sein d’associations adhérentes présentes sur tout le territoire breton ont été organisées. L’objectif de ces dernières était de pouvoir découvrir les différentes structures composant le secteur de l’AHIL, de comprendre leur fonctionnement et ainsi percevoir si elles étaient concernées par le vieillissement, notamment le vieillissement prématuré des personnes qu’elles accompagnent et dans quelles mesures.

Le choix de réaliser des immersions a été motivé par le fait qu’elles ont « l’avantage d’aider les sociologues à se familiariser avec un univers social qui est étranger à la plupart d’entre eux » (Grignon & Passeron, 1989). Les immersions ont été rythmées par des observations participantes, des échanges informels avec les professionnels du secteur ainsi qu’avec des personnes accompagnées, mais également par des entretiens semi-directifs (Annexes 1 et 2). Chacune des immersions ont fait l’objet d’un compte-rendu détaillé dans un carnet de terrain.

Au total, ce sont trois semaines complètes d’immersion qui ont été réalisées au sein de trois associations différentes, ainsi que deux immersions d’une durée de trois et deux jours auprès de deux autres associations (Tableau 1).

Ces immersions ont permis de réaliser des entretiens semi-directifs avec des professionnels, et des résidentes, des cafés-discussions ainsi que d’avoir de nombreux échanges informels autant avec les professionnels qu’avec les résidents.

Elles ont permis d’effectuer l’enquête auprès des différents dispositifs tels que :

- des structures d’hébergement : centres d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres d’hébergement d’urgence (CHU),
- des structures médicosociales de soins résidentiels : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits d’accueil médicalisés (LAM), lits halte soins santé (LHSS),
- des structures de logement adapté : pensions de famille (PF), des résidences autonomie (RA), et des services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO)⁵ (Tableau 1).

⁵ Pour plus d’information consulter l’annexe I

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des périodes d’immersions réalisées lors de cette enquête

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

I.1.2. Entretiens semi-directifs

L’enquête de terrain a permis de réaliser 11 entretiens semi-directifs, dont 9 auprès de professionnelles et 2 auprès de résidentes (Annexe 1).

Les entretiens ont été réalisés à l’aide d’un guide d’entretien (Annexe 2).

Tous ces entretiens, d’une durée comprise entre 38 minutes et 1 heure 30, ont été enregistrés et intégralement retranscrits.

I.1.3. Cafés-discussions

Si les échanges avec les professionnels du secteur ont été facilités par le fait qu’ils sont impactés et préoccupés par la problématique dont l’enquête se proposait de traiter, les personnes accompagnées ont été plus difficile d’accès. En effet, les professionnels, de surcroît adhérents à la FAS Bretagne, étaient susceptibles d’avoir des attentes vis-à-vis de ce travail, tel que l’espoir d’une prise en compte des problématiques du vieillissement dans leur activité professionnelle. Ils ont donc représenté des « alliés », comme les nomme Gérard Mauger dans *Enquête en milieu populaire*, tout au long des immersions (Mauger, 1991).

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

Mobiliser et garder leur attention sur le sujet traité, surtout sur une thématique aussi délicate que le vieillissement, a demandé une profonde réflexion et adaptation sur le format à adopter.

Pour ce faire, des cafés discussions ont alors été mis en place. Ils avaient pour objectif d'échanger avec les personnes accompagnées qui le souhaitaient, autour d'un café et de gâteaux, sur la thématique du vieillissement au sein des structures de l'AHIL.

La structure enquêtée recevait une affiche, afin de prévenir les résidents/personnes accompagnées du déroulement à venir d'un café discussion. La thématique de ce dernier y était inscrite, et variait en fonction des structures et notamment de la facilité avec laquelle il avait été possible d'aborder le sujet du vieillissement lors d'une première visite. Par exemple, pour l'affiche de la pension de famille de l'Association 4, où les résidents étaient déjà familiarisés avec le sujet de l'étude - puisque la coordinatrice, elle-même, mène une étude sur cette thématique à une échelle locale - il y était inscrit : « *C'est quoi le vieillissement ? Et si on en parlait ...* » (Annexe 3). *A contrario*, la porte d'entrée pour parler du vieillissement au sein de la résidence autonomie de l'Association 5 - dont les résidents ne souhaitaient pas aborder ce sujet - s'est effectuée au travers du thème : « *Vivre en résidence autonomie. Et si on en parlait ...* » (Annexe 4).

Au total, 3 cafés discussion, ont été réalisés et ont permis d'échanger avec 22 personnes accompagnées. Ils n'ont pas été enregistrés afin de faciliter la prise de parole des participants. Les échanges ont cependant fait l'objet de notes sur le carnet de terrain, après accord des personnes présentes. Néanmoins, pour certaines personnes présentes lors de ces échanges collectifs, cette prise de note a induit une certaine méfiance. Celles-ci ont pu exprimer une forme d'inquiétude sur la manière dont leur parole allait être rapportée, et surtout sur l'objectif final de ce recueil de données. Les objectifs de ces cafés discussions étaient alors réexpliqués, et l'anonymisation des données recueillies était expliqué.

Lors de ces cafés discussions, la présence d'au moins un ou une professionnelle du social, a également permis de mettre en confiance les personnes accompagnées participantes, ainsi que d'aborder des sujets tel que le décès d'anciens résidents.

La résiliation des cafés discussion a montré qu'il n'était pas toujours évident pour les personnes accompagnées de comprendre que les immersions n'étaient pas le fait de la présence d'un nouveau membre de l'équipe ou d'une personne en formation, mais bien de l'observation dans le cadre d'un travail académique. Ce qui, dans un sens, a été un avantage, puisque cela a permis d'éviter une certaine forme de défiance et d'amener une fluidité dans les échanges, une fois les doutes sur la prise de notes dépassés.

Ces cafés discussions ont par ailleurs permis de réaliser deux entretiens semi-directifs avec deux résidentes de la pension de famille de l'Association 4 qui ont duré 38 minutes pour l'un et une 1h14 pour l'autre (voir Méthodologie - 0) (Annexe I).

I.1.4. Echanges informels

Les périodes d'immersion, assurant une présence régulière de l'enquêtrice sur le terrain a contribué à la tenue d'échanges informels avec les personnes accompagnées par ces structures, ainsi qu'avec les professionnels de

ces dernières. Ces échanges informels ont tous immédiatement et le plus fidèlement possibles été retranscrits dans le carnet de terrain.

I.1.5. Analyse de documents

Différents documents ont également été analysés pour ce travail : les bilans d'activité de 2019 à 2023 de la pension de famille de l'Association 1 ; l'évaluation médicale de 2020 de la pension de famille de l'Association 4 ; et un document concernant la formation des professionnels du social à la thématique du vieillissement et de la précarité dispensée par la FAS Ile de France.

I.2. Recueil des données par questionnaire

En parallèle de l'enquête de terrain, un questionnaire en ligne a été construit à destination des professionnels bretons, adhérents à la FAS Bretagne, et accompagnant des personnes en situation de précarité afin de savoir s'ils étaient confrontés à l'accompagnement de personnes vieillissantes – prématurément ou non.

Ce questionnaire avait pour but d'estimer le nombre de personnes concernées par le vieillissement et le vieillissement prématuré et hébergées dans les structures ; de répertorier les vulnérabilités et difficultés que rencontre ce public ; ainsi que d'interroger les conséquences que celui-ci induit sur les organisations et les professionnels.

Ce questionnaire est resté « ouvert » du 20/11/2023 au 20/05/2024 et était composé des 3 grandes sections suivantes dans lesquelles plusieurs thématiques étaient abordées (Annexe 5) :

- Section 1 : La structure / le dispositif.
 - type de structure répondante,
 - nombre de places d'hébergement qu'elle possède (le cas échéant),
 - son territoire d'action.
- Section 2 : Le vieillissement.
 - difficultés liées à l'âge que rencontre le public sur la structure,
 - nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré,
 - nombre de personnes âgées de plus de 60 ans,
 - nombre de personnes vieillissant prématurément décédées en 2023,
 - cumul d'autres vulnérabilité/problématiques de santé,
 - adaptation de la structure/dispositif,
 - motifs de sorties de la structure/dispositif,
 - orientations vers les établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées,
 - impact du vieillissement sur les structures/dispositifs,
 - partenariats de la structure.

- Section 3 : Le répondant. Cette structure interrogeait la fonction du répondant, les impacts du vieillissement sur son travail et son bien-être au travail, et son contact.

Ce questionnaire a permis de recueillir 31 réponses de la part de professionnels sociaux ou médicaux exerçant dans le secteur social.

Les répondants avaient la possibilité de répondre pour différents dispositifs lors d'une même saisie. Par exemple un professionnel d'une structure disposant de plusieurs dispositifs pouvait répondre pour décrire la situation sur le CHRS, et l'hébergement d'urgence sur lesquels il travaille.

II. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES

II.1. Analyse des données recueillies par enquête de terrain

Afin d'analyser les matériaux recueillis lors de l'enquête de terrain, les entretiens semis-directifs ont été intégralement retranscrits et le carnet de terrain a été transposé en version numérique pour que « l'analyse s'effectue et se poursuive dans chacune des étapes » de l'enquête (Ramos, 2015).

Une première analyse a permis d'interroger les représentations que se font les différents enquêtés (les professionnels du social et les personnes accompagnées) du vieillissement et de son processus (Partie 1 - chapitre 1). Une seconde analyse a été effectuée afin de déterminer quels étaient les impacts du vieillissement prématuré ou non sur les structures ainsi que sur le travail des professionnels du secteur de l'AHIL (Partie 1 - chapitre 2), puis sur l'accès des personnes concernées aux dispositifs du grand âge (Partie 1 - chapitre 4). Une dernière analyse a quant à elle porté sur la question de la fin de vie dans les structures de l'AHIL (Partie 1 - chapitre 4).

II.2. Analyse des données recueillies par questionnaire

II.2.1. Méthode d'analyse des données recueillies

Les données issues du questionnaire ont quant à elles été analysées sur Excel. Étant donné le faible nombre de réponses (n=31), il n'a pas été possible de réaliser des statistiques sur ces données. L'analyse du questionnaire présentée dans ce rapport est donc une analyse descriptive des données recueillies.

Toutes les réponses ont été analysées ensemble, excepté pour les résultats concernant le **nombre de personnes concernées par la problématique** (

Tableau 2). En effet, ne pouvant pas avoir d'idée précise des files actives des dispositifs de type points santé, accueils de jour et équipes mobiles, les réponses ont alors été scindées en deux groupes, uniquement pour l'analyse de cette variable :

- Celles concernant des dispositifs d'hébergement, de logement et de soins résidentiels : Accueils de nuit ; CHU ; CHRS ; pensions de famille/maison relais ; LHSS ; LAM ; ACT ; places de stabilisation ; résidences autonomie ; ALT (Allocation logement temporaire) – pour lesquelles un nombre de places peut être indiqué.
- Celles concernant les autres dispositifs : les accueils de jour, les points santé, les équipes mobiles – pour lesquels il est impossible de connaître précisément leur file active.

Tableau 2 : Processus d'analyse des données recueillies au moyen de l'enquête par questionnaire

Les données ont été analysées dans leur ensemble, pour toutes les questions, hormis celles portant sur le nombre de personnes concernées par la problématique du vieillissement prématuré

Section 1 : La structure / le dispositif.	Analyse de l'ensemble des données recueillies	
Section 2 : Le vieillissement	Analyse de l'ensemble des données recueillies	
Section 3 : Le répondant	Analyse de l'ensemble des données recueillies	
Evaluation du nombre de personnes concernées (à partir d'éléments de la section 1 et 2)	Analyse séparée des données recueillies auprès de professionnels exerçant dans des structures de l'AHIL et des structures de soins résidentiels : Accueils de nuit, hébergements d'urgence, CHRS, pensions de famille, LHSS, LAM, ACT, places de stabilisation et résidences autonomie Réponse n° 19 exclue	Analyse séparée des données recueillies auprès de professionnels exerçant dans d'autres structures : accueils de jour, points santé et équipes mobiles

Pour l'analyse de cette même variable (« nombre de personnes concernées par la thématique »), et celle-ci uniquement, la réponse n°19 a été exclue car le ou la répondante a inscrit un nombre de personnes concernées par le vieillissement plus important que le nombre de places disponibles sur la structure.

II.2.2. Profil des professionnels ayant répondu au questionnaire

Les répondants au questionnaire sont majoritairement des professionnels du social. En effet, parmi les 31 réponses au questionnaire obtenues, 21 ont été saisies par des professionnels du social (directions comprises), et 10 par des professionnels du soin (7 par des infirmières et 3 par des médecins).

Les 4 départements bretons sont représentés puisque dans les réponses recueillies, 6 réponses concernent des structures et/ou dispositifs implantés dans les Côtes-d'Armor, 12 réponses dans le Finistère, 6 réponses dans l'Ille et Vilaine et 7 réponses dans le Morbihan.

III. ANALYSE ET LIMITES DE LA METHODOLOGIE

III.1. Limites du recueil par enquête de terrain

Les enquêtés ont été sélectionnés, dans cette étude, sur la base du volontariat, c'est-à-dire en fonction de leur investissement pour cette thématique. Il n'a donc pas été possible d'interroger des personnes qui se ne sentent pas concernées.

De plus, l'enquête de terrain a été réalisée sur des structures – volontaires – implantées dans seulement trois des quatre départements bretons et ne couvre donc pas la totalité de la région. Néanmoins, aux vues des réponses au questionnaire, nous pouvons voir que les quatre départements sont concernés par la problématique.

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

III.2. Limite du recueil par questionnaire

La principale limite de l'analyse des données recueillies au moyen du questionnaire est le faible nombre de réponses (n=31) ne permettant pas de réaliser d'étude statistique afin de dresser un état des lieux exhaustif de la situation concernant la problématique du vieillissement et du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité dans toute la région.

Néanmoins, elle permet une analyse descriptive de qualité des données recueillies.

PREMIERE PARTIE

-

LES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans cette partie, les verbatims issus de l'enquête seront la plupart du temps contextualisés comme suit :
(Fonction de la personne ; type de structure d'appartenance).

Si le verbatim est issu d'un café discussion ou extrait des réponse aux questionnaire, il sera alors précisé, respectivement : « café discussion » ou « questionnaire ».

Abréviations utilisées pour contextualiser les verbatims :

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AES : Accompagnant éducatif et social

CESF : Conseiller en économie sociale et solidaire

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

LAM : Lit d'accueil médicalisé

LHSS : Lit halte soins santé

PF : pension de famille

RA : Résidence autonomie

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

CHAPITRE 1 : QUE SONT LE VIEILLISSEMENT ET LE VIEILLISSEMENT PREMATURE ?

I. LE VIEILLISSEMENT PERÇU DANS LE SECTEUR DE L'AHIL : REPRESENTATIONS CROISEES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES ET DES PROFESSIONNELS

Le vieillissement est un processus qui, aujourd'hui, se découpe en trois grandes étapes : le retraite active, le veuvage et enfin la dépendance. Il s'inscrit dans la segmentation ternaire du parcours de vie, qui se compose (i) de la jeunesse ; (ii) de l'âge adulte rythmé par le travail ; et pour finir, (iii) de la vieillesse (Caradec, 2022). La question est de savoir si les acteurs du social et les personnes accompagnées ont la même représentation de la vieillesse - pour ce public ainsi que pour eux-mêmes – que celle ancrée dans les normes sociales. En effet, le public précaire ayant connu des ruptures dans leur parcours de vie, peuvent, de fait, ne pas se reconnaître sur cette forme d'institutionnalisation des parcours de vie (même si aujourd'hui cette notion est remise en question face à la montée de la désinstitutionnalisation du cycle de vie).

Comprendre comment le vieillissement est perçu dans ces structures (aussi bien par les professionnels que par les résidents) et un moyen de percevoir comment cette thématique devient une problématique au sein de ces dernières.

I.1. Les différentes formes de vieillissement pensées par les personnes accompagnées

I.1.1. Différentes figures de l'ancien, au travers de quatre processus de catégorisation

Dans son enquête sur une pension de famille, C. Doubovetzky identifiait que « l'âge chronologique n'[était] pas la caractéristique unique pour définir [le] vieillissement, loin de là » (Doubovetzky, 2016). Elle identifiait alors 3 formes de vieillissement perçues par ses enquêtés : *les vieux*, qui « ne sont pas forcément les plus âgés mais les plus "médicalisés" » ; *le doyen*, qui est celui dont l'âge est le plus élevé ; et *les anciens*, qui sont ceux qui cumulent le plus d'années passées à la rue (Doubovetzky, 2016).

Dans le présent travail, nous retrouvons également différentes formes de vieillissements dans les représentations du vieillissement qu'ont les personnes accompagnées enquêtées. En effet, même si de premier abord les enquêtés fixent l'âge pour lequel les premiers signes de vieillesse apparaissent à partir des soixante-dix ans, il existe néanmoins d'autres représentations de la figure de l'ancien au sein des structures de l'AHIL. Ce travail a permis d'en identifier quatre.

La première est celle du doyen, qui, comme chez C. Doubovetzky, peut être attribuée à la personne la plus âgée de la structure, comme c'est le cas de cette résidente de soixante-dix ans : « *Je crois que la moyenne d'âge, c'est*

soixante ans, quelque chose comme ça. La moyenne d'âge. Sauf moi, la vieille. L'ancêtre. La doyenne, qu'ils m'appellent » (Résidente - PF).

La seconde est perçue selon le couple âge/durée de séjour, comme pour ce résident de soixante-dix-huit ans : *« G., qui est le doyen, qui est là depuis l'ouverture »* (Assistante sociale – PF).

Pour finir, la figure de l'ancien peut être attribuée à une personne en fonction de ses attributs physiques, mais celle-ci peut ensuite se voir catégorisée, donnant ainsi deux nouvelles figures que sont celles du « bon » et du « mauvais » ancien, comme l'expose l'extrait suivant :

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

« M. C évoque les termes de « bon » et de « mauvais ancien ». Un bon ancien, pour lui est une personne comme M. F⁶ (âgé de 65 ans) qui se lève tôt – 6h45 – et qui est propre sur lui. Alors qu'un mauvais ancien serait plus comme M. L⁷ (âgé de 57 ans), qui ne respecte pas les règles imposées par le CHRS. Pour exemple, M. L durant cette conversation, se sert un café et ne jette pas son gobelet une fois celui-ci bu. M. C lui "rappelle " donc de le jeter ».

Ces deux dernières figures, du « bon ancien » et du « mauvais ancien » peuvent être respectivement rapprochées de l'ancien qui « a une sorte de sagesse » et de l'ancien qui est « hors normes » et qui « ne respecte rien », toutes deux identifiées dans les représentations du vieillissement des personnes auprès desquelles C. Doubovetzky a enquêté (Doubovetzky, 2016).

I.1.2. La représentation du vieillissement au prisme de l'âge

Les échanges avec les personnes accompagnées des différentes structures enquêtées ont tout d'abord montré une acceptation de la norme du retraité actif, puisque selon eux : *« À 60 ans, 70 ans on est pas vieux » ; « Quand on part à la retraite on est pas forcément vieux »* (Résidents - Café discussion – PF). Ils évoquent même une « bonne manière de vieillir », illustrée par le fait de rester actif aux travers de différentes activités : *« Peut-être de ne pas trop bouger, de ne pas faire les activités, de rester chez soi. Je pense que c'est pas bon. Moi, je vois ça comme ça. Pour moi, c'est pas bon »* (Résidente 2 – PF). Les exemples d'activités données par les personnes accompagnées étaient les suivants : le jardinage, la marche à pied, la lecture, faire des jeux de sociétés, entretenir son logement/son hébergement.

La question de l'isolement social – caractéristique de l'étape du veuvage⁸ – a été évoquée à plusieurs reprises. Il faut néanmoins préciser que pour ces personnes relevant de l'AHIL, l'isolement social n'est pas une étape nouvelle de leur parcours de vie, puisqu'il constitue l'un des motifs de leur prise en charge. Cependant, dans

⁶ M. F porte des lunettes, ses cheveux sont blancs, il est bien habillé, est retraité et s'exprime dans un langage soutenu.

⁷ M. L a des béquilles, n'est pas correctement vêtu, il lui manque de nombreuses dents, il n'a presque plus de cheveux.

⁸ « Le décès de la conjointe ou du conjoint chez les personnes âgées est un vecteur d'apparition de l'isolement social chez cette partie de la population. Cet isolement social est déterminé par le fait de voir ou non sa famille et ses amis, d'être en bonne ou en mauvaise santé et de ne pas avoir une personne à appeler en cas d'urgence » (Brunel & Eideliman, 2022).

leurs représentations, il peut être rattaché à un versant négatif de la notion du vieillissement et être identifié comme un vecteur de son apparition : « *C'est la déprime quand on est isolé* » (résident - Café discussion – RA) ; « *Le contact avec la famille, les amis, quand on en a c'est très important. Si l'on n'a pas de contact social ça engendre le vieillissement* » (résident - Café discussion – PF). L'isolement social, dont l'apparition – dans le cas de notre enquête - ne dépend pas nécessairement du décès du conjoint ou de la conjointe ni d'un âge précis est donc perçu par les personnes accompagnées comme un facteur vecteur de vieillissement. Enfin, les personnes accompagnées interrogées dans cette enquête définissent la notion de dépendance comme étant une forme de « *déchéance* » et l'assimile à l'entrée en EHPAD (Partie 1 – chapitre 4 - II).

Ainsi, au vu de ces exemples, pour les personnes accompagnées, « l'âge n'est pas, pour ce public, un élément prédominant du vieillissement » (Dobovetzky, 2020), mais il relève plutôt de facteurs tels que le manque d'activité et l'isolement.

I.1.3. La représentation du vieillissement prématuré

Cependant, d'après les personnes accompagnées enquêtées, un autre versant fondateur du vieillissement semble la dégradation ou l'altération de l'état de santé.

Les personnes interrogées n'emploient pas le terme de vieillissement prématuré – utilisé dans ce rapport – mais cela ne signifie pas qu'elles n'ont pas conscience que certaines personnes vieillissent à un âge plus précoce que dans la population générale :

« *Vieillir c'est à partir de 60 ans, d'autres c'est avant quand ils ont une maladie* » (Résident - Café discussion – RA) ;

« *Dans notre cas il y en a qui, à soixante ans, ne sont plus capables de rien faire* » (Résident - Café discussion – PF).

Ainsi, ces résultats confirment ceux de C. Dobovetzki qui, en 2016, montrait que le vieillissement prématuré était conscientisé par les résidents de la pension de famille enquêtée ; et qu'en plus « d'en avoir consciences, il [était] expliqué » (Dobovetzky, 2016).

Leur conception du vieillissement prématuré est donc étroitement liée à la maladie et à la perte d'autonomie. Le parcours de vie est évoqué comme raison du développement de ces maladies, qui elles-mêmes induiraient le vieillissement prématuré. La présence de stress, la consommation de tabac, d'alcool, de toxiques, la mauvaise alimentation sont autant d'exemples de facteurs explicatifs de l'apparition du vieillissement prématuré, qu'il a été possible de recueillir lors des cafés-discussions. Les personnes interrogées semblent donc, au travers des exemples précédents, avoir conscience du rôle des déterminants de la santé⁹. Les personnes interrogées font

⁹ « On regroupe sous l'expression « déterminants de la santé » l'ensemble des facteurs qui influencent, positivement ou négativement, l'état de santé des individus et populations » (Raimondeau, 2020).

donc bien la distinction entre les « retraités actifs » et les « personnes dépendantes ». Elles semblent cependant avoir pleinement conscience que ces normes ne représentent pas une réalité universelle.

Ainsi, les représentations des enquêtés montrent une forme de vieillissement à deux vitesses, avec d'un côté, les personnes suivant un parcours correspondant à la représentation du parcours de vie formalisée par les normes sociales, et de l'autre, celles qui vieillissent de manière prématurée.

I.1.4. La représentation de leur propre vieillissement : du déni à la crainte

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

Extraits carnet de terrain – PF Association 1 :

« Lors de la préparation du repas de midi avec deux résidents (un homme et une femme), lorsque la question du vieillissement a été abordée, tous deux ont répondu qu'ils n'y pensent pas du tout ».
« M. P exprime que le vieillissement c'est la mort pour lui, que ce n'est pas l'apparition d'invalidité qui le préoccupe car ses parents, oncles et tantes n'en ont pas « souffert » lorsqu'ils étaient âgés. Il développe en expliquant que sa plus grande inquiétude en pensant à la mort, est de ne pas voir les années passer, et que cela occupe 90 % de ses pensées ».

La prise de conscience de sa finitude peut aussi engendrer des sentiments d'énervement et de peur :

« Ça m'énerve, ça me fait chier de vieillir » (Résident - Café discussion – PF) ;
« Le vieillissement ça me fait peur » (Résident - Café discussion – PF) ;
« Moi ce qui me fait peur c'est la façon de vieillir plus que la mort » (Résident - Café discussion – PF).

Si avoir conscience de sa situation permet une pleine autonomie décisionnelle concernant son avenir - ce qui peut être rattaché à la notion de consentement éclairé telle qu'explicité dans la loi Kouchner du 2 janvier 2002¹⁰ -, la présence de déni chez certaines personnes enquêtées peut cependant être mentionnée, comme c'est le cas chez M. L, qui en dépit de son manque d'autonomie dans l'exécution des tâches quotidiennes (d'après les professionnels qui l'accompagnent), continue de souhaiter obtenir un logement autonome dans lequel il pourrait accueillir ses enfants :

¹⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002

Extrait carnet de terrain – CHRS Association 2 :

« M. L rentre dans la catégorie des personnes précaires vieillissantes. Il présente des addictions aux drogues dures, des troubles psychologiques, et une forte perte d'autonomie. Selon M [travailleuse sociale] : " Arriver à 57 ans quand on a des addictions c'est déjà du grand âge ". Il représente le cas type de la personne que l'on ne peut pas orienter sur d'autres dispositifs – qui ne peut pas avoir une sortie en logement autonome - mais qui ne correspond plus au profil du CHRS car pas assez autonome. Lors d'un échange avec M. L, il explique qu'il souhaite avoir un appartement dans lequel vivre avec ses deux enfants présents en France. Il veut un logement avec trois chambres pour que chacun d'entre eux puisse en avoir une ».

Ainsi, les échanges avec les personnes accompagnées suggèrent que chacune d'elles possède sa propre vision du vieillissement – même si l'intériorisation des normes sociales est présente – et sa propre expérience de celle-ci.

De plus, ce dernier extrait met en avant une forme de clivage entre, d'une part, les souhaits de la personne ; sa situation réelle ; et d'autre part, les préconisations d'orientations des travailleurs sociaux.

I.2. Le vieillissement pensé par les professionnels du social – une notion difficile à définir

I.2.1. Le vieillissement n'est pas un problème en soi ; le vieillissement prématuré n'est un problème que lorsqu'il induit une perte d'autonomie

Pour les professionnels enquêtés présents sur les différentes structures, qu'ils soient infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ou travailleurs sociaux, établir une définition claire et précise du vieillissement apparaît comme une tâche difficile. Une forme de consensus se dégage pour affirmer que le vieillissement est une étape constituante du parcours de vie, et qu'il n'est pas en soi un problème à part entière :

« Le vieillissement, c'est... C'est quoi, le vieillissement ? C'est les années qui passent. Tout le monde vieillit. Après, le vieillissement, c'est inhérent, c'est quelque chose inhérent à la vie. Le vieillissement, c'est pas un problème en soi, de vieillir. Après c'est comment on vieillit et quand on arrive à une perte d'autonomie liée justement au vieillissement somatique et aussi psychique, quels moyens on a autour pour prendre en charge ces symptômes, on pourrait dire du vieillissement » (Monitrice éducatrice – PF).

Le vieillissement prématuré, quant à lui, peut être perçu quand l'image de la personne accompagnée vieillissante renvoie à l'image de soi :

« je vois que moi je vieillis, que certains salariés vieillissent un petit peu aussi et je pense que c'est une question qu'on se pose encore plus quand on a l'âge de certaines personnes qu'on accueille et

qu'on se rend compte qu'ils vieillissent quand même beaucoup plus vite que nous » (Directrice adjointe – PF).

Ainsi, la comparaison de son propre couple état de santé/âge avec celui d'une personne en situation de précarité vieillissant prématurément, permet aux professionnels de rendre concrète la notion de vieillissement prématuré.

Le vieillissement ne semble pas être, pour les professionnels, une problématique en soit, mais le devient lorsque des symptômes et problématiques généralement associées au vieillissement des personnes appartenant à la catégorie du grand âge apparaissent, tels qu'une perte d'autonomie et/ou des pathologies chroniques comme l'arthrose, des troubles de la mémoire, etc.

En effet, l'enquête par questionnaire montre que lorsque l'on questionne les professionnels sur les problématiques liées à l'âge qu'ils repèrent sur leurs structures/dispositifs (Figure 3), 28 répondants (sur 31), soit 90 % d'entre eux, déclarent accompagner des personnes présentant un vieillissement prématuré et/ou précoce. C'est la problématique arrivant en tête. Viennent ensuite les problématiques de perte d'autonomie (n=24), puis la présence de pathologies chroniques et de polypathologies (n=19 chacune) ainsi que la perte de mobilité (n=18) et les situations de handicap(s) (n=17). Enfin, arrivent la sénilité (n=11).

Ces résultats permettent non seulement de dire que les problématiques liées à l'âge repérées par les professionnels du secteur chez les personnes accompagnées sont nombreuses, mais également qu'une grande majorité d'entre elles et eux constatent un vieillissement prématuré d'une partie d'entre elles.

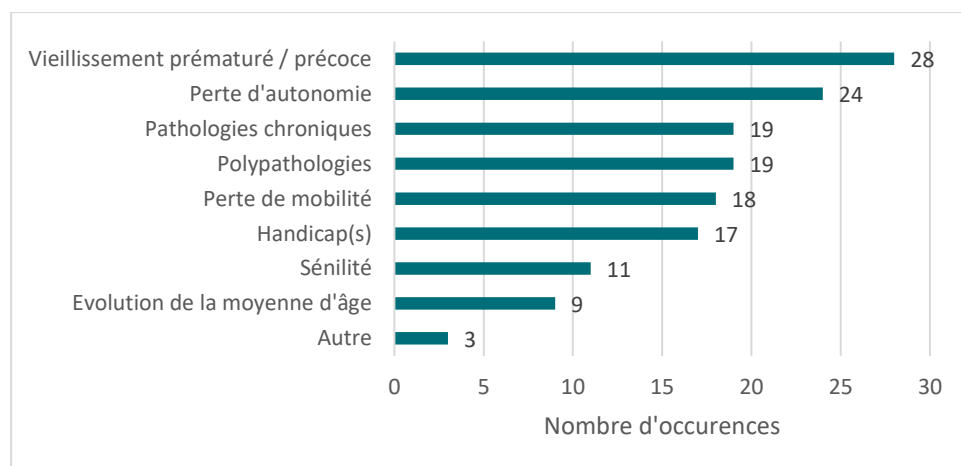


Figure 3 : Problématiques liées à l'âge repérées sur les dispositifs et structures par les répondants au questionnaire

Parmi « autres » : « troubles cognitifs » (n=1), « difficultés d'accès aux soins, éloignements des structures de santé, addictions chroniques depuis plusieurs années » (n=1).

Cependant, les entretiens réalisés dans l'enquête de terrain montrent, à l'inverse des résultats du questionnaire, qu'aucun des professionnels interrogés n'emploient le terme de « vieillissement » pour décrire la situation d'une personne accompagnée que l'on catégoriserait en situation de vieillissement prématuré, mais

celui de « *perte d'autonomie* » (TISF¹¹ – CHRS). Cette différence peut s'expliquer par le fait que, dans le questionnaire, une définition du terme « *vieillessement prématuré* » était proposée, à savoir « On entend par *vieillessement prématuré* une situation où la personne présente des signes cliniques (maladie chronique, perte d'autonomie, déficit cognitif) et sociaux (isolement) généralement attribués à l'avancée dans l'âge, avant leurs apparitions dans la population générale », orientant dès lors la perception de ce que l'enquêtrice définissait comme *vieillessement prématuré*.

La perte d'autonomie – anciennement qualifiée de dépendance – « se dit de "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière"¹² (art. 2 de la loi du 24 janvier 1997) ». Dans la pratique professionnelle observée lors du présent travail, elle est celle qui permet de décrire les situations de *vieillessement* et de *vieillessement prématuré* : « *Mais il y a une perte d'autonomie qui est assez importante sur des publics qui, peut-être jusque-là, étaient un peu plus âgés. La moyenne d'âge, c'est entre 55 et 60 ans, avec des problématiques physiques assez importantes* » (Assistante sociale – PF). La perte d'autonomie ici intègre donc le fait que le *vieillessement* est *prématuré* lorsqu'il apparaît avant soixante ans.

Le *vieillessement* n'est donc pas considéré comme un problème en soi, mais il le devient lorsqu'il est concomitant à une apparition de perte d'autonomie chez les personnes accompagnées. Celui-ci se repère et questionne les professionnels lorsqu'il vient interroger les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux (voir chapitre 2 - II.1.1 et chapitre 2 - II.1.2).

I.2.2. Le *vieillessement prématuré*, résultat d'un combo de problématiques spécifiques

Cependant, les professionnels enquêtés sur le terrain affirment de manière consensuelle que le *vieillessement* est à considérer comme un processus se cumulant à des problématiques préexistantes et non pas comme un problème en lui-même :

« *Puis ce qu'on repère en effet ce sont des personnes qui ont des problèmes de santé. Qui ont eu aussi un parcours souvent difficile, qui ont été en rupture de leur parcours de santé pour la plupart, beaucoup, ou qui ont des troubles, enfin en tout cas des pathologies chroniques, liés souvent à des addictions ou à des problèmes psychologiques qui n'ont pas été pris en charge. Qui se sont complètement écartés de leur parcours de santé, donc jamais suivi, ou qui ont très peu ou qui n'ont pas souhaité aussi avoir de suivi parce qu'ils se rendent pas acteurs non plus de leur projet, en fait. Ça, c'est aussi une grande problématique* » (IDE – CHRS).

Tous les répondants au questionnaire déclarent, à l'unanimité, que les personnes concernées par le *vieillessement prématuré* qu'ils et elles accompagnent cumulent plusieurs formes de vulnérabilités. Afin

¹¹ Technicien de l'intervention sociale et familiale

¹²<https://www.vie-publique.fr/fiches/262489-quest-ce-quune-personne-dependante-perte-dautonomie>, consultée le 10/01/2025

d'identifier ces vulnérabilités supplémentaires et ; partant du principe que le vieillissement prématuré s'illustre par une ou plusieurs pathologies chroniques (avant l'âge d'apparition en population générale), et que les personnes concernées dans cette étude sont, de fait, en situation de précarité ; le questionnaire proposait uniquement deux vulnérabilités : les troubles d'addictions et les troubles de santé mentale. Le questionnaire laissait cependant la possibilité d'indiquer d'autres vulnérabilités dans un champ de commentaire libre.

Les résultats du questionnaire montrent que les personnes en situation de précarité vieillissant prématurément cumulent situation de vieillissement et troubles de la santé mentale (29 répondants sur 31) ainsi que situation de vieillissement et des troubles d'addictions (28 répondants sur 31) (Figure 4).

D'autres problématiques sont également soulevées par les répondants au questionnaire, comme par exemple, des pathologies neuro-dégénératives, des difficultés relationnelles, des difficultés de mobilité, des problèmes mnésiques¹³, ou encore des handicaps physiques.

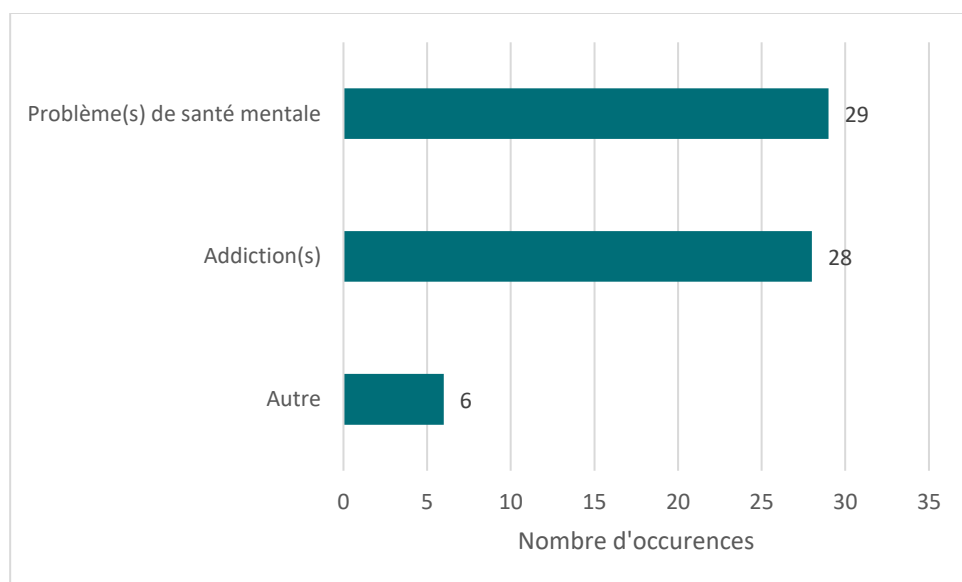


Figure 4 : Les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément cumulent les vulnérabilités

Parmi « Autre » : « non maîtrise de l'écrit et de la lecture / difficulté de régularisation » ; « santé (encoprésie, énurésie, pathologies chroniques, problèmes mnésiques...) » ; « Isolement, mobilité inaccessible, logement insalubre » ; « pathologie neuro-dégénérative » ; « vulnérabilités relationnelles, financières » ; « handicap physique ».

Les personnes atteintes de troubles psychiques ont une espérance de vie plus faible que la population générale, « en moyenne 16 ans [de moins] chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés » (Coldefy & Gandré, 2018). De plus, une étude néozélandaise, réalisée sur une cohorte de 1037 individus a montré que les troubles psychiques contribuaient à la dégradation physiologique progressive et graduelle des corps, sous-tendant ainsi une accélération du processus de vieillissement des patients (Richmond-Rakerd et al., 2021). Ce public est par exemple sujet aux ruptures de parcours de soins, aux difficultés de prise en charge par le secteur sanitaire, aux effets secondaires dus aux traitements psychotropes

¹³ C'est-à-dire des troubles de la mémoire

et à la non-observance de ces traitements. Ces facteurs peuvent être, tout autant les uns que les autres, vecteurs d'accélération du processus de vieillissement.

Ainsi, face à un public vieillissant prématurément, et souffrant de troubles psychiques, une adaptation de l'accompagnement proposé par les structures devient nécessaire ; d'autant plus que leurs partenaires tels que « les Centre médico-psychologiques (CMP) [...] voient leur file active – et donc les délais d'attente – s'allonger, pendant que la psychiatrie libérale se spécialise sur le créneau rentable des “troubles” des classes moyennes et supérieures » (Fauquette & Pierru, 2020).

Le cumul du statut de précaire et de celui de personne porteuse de pathologies psychiques peut, de surcroît, engendrer une forme de double stigmatisation de ces personnes et, par conséquent, des difficultés accrues dans leur prise en charge.

Quant aux troubles d'addictions, ils engendrent, sur le long terme, de graves problématiques de santé. Par exemple, les personnes avec une très forte dépendance à l'alcool présentent « des performances cognitives similaires à des personnes saines ayant dix à vingt ans de plus » (De Wever et al., 2011) qui se manifestent par des pertes de mémoires et des problèmes d'apprentissage¹⁴.

Confirmant les résultats du questionnaire concernant le cumul de situations de vieillissement et de troubles d'addiction, les professionnels interrogés lors de la phase de terrain montrent que la problématique du vieillissement n'est pas uniquement à regarder sous l'angle de la vieillesse, mais doit, au contraire, inclure les problématiques spécifiques de ce public comme celle des troubles psychiques ou des addictions. Il apparaît donc, comme l'explique la DIHAL dans son rapport de 2015 sur les pensions de famille, que « la définition du vieillissement renvoie peut-être ici moins à des questions d'âge ou de perte d'autonomie qu'à des difficultés de santé accrues, qui conduisent nombre d'hôtes à parler de vieillissement précoce » (DIHAL, 2015).

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

¹⁴<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante> ; consulté le 10/01/2025

FOCUS N°1 : UNE PRESENCE PLUS IMPORTANTE DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES AU SEIN DES STRUCTURES DE L'AHIL

Les professionnels enquêtés font part depuis quelques années d'une présence plus importante, au sein des structures d'hébergement/logement, de personnes présentant des pathologies psychiques, diagnostiquées ou non :

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

Cette évolution du profil des personnes accueillies soulève de nouvelles interrogations concernant l'accompagnement des résidents, puisque ce public présente lui aussi des spécificités.

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

En prenant l'exemple des motifs d'admission en pensions de familles, en France (Figure 5) et dans le bassin rennais (Figure 6), nous pouvons voir la forte proportion de personnes souffrant de troubles psychiques au sein de leurs résidents. En effet, sur les deux territoires géographiques, le deuxième motif d'admission dans ces structures fait suite à des sorties de services psychiatriques (respectivement 12,3 % des motifs d'admission en France et 20% dans le bassin rennais), confirmant ainsi la forte proportion de personnes souffrant de troubles psychiques accueillies sur ces dispositifs, déclaré en hausse par les professionnels.

Les professionnels bretons enquêtés issus des structures d'hébergement, de la même manière que les professionnels des pensions de famille, constatent eux aussi un changement dans le public accueilli : « On a aussi beaucoup de problèmes avec des, avec des personnes avec des problèmes psy aussi, donc y en a qui sont stabilisées pareil dans la maladie mais y en a non donc... » (TISF – CHRS). Or, les figures 5 et 6, montrent que les premiers orienteurs dans les pensions de famille au national ainsi que dans le bassin rennais sont des structures d'hébergement (en orange sur les figures). Ainsi, si les structures d'hébergement (premiers orienteurs vers les pensions de famille) accueillent également des personnes atteintes de troubles psychiques ; et, compte tenu

de la forte proportion d'admission en pension de famille suite à des sorties de services psychiatriques, il semble alors possible de penser que les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus nombreuses dans les pensions de famille (au national et au local) que ne le laisse supposer ces deux figures.

Au-delà des données présentées dans ces figures, il serait intéressant de connaître la proportion réelle de personnes atteintes de troubles psychiques logées en pension de famille, mais également dans les structures d'hébergement.

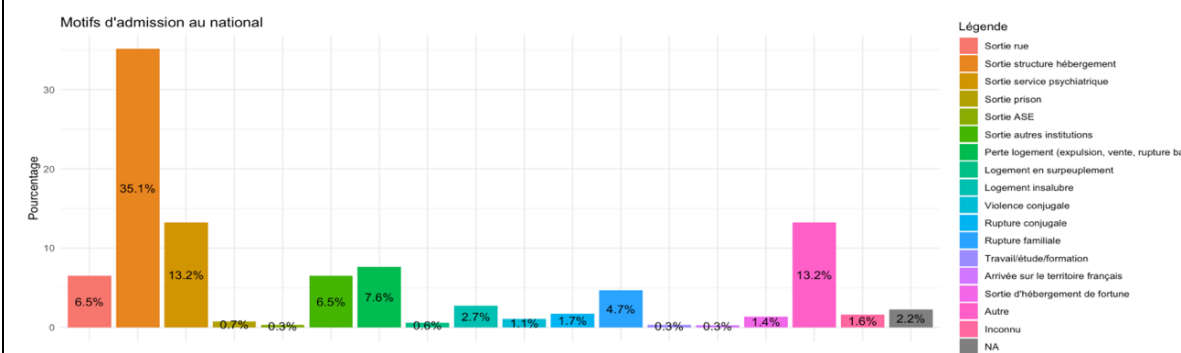


Figure 5: Motifs d'admission en pensions de famille en France en 2020 – 2021

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

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

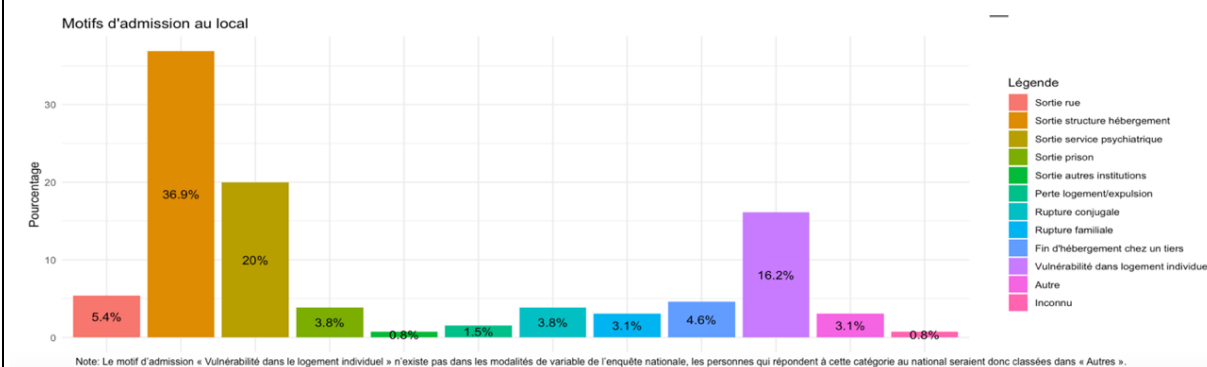


Figure 6 : Motifs d'admission en pensions de famille dans le bassin Rennais en 2023

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

Sources : Juliane Anger, mémoire M2 PSHPH - EHESP¹⁵

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

¹⁵ Données issues des réponses d'un questionnaire déclaratif auquel 42 résidents des pensions de famille du bassin rennais ont répondu dans le cadre du travail effectué par Juliane Anger pour son mémoire de fin d'étude (M2 PSHPH – EHESP).

II. LE VIEILLISSEMENT PREMATURE AU TRAVERS D'UN IDEAL-TYPIQUE : « MONSIEUR INCASABLE »

Le présent travail propose ici d'utiliser la notion d'idéal-type afin de faciliter la compréhension des complexités que regroupent la prise en charge et l'accompagnement des personnes précaires vieillissant prématurément ou non.

L'idéal-type est un outil méthodologique de sociologie défini par Max Weber. C'est un type abstrait, une catégorie, qui aide à la compréhension et à la théorisation de certains phénomènes, sans pour autant prétendre que les caractéristiques de ce type se retrouvent toujours et parfaitement dans les phénomènes observés (Paugam, 2010).

L'utilisation de la notion d'idéal-type permet ici de dresser de manière rapide et synthétique les enjeux et les conséquences que revêt l'accompagnement, dans le secteur de l'AHIL, des personnes précaires vieillissant prématurément ou non (Figure 7). Les différents points développés ici, font l'objet d'un développement plus conséquent dans les prochaines parties de ce rapport (Partie 1 – chapitre 2).

Monsieur « incasable »



Est un homme de 57 ans,
hébergé sur un CHRS depuis 6 ans.
Il a 2 enfants sous mesure de protection
de l'aide sociale à l'enfance (ASE).
Il présente des addictions aux toxiques,
une perte de capacités fonctionnelles et cognitives,
et un symptôme : l'akathisie¹⁶.

Il est défini comme une personne présentant un vieillissement prématuré par les travailleurs sociaux de sa structure du fait, d'une part, de son âge, et d'autre part, de son état de santé. Il est défini par les autres résident comme appartenant à la figure de « l'ancien » qui est « hors normes ».

Physiquement, il fait plus que son âge. En effet, il se déplace avec des béquilles, il lui manque de nombreuses dents, il n'a presque plus de cheveux et il a le visage marqué par des rides profondes.

¹⁶ « L'akathisie définit l'impossibilité qu'éprouve mentalement et physiquement le malade à rester immobile, en particulier assis, avec un besoin incessant de déplacer les membres inférieurs » (Walusinski, 2021).

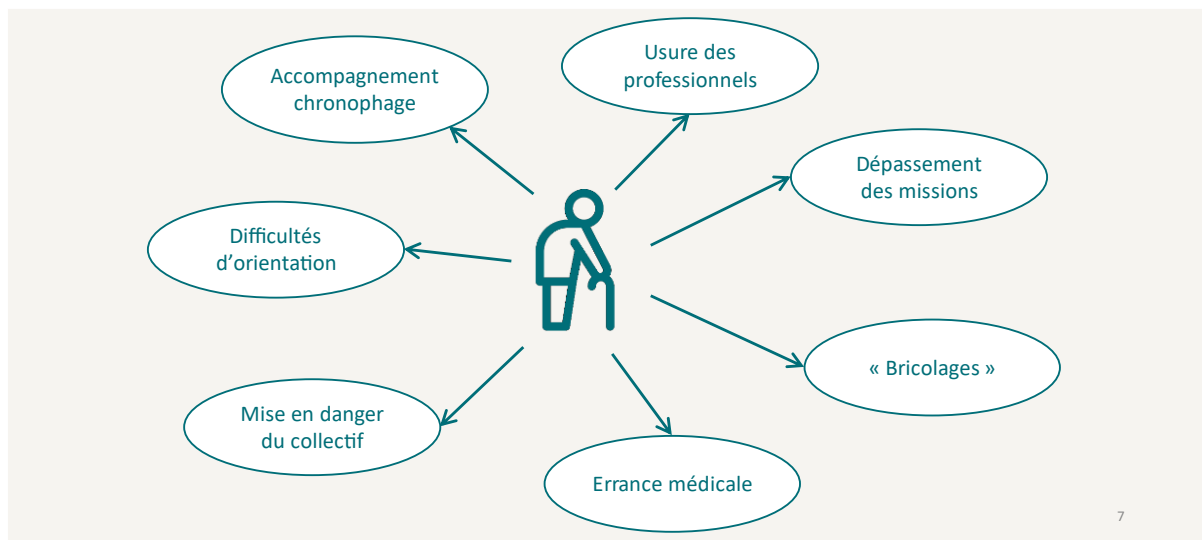


Figure 7 : La prise en charge de l'idéal-type « Monsieur incasable » entraîne différentes conséquences à la fois pour la personne concernée que pour la vie en collectivité ainsi que pour les professionnels de la structure l'accompagnant.

L'accompagnement de « Monsieur incasable » est qualifié par les professionnels de **chronophage**. En effet, du fait de sa perte de capacités fonctionnelles et cognitives, il n'est plus en capacité de se rendre de manière autonome à ses rendez-vous, ni même de se souvenir s'il en a. De plus, il vient régulièrement solliciter les professionnels dans leur bureau, que ce soit pour leur demander de manière répétée une information, ou pour briser sa solitude. Ce monsieur demande donc un temps plus conséquent d'accompagnement que les autres personnes hénébergées au sein du CHRS.

L'accompagnement de monsieur incasable engendre pour les professionnels des structures un **dépassement de leurs missions**, ce qui signifie qu'ils sont amenés à réaliser des tâches qui ne relèvent pas de leur fonction. Par exemple, la femme de ménage doit adapter son emploi du temps afin de faire le ménage dans la chambre de monsieur incasable ; et ce dernier nécessite une aide à l'habillage, ne correspondant pas au type d'accompagnement dispensé par les professionnels du secteur de l'AHIL.

La mise en place de formes de « **bricolages**¹⁷ » a aussi été rapporté par les professionnels du secteur social. Dans le cas de monsieur incasable, ces formes de « bricolages » s'expriment par une flexibilité dans l'application du règlement intérieur. Monsieur incasable présente des addictions aux toxiques, qu'il consomme dans sa chambre. Pour ce faire, il met une chaussette sur le détecteur de fumée afin de ne pas être pris sur le fait. Ce comportement déroge au règlement intérieur de la structure qui indique qu'il est interdit de consommer ce type de substances au sein de l'établissement et met le **collectif en danger** en cas de départ d'incendie par exemple. Ce comportement et les dangers qu'il fait porter au collectif représentent des motifs valables pour une rupture du contrat de séjour et donc de l'accompagnement que fournit le CHRS sur lequel il est hébergé.

¹⁷ « Bricolages » : Terme employé par les enquêtés pour décrire les pas de côté qu'ils sont contraints de réaliser pour accompagner les personnes précaires vieillissantes prématurément.

Cependant, les professionnels de cette structure ont pleinement conscience que si « monsieur incasable » n'est plus pris en charge par le CHRS, il retournera à la rue et finira par y mourir. Afin d'éviter cette potentielle fin de vie à la rue, aucune rupture de contrat de séjour n'est mise en place et des rappels constants sur les risques de mise en danger du collectif lui sont fait.

« Monsieur incasable » se trouve en **errance médicale**. En effet, il présente un symptôme se nommant l'akathisie, pouvant être l'expression d'une maladie qui n'est pas encore diagnostiquée chez lui. En effet, l'akathisie peut être due à des effets secondaires de traitements neuroleptiques, à la maladie de Parkinson, au « syndrome des jambes sans repos » ou maladie de Willis-Ekbom, etc. « Monsieur incasable » rencontre de grande difficulté dans la mise en place d'un parcours de soins, que ce soit au sein des services de psychiatrie ou de neurologie, puisque ceux-ci se redirigent mutuellement « monsieur incasable » les uns vers les autres (les services de psychiatrie estiment que « monsieur incasable » relève des services de neurologie et inversement). Ce jeu de ping-pong entre ces deux spécialités, qui résulte en une absence de prise en charge des personnes concernées est un réel frein à la pose d'un diagnostic pour « Monsieur incasable ». En 2016, Charlotte Doubovetzky, en citant Julien Damon, illustre déjà parfaitement cette problématique rencontrée par les personnes concernées par la précarité : « Si au quotidien, le traitement des personnes en précarité et principalement celui des personnes sans domicile fixe (SDF) ressemble *“à un véritable jeu de ping-pong entre les différents interlocuteurs”*, l'avancée en âge ne paraît pas améliorer les choses. Partagées entre les financements de l'État contre l'exclusion, ceux des départements pour l'accompagnement social et enfin ceux de la sécurité sociale concernant les soins, ces situations sont renvoyées dans un *“No man's land administratif”* » (Damon, 2018; Doubovetzky, 2016).

Pour autant, la prise en charge par l'une de ces deux spécialités ne peut garantir la pose d'un diagnostic du fait de la complexité du profil de « Monsieur incasable ».

Les éléments présentés ci-dessus (dépassement des missions, « bricolages », l'errance médicale, la mise en danger du collectif) induisent une **usure professionnelle** des salariés du secteur de l'AHIL. En effet, l'ajout des contraintes liées à l'accompagnement des personnes précaires vieillissant prématurément ou non, à celles déjà inhérentes à leurs professions, accentue (ou initie) la souffrance professionnelle pouvant déjà être ressentie dans ce secteur en crise.

Cette usure professionnelle qui peut s'exprimer au travers d'un sentiment d'impuissance est exacerbée par les **difficultés d'orientation** vers les structures de droit commun - comme les EHPAD - que connaissent les personnes précaires vieillissantes. Cela est d'ailleurs le cas de « monsieur incasable » qui, du fait de son errance médicale, de ses problèmes d'addictions et de son vieillissement prématuré (il n'a pas encore 60 ans), ne se voit accepté dans aucune structure de droit commun qu'elle soit du secteur du handicap ou de la gérontologie.

Ainsi, à travers le cas idéal-typique de « monsieur incasable », les premières conséquences de la présence – de plus en plus nombreuses – de personne en situation de vieillissement prématuré au sein des structures de l’AHIL se dessinent (chacune d’entre elles sont discutées infra dans ce rapport) :

- Un dépassement des missions des professionnels (voir Partie 1 – chapitre 2 II.1.1),
- Une mise en place « de bricolages » (voir Partie 1 – chapitre 2 II.1.2),
- Une mise en danger individuelles et collectives (voir Partie 1 – chapitre 2 III),
- Une errance médicale (voir Partie 1 – chapitre 2 I.2),
- Des conséquences sur la santé au travail des professionnels du secteur social (voir Partie 1 – chapitre 2 - 0),
- Des difficultés d’orientation des personnes concernées (voir Partie 1 – chapitre 2 I.2).

III. COMBIEN DE PERSONNES SONT CONCERNEES PAR LE VIEILLISSEMENT PREMATURE ?

La DIHAL considère que le vieillissement des personnes en situation de grande précarité apparaît précocement lorsque des signes attribuables au vieillissement apparaissent à partir de l’âge de 50-55 ans (DIHAL, 2015). Nous considérerons dans cette partie que les personnes peuvent être susceptibles de présenter des signes de vieillissement précoce à partir de cet âge.

III.1. Part des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément dans les dispositifs d’hébergement / logement et de soins résidentiels

Pour rappel, dans cette section, les résultats issus du questionnaire, concernant l’AHIL, les structures de soins résidentiels (dont le nombre de places est estimable) et ceux concernant les autres dispositifs (équipes mobiles, points santé et accueil de jour, dont la file active ne peut être estimée) ont été analysés séparément.

Bien que 3 des 31 répondants aient déclaré ne pas repérer de problématiques liées à l’âge sur leurs structures/dispositifs, tous les répondants ont indiqué un nombre de personnes qu’ils qualifiaient selon eux de « vieillissantes prématurément ».

Sur les différentes structures d’hébergement/logement, le nombre de personnes définies comme en situation de vieillissement prématuré par les répondants, représentent, au moment de l’enquête, entre 4,6 % et 77,8 % des personnes accompagnées dans les différentes structures répondantes, pour une moyenne de 22,6 % des personnes accompagnées (Tableau 3). Le nombre de personnes concernées par la problématique en Bretagne n’est donc pas négligeable puisqu’il représenterait (en se basant sur les réponses à cette enquête), près du quart des personnes hébergées dans le secteur de l’AHIL (y compris structures médicosociales de soins résidentiels).

Ces résultats sont en accord avec les résultats d’une enquête menée en 2023-2024 par l’UNIOPSS auprès de ses adhérents, qui montrait que « 19% des personnes accueillies dans les structures du secteurs AHI et structures médico-sociales de soins résidentiels (ACT, LHSS, LAM) sont en situation de perte d’autonomie ou [de] dépendance » et que 61 % de ces « sont confrontées à l’accompagnement de personnes dépendantes) (UNIOPSS & DIHAL, 2025).

Tableau 3 : Pourcentage de personnes en situation de vieillissement prématuré, pourcentage de personnes ayant plus de 60 ans sur les structures au moment de l’enquête.

ACT : Appartements de coordination thérapeutique ; ALT : Allocation logement temporaire ; CHRS : Centre d’hébergement et de réinsertion sociale ; HLM : Habitation à loyer modéré ; LAM : Lits d’accueil médicalisés ; LHSS : Lits Halte soins santé.

Réponse n°	Département	Type de structures / dispositif	Pourcentage de personnes dites en vieillissement prématuré sur la structure / dispositif actuellement	Pourcentage de personnes de plus de 60 ans sur la structure / dispositif actuellement
1	35	Résidence autonomie	20,0	73,3
2	35	Résidence autonomie	50,0	64,3
3	56	LHSS, ACT HLM	21,1	5,3
4	35	Urgence	4,6	3,1
5	35	Pension de famille	14,3	7,1
6	35	Pension de famille	19,0	4,8
7	22	CHRS	20,0	33,3
8	29	CHRS	25,0	9,1
9	29	Pension de famille	18,9	45,9
10	29	LHSS, LAM	21,2	3,0
11	29	LHSS, ACT	36,4	36,4
12	29	ACT	45,5	9,1
13	29	ACT	77,8	55,6
14	29	ACT HLM	36,4	9,1
15	29	Urgence, Pension de famille	20,7	6,9
16	29	Urgence, CHRS, Pension de famille	9,8	5,9
17	29	Urgence, CHRS, Pension de famille	19,6	7,8
18	29	Urgence, CHRS, Pension de famille LHSS, ACT, ALT	8,1	4,3
20	22	CHRS, stabilisation	14,3	0,0

21	22	CHRS	21,1	10,5
22	35	CHRS	8,7	5,8
23	56	Pension de famille, LHSS, ACT	12,2	19,5
24	56	CHRS	16,1	3,2
25	56	Accueil de nuit, CHRS	11,1	2,8
26	56	CHRS, ALT, urgence	14,3	4,8

Minimum	4,6	0,0
Maximum	77,8	73,3
Médiane	19,6	7,1
Moyenne	22,6	17,2

Les données de la présente enquête (Tableau 3) montrent cependant que certaines structures sont plus concernées que d'autres, en témoigne l'écart important entre les différentes structures.

Etant donnée que, pour ce questionnaire, les répondants ne pouvaient saisir qu'une seule et même réponse pour plusieurs dispositifs et que le nombre de personnes concernées était demandé sur la totalité des nombres de places décrites, il n'est malheureusement pas possible de déterminer, uniquement à l'aide des réponses au questionnaire, quels sont les dispositifs les plus impactés par cette problématique. Cependant, l'enquête de terrain a pu montrer que les pensions de famille cristallisent la question du vieillissement, prématuré ou non des personnes en situation de précarité (voir Focus n°2 – p57).

III.2. Part des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément dans les autres dispositifs

Les autres dispositifs, tels que les accueils de jour, les points santé et équipes mobiles sont également concernés par la problématique. Même si le questionnaire ne permet pas de connaître la file active de ces dispositifs, les professionnels de ces dispositifs répondants déclarent accompagner entre 3 et 74 personnes en situations de vieillissement prématurée ainsi que jusqu'à 30 personnes ayant plus de 60 ans (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré et nombre de personnes de plus de 60 ans sur les dispositifs répondants, au moment de l'enquête.

Réponse n°	Département	Dispositif	Nombre de personnes dites en vieillissement prématuré sur le dispositif	Nombre de personnes de plus de 60 ans sur le dispositif
27	22	Accueil de jour	74	21
28	22	Équipe mobile	3	0
29	56	Point santé	14	8
30	56	Équipe mobile	10	1
31	29	Point santé	25	30

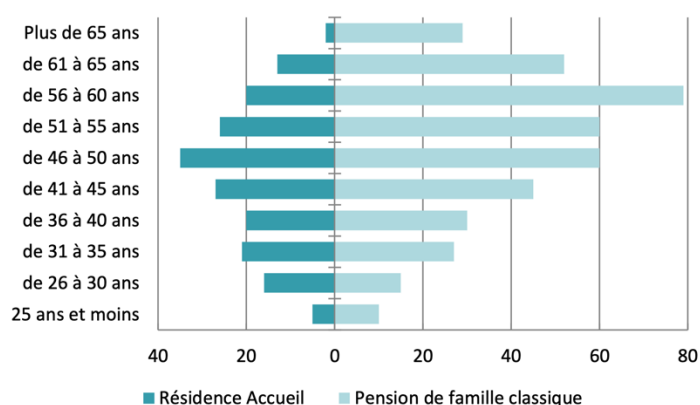
Minimum	3,0	0,0
Maximum	74,0	30,0
Médiane	14,0	8,0
Moyenne	25,2	12,0

FOCUS N°2 : UN PUBLIC VIEILLISSANT AU SEIN DES PENSIONS DE FAMILLE

La DIHAL, dans sa synthèse de l'étude intitulée « Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », faisait, déjà en 2015, état du vieillissement des personnes logées en pensions de famille, et affirmait que « plus de la moitié des personnes logées en pension de famille en 2013 avaient plus de 50 ans ». La Bretagne n'échappe pas à cette tendance comme le montrent les résultats de l'enquête Etablissements et Services (ES) de 2016 dont est extraite la Figure 8. La moyenne d'âge du public accueilli au sein des pensions de famille en Bretagne était de 50 ans en 2016 et sur les 476 places qu'elles comportaient, les tranches d'âges les plus représentées étaient celle des 46-50 ans, celle des 51-55 ans et enfin celle des 56-60 ans. Cette dernière (56-60 ans) regroupe à elle seule presque 80 résidents logés sur le territoire breton. Les deux autres catégories atteignent chacune 60 résidents.

La tranche d'âge du public de la présente étude, soit 50 à 60 ans, identifiée comme celle regroupant les personnes susceptibles de présenter un vieillissement prématuré (c'est-à-dire de manifester une apparition de signes imputables au vieillissement de manière précoce) est donc la plus représentée au sein des pensions de famille bretonnes.

Près d'un résident sur deux a plus de 50 ans



Source : DREES, DRJSCS de Bretagne - Enquête ES-DS 2016

Figure 8 : Nombre de personnes logées en pensions de famille (bleu clair) et en résidences accueil (bleu foncé) bretonnes en fonction des différentes tranches d'âge

Source : Enquête ES 2016, Les établissements et services pour adultes en difficulté sociale en Bretagne (DRJSCS, 2019).

L'enquête de terrain a permis de confirmer que cette réalité était toujours d'actualité en 2023/2024 et avait même tendance à s'accroître. En effet, l'un des premiers constats énoncés par les professionnels des pensions de famille enquêtées est le vieillissement du public accueilli. L'analyse des bilans d'activité de 2019 à 2023 de l'Association 1 confirme que ses préoccupations concernant le vieillissement de son public, et notamment le vieillissement prématuré, remontent au moins à l'année 2019, soit il y a 5 ans.

En effet, en 2019, sur un total de 24 résidents, 8 avaient entre 40 et 50 ans (33,3 %), 9 entre 50 ans et 60 ans (37,5 %) et 6 avaient plus de soixante ans (25 %) (Tableau 5).

En 2023, toujours sur cette même pension de famille, sur un public total de 27 résidents cette fois-ci, ils étaient 2 à avoir entre 40 et 50 ans (7,4 %), 10 âgés de 50 à 60 ans (37 %) et 11 à avoir plus de soixante ans (45,8 %). Ces données permettent donc d'affirmer l'avancée en âge des résidents de cette pension de famille. En effet, alors que la proportion de personnes âgée de 40 à 50 ans diminue entre 2019 et 2023 (il passe de 33 % à 7 %), elle augmente fortement dans la tranche d'âge de 60 ans et plus, passant de 25 % à 45,8 %.

Tableau 5 : Nombre et pourcentage de résidents par tranche d'âge en 2019 et 2023 dans la pension de famille de l'association 1

Ces données sont issues des rapports d'activité de 2019 et 2023 de cette association.

	Nombre de résidents dans la tranche d'âge en 2019	Nombre de résidents dans la tranche d'âge en 2023
Total	24	27
40 – 50 ans	8 (33,3%)	2 (7,4%)
50 – 60 ans	9 (37,5%)	10 (37%)
> 60 ans	6 (25%)	11 (45,8%)

Pour rappel, dans la présente étude il a été acté que les personnes en situation de précarité pouvaient présenter un vieillissement prématuré dès l'âge de 50 ans. En considérant, que la tranche d'âge des 50-60 ans atteint 37 % d'effectif ; le nombre de personnes logées dans cette pension de famille susceptibles de développer un vieillissement, qu'il soit prématuré ou non, s'élève donc à 82,8 % (tranches des 50-60 ans additionnée de celle des 60 ans et plus).

Cette pension de famille n'est pas la seule structure de logement adapté à faire ce constat en Bretagne. L'Association 4, présente sur un département différent de l'Association 1, expliquait dans son évaluation médicale de 2020 que la moyenne d'âge des 35 résidents de la structure était alors de 57 ans. Ce chiffre place donc la moyenne d'âge de cette pension de famille au-dessus de la moyenne d'âge constatée par la dernière enquête ES de 2016, qui s'élevait en Bretagne, pour rappel, à 50 ans.

La part croissante des 50-60 ans et 60 ans et plus au sein des pensions de famille peut s'expliquer par le fait que les personnes qui y sont logées connaissent très peu de sorties vers d'autres structures, notamment vers le secteur de la gérontologie et/ou du handicap. Les sorties sont le plus souvent des décès ou des hospitalisations : *« Généralement, les sorties, c'est [...] décès de la personne »* (Éducatrice spécialisée – PF). Ces motifs de sorties ne permettent pas un réel turn-over des résidents qui restent donc sur de longues périodes au sein des pensions de famille, ce qui peut expliquer que l'avancée en âge des résidents ne cesse d'augmenter depuis 2015.

De nouvelles données affluent une fois de plus dans ce sens. L'enquête Etablissements et Services (ES) menée par la Drees¹⁸ sur la période de 2020 et 2021, montre que la moyenne d'âge des pensions de famille, en France,

¹⁸ Ces données ont été transmises par Julianne Anger, étudiante du Master 2 PSHPH de l'EHESP. Cette dernière, après avoir reçu les données à paraître de l'enquête ES DS 2020-2021, les a traités sur le logiciel R afin de réaliser les graphiques de la figure 5 et de la figure 9.

a augmenté de plus d'un point depuis 2015, puisqu'elle est désormais de 51,67 ans. La Figure 9, présente le nombre de personnes logées en pension de famille en France en 2020 et 2021, en fonction de leur tranche d'âge. La tranche d'âge des 46-55 ans (turquoise) représente alors 27 % de la population accueillie en pension de famille. Celle des 56-65 ans (bleu) représente quant à elle 32,2 %. L'addition de ces tranches montre que le nombre de personnes dont l'âge est compris entre 46 et 65 ans, tranches d'âge pour laquelle les personnes en situation de précarité sont le plus susceptibles de rentrer dans la catégorie des personnes vieillissant précocement, s'élève donc à près de 60 %.

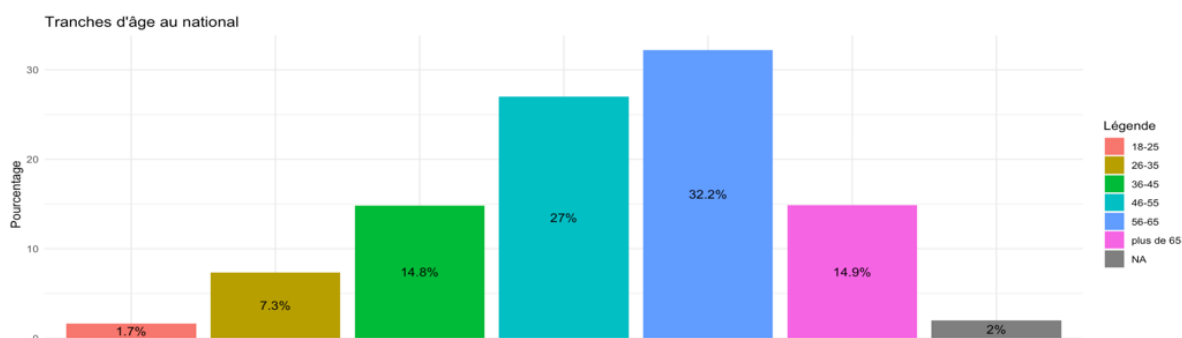


Figure 9: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille en France en fonction des tranches d'âge, en 2020-2021

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

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

La Figure 10, est quant à elle, issue des résultats d'une étude réalisée en 2023 par une étudiante du M2 PSHPH de l'EHESP, portant sur huit pensions de famille du bassin rennais. Ces données montrent que les pensions de famille de cette étude, sont, elles aussi, confrontées aux tranches d'âge touchées par le vieillissement prématuré. En effet, l'addition de ces mêmes deux tranches montre que le nombre de personnes dont l'âge est compris entre 46 et 65 ans, s'élève également, dans le bassin Rennais, à près de 60 %.

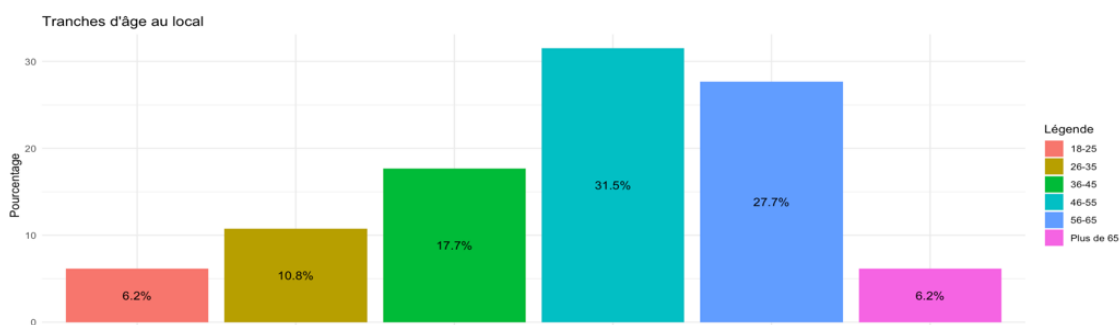


Figure 10: Nombre de personnes (en %) logées en pensions de famille sur le bassin Rennais en fonction des tranches d'âge en 2023

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

Sources : Juliane Anger, mémoire M2 PSHPH - EHESP¹⁹

¹⁹ Données issues des réponses d'un questionnaire déclaratif auquel 42 résidents des pensions de famille du bassin rennais ont répondu.

En Bretagne, les professionnels des pensions de famille les plus récentes (telles que celle de l'Association 6) commencent à se questionner sur la thématique du vieillissement, notamment sur les orientations futures des résidents qui ne seront bientôt plus assez autonomes pour se maintenir sur le dispositif. Cette prise de conscience se traduit - localement - au travers de la mise en place de rassemblements des pensions de famille rennaises :

« on fait des réunions tous les trimestres avec plusieurs maisons-relais²⁰. Et du coup, en fait, on parle de différents sujets et notamment on a commencé à travailler sur le vieillissement. On a fait des protocoles décès, parce que c'est arrivé aussi des décès dans les maisons-relais. Mais on est en train de parler justement du vieillissement et comment anticiper des vieillissements, en fait des personnes qu'on accompagne... et j'avoue qu'on est pas encore assez calé » (TISF – PF).

Les pensions de famille les plus anciennes du territoire breton sont pourtant déjà pleinement confrontées au vieillissement ainsi qu'au vieillissement prématuré des personnes qu'elles accompagnent, ainsi qu'à toutes les difficultés en découlant, comme le montre les rapports d'activité mentionnés précédemment.

Les données de ce « focus » ne permettent pas de démontrer statistiquement l'avancée en âge des résidents des pensions de famille en Bretagne. Néanmoins, elles permettent de constater que les résidents des pensions de famille sont, pour une grande partie d'entre eux, des personnes ayant un âge supérieur à 50 ans, tranche d'âge la plus concernée par le vieillissement prématuré. Elles permettent également de s'apercevoir que leur proportion au sein des pensions de famille, à minima bretonnes, augmente d'année en année (Tableau 5).

Cette proportion grandissante de personnes en situation de précarité et vieillissantes inquiète les acteurs du secteur social et les différentes FAS régionales, qui, lors du Groupe d'Appui National (GAN)²¹ santé d'avril 2023, s'accordaient à dire que les pensions de famille ne devaient pas devenir les « nouvelles maisons de retraite des pauvres ». Cette population et ces inquiétudes grandissantes montrent que le sujet mérite d'être saisi par la sphère politique.

²⁰ Le terme maison relais est l'ancienne dénomination des pensions de famille, qui est cependant encore utilisé dans certaines structures bretonnes.

²¹ Réunion des chargées de mission santé des différentes FAS régionale et d'adhérents représentants sur les questions de santé des publics accompagnées, organisées par la FAS nationale.

Ces premiers résultats montrent que tous les types de structures du secteur de l'AHIL et des soins résidentiels sont concernées par le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité (hébergement d'urgence, hébergement d'insertion, hébergement médicalisé, logement, dispositif santé-précarité, accueil de jour, LHSS, ACT, LAM, etc.) et que le nombre de personnes concernées représente en moyenne près d'un quart des personnes accompagnées par celles-ci.

Ils montrent également que différentes formes de vieillissements co-existent dans les représentations des personnes accompagnées, allant de la figure du doyen (vieillissement correspondant au parcours de vie formalisé dans les normes sociales) au vieillissement prématuré (associé à la maladie et à la perte de l'autonomie). Chez les professionnels, le vieillissement prématuré n'est perçu comme un problème que lorsqu'il est concomitant à une perte d'autonomie et est souvent associé à la présence de problématiques de santé.

Enfin, il a été possible de dessiner les contours d'un idéal-type dans la figure de « monsieur incasable », dont la présence sur une structure du secteur social, du fait de son vieillissement prématuré, engendre de nombreuses conséquences à la fois sur son accompagnement social (mises en danger individuelle, errance médicale, difficultés d'orientation vers des structures adaptées) ; sur la structure elle-même (mises en danger collective) ; ainsi que sur les professionnels qui l'accompagnent (mise en place de bricolages, dépassement des missions, dégradation de leur santé au travail).

CHAPITRE 2 : UN VIEILLISSEMENT PREMATURE AUX MULTIPLES REPERCUSSIONS SUR LE SECTEUR SOCIAL, LES STRUCTURES, LES PROFESSIONNELS ET LES PERSONNES ACCOMPAGNEES ELLES-MEME

La sous-partie précédente a permis de montrer à quel point le secteur de l'AHIL et les personnes accompagnées sont confrontés à des situations de vieillissement, qu'il soit prématuré ou non.

Cette seconde sous-partie vise à comprendre les conséquences qu'engendre l'absence de prise en compte par les politiques publiques de « *ce public, qui ne rentre dans aucune "cases"* » (IDE coordinatrice d'un point santé – questionnaire) sur les structures du secteur de l'AHIL, les professionnels du secteur et les personnes accompagnées.

I. LES DIFFICULTES LIEES AU VIEILLISSEMENT AUXQUELLES FAIT FACE LE SECTEUR DE L'AHIL

Les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément rencontrent un certain nombre de difficultés que les professionnels répondant au questionnaire ont pu décrire (Figure 11) et dont nous en examinerons certaines plus précisément dans la suite de ce rapport.

Parmi les plus importantes, se trouvent la perte d'autonomie dans les gestes du quotidien, tels que : l'hygiène, se lever, se coucher, s'alimenter (n=24) ; des problèmes de cognition (n=24) ; ainsi que l'isolement (n=24). Viennent ensuite des difficultés d'observance des traitements (n=20) ; des difficultés à se déplacer en raison d'une perte de mobilité et/ou d'un défaut d'accessibilité (par exemple un bâti non adapté aux pertes de mobilité) ainsi que des chutes et pertes d'équilibre (n=21) ; et enfin, des problématiques d'incontinence (n=18). Les professionnels répondants ont également souhaité mettre en exergue des « *difficultés d'accès aux soins* », des « *lieux de vie et d'hébergement [non] adaptés, précarisant encore plus les personnes* » et des « *désorientations temporo-spatiales* » grâce au champ de commentaires libres.

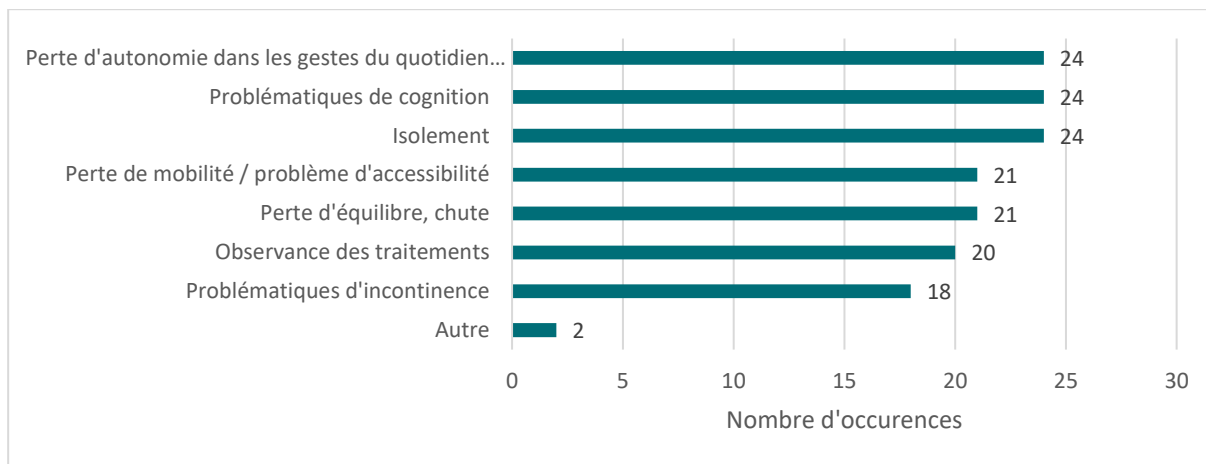


Figure 11 : Les difficultés majoritairement rencontrées par les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément

Parmi « Autre » : « Difficultés d'accès aux soins, manque de lieux de vie et d'hébergement adaptés précarisant encore plus les personnes et aggravant leur situation » et « désorientation temporo-spatiale ».

I.1. Des structures et dispositifs d'accompagnement non adaptés au public en situation de précarité et vieillissant

Le questionnaire demandait aux répondants de livrer leur sentiment quant à l'adéquation des structures et dispositifs dans lesquelles ils travaillent avec ce public en situation de précarité et vieillissant prématurément. Près de 70 % des répondants considèrent que les structures et dispositifs dans lesquels ils travaillent ne sont pas adaptés pour l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément (n=21) et seulement 32 % considèrent qu'ils sont, au contraire, adaptés (Figure 12).

Néanmoins, lorsque l'on s'intéresse aux commentaires laissés par les professionnels ayant répondu à la question par l'affirmative (n=10), alors que la majorité d'entre eux nuancent leurs réponses, nous pouvons voir que seuls deux d'entre eux confirment l'adaptation de la structure dans laquelle ils travaillent aux spécificités du public en situation de précarité et vieillissant :

- celle d'un professionnel exerçant dans une résidence autonomie

« Nous accompagnons un public précaire dont la grille GIR [Aggir] a été établie entre 4 et 6. L'établissement est adapté, puisque nous fournissons les prestations hotelières : restauration, linge, produit d'entretien, produit d'hygiène, animation... Les résidents sont orientés par différentes structures, notamment curateur, [hôpital psychiatrique], SAVS, Maison Relais... » (Intervenante sociale – RA – questionnaire) ;

- et celle d'un professionnel exerçant au sein d'un LHSS/LAM « Professionnels présents 24h/24h, dont des professionnels soignants. Pas de préparation des repas par les résidents » (Médecin - LHSS/LAM - questionnaire).

Les autres répondants ayant indiqué que leur structure d'exercice était adaptée à ce public sont plus mitigés dans leurs propos, comme, par exemple, cette IDE d'un ACT qui commente « oui et non! tout dépend jusqu'où est la perte d'autonomie, qui peut mettre en difficulté le maintien à domicile » (IDE coordinatrice – ACT - questionnaire). Une autre IDE d'un autre ACT explique que son dispositif est adapté, à condition que les

« personnes ayant un besoin d'accompagnement social [n'aient besoin que d'une] présence médicale ponctuelle » (IDE coordinatrice – ACT - questionnaire). Une intervenante sociale d'une pension de famille considère quant à elle que son dispositif peut être adapté car « c'est du logement durable, accessible même [en cas de] mobilité réduite, [avec] intervention d'IDE et d'aides à domicile pour la plupart » (Intervenante sociale – PF - questionnaire), mais soulève toutefois « qu'on atteint des limites quand il y a nécessité d'un étayage quotidien plus fort : repas, activités, ... » (Intervenante sociale – PF - questionnaire). Enfin une autre intervenante sociale en pension de famille nuance, elle aussi, sa réponse :

« La majorité des personnes concernées par cette problématique du vieillissement précoce dans la structure où je travaille, est hébergé en pension de famille. Ce sont des personnes qui sont en grande vulnérabilité, précarité et en grande exclusion sociale. La pension de famille leur permet de se maintenir dans un logement, alors que leurs problématiques sociales ne leur permettraient pas de le faire dans un logement dans le droit commun. Je peux donc dire que pour leurs problématiques premières (type: exclusion, addictions, surendettement, savoir habiter), le dispositif est adapté. Néanmoins on peut s'apercevoir que lorsque viennent s'ajouter des problématiques et pathologies en lien avec le vieillissement précoce, l'accompagnement devient plus difficile. On sollicite alors des partenaires extérieurs afin de mettre en place des accompagnements ou du matériel adapté. Néanmoins comme ce sont des logements autonomes, il n'y a pas toujours la surveillance ou du moins la proximité nécessaire pour prévenir certaines mises en danger. Parfois vient s'ajouter aussi la question du déni, lorsque la personne a perdu en autonomie et en capacités cognitives et/ou physiques et que pourtant, l'âge de la personne reste "jeune" » (Intervenante sociale – PF - questionnaire).

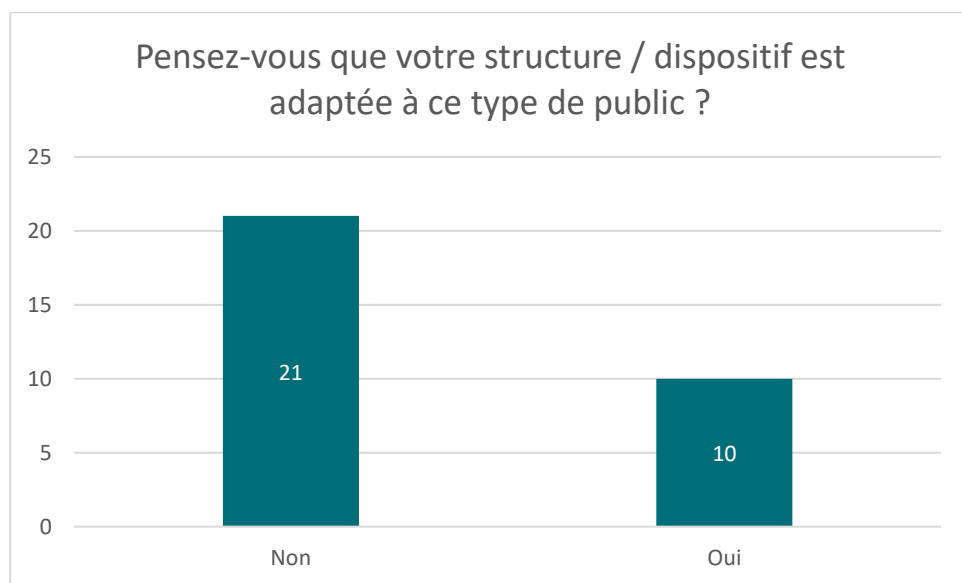


Figure 12 : Nombre d'occurrences « oui » et « non » en réponse à la question « Pensez-vous que votre structure/dispositif est adapté à ce type de public ? »

En ce qui concerne les professionnels exerçant dans des équipes mobiles qui jugent que leur dispositif est adapté, ils considèrent néanmoins que la principale limite à leur accompagnement réside dans le manque de structures d'hébergement adaptées aux spécificités de ce public :

« Nous accompagnons les personnes à la rue, nous sommes en capacité de le faire. Cependant nous ne trouvons pas de dispositifs pour les orienter par la suite, nous ne trouvons pas de logement pérenne adapté. Les pensions de familles n'ont pas assez de moyens humains, en logement HLM il n'y a pas assez de dispositif à domicile adaptés, ils ne relèvent pas de l'insertion ni des CHRS car leur autonomie est dégradée, l'EHPAD est souvent inacceptable pour eux et les places difficiles à obtenir, les FAM sont bondés etc... » (IDE coordinatrice - équipe mobile - questionnaire).

Au vu de ces commentaires plus nuancés, le graphique représentant les réponses à la question « Pensez-vous que votre structure/dispositif est adapté à ce type de public ? » (Figure 12) pourrait être, lui aussi, plus nuancé. Une meilleure représentation graphique est alors proposée en Figure 13, mettant alors en évidence que près de 70% des professionnels ayant répondu au questionnaire considèrent que leur structure d'exercice n'est pas adaptée au public en situation de précarité et vieillissant prématurément, environ 15% considèrent qu'il est moyennement adapté, et 15% les considèrent adaptés.

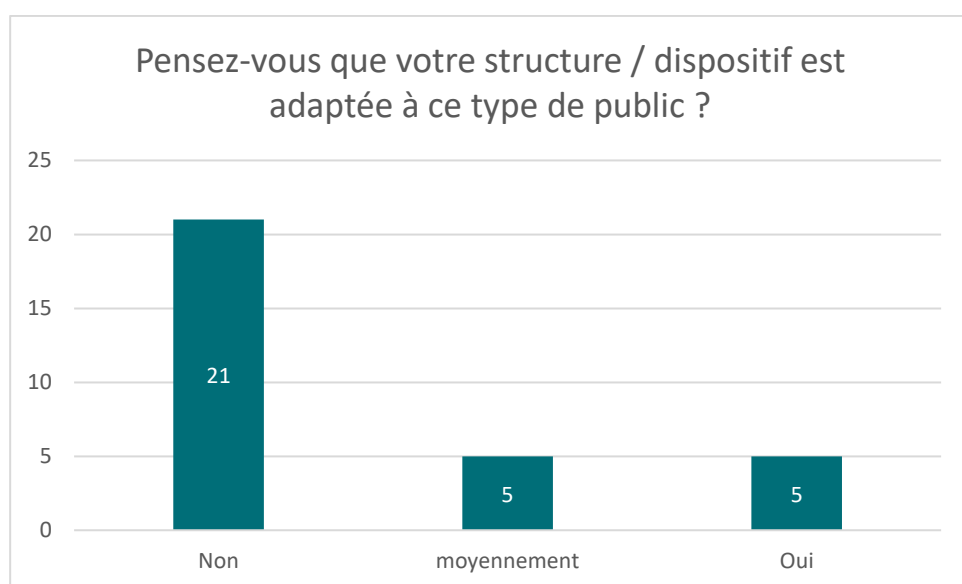


Figure 13 : Nombre d'occurrences « oui » et « non » en réponse à la question « Pensez-vous que votre structure/dispositif est adapté à ce type de public ? », en incluant une catégorie dont les avis sont plus mitigés : « Moyennement ».

Si l'on s'intéresse maintenant aux commentaires des professionnels ayant indiqué que leurs structures et/ou dispositifs n'étaient pas adaptés à ce public (près de 70 % des répondants), les résultats montrent qu'il n'existe pas un type spécifique de structure du secteur de l'AHIL qui soit adapté aux spécificités de ce public, de l'hébergement d'urgence à la résidence autonomie, en passant par les établissements médicosociaux de soins résidentiels (médicalisés). En effet, les 21 réponses indiquant que les structures/dispositifs n'étaient pas adaptées à ce public concernaient autant des résidences autonomie, des pensions de famille, des LHSS, des

ACT, des CHRS, des ALT, des hébergements d'urgence que des accueils de nuit ; mais également d'autres dispositifs comme des accueils de jour et des points santé. D'après les répondants au questionnaire, ces dispositifs ne sont pas adaptés au public en situation de précarité vieillissant prématurément – et par extension vieillissant simplement – pour différentes raisons.

Le frein principal à un accompagnement de qualité de ce public est **l'absence de professionnels soignants dans les structures qui les prennent en charge** (apparaissant dans 8 commentaires différents) :

« *Nous n'avons pas de personnel soignant sur le CHRS* » (Responsable de service – CHRS - questionnaire) ;

« *établissement non médicalisé (pas de personnel médical sur la structure)* » (Extrait du questionnaire - CHRS) ;

« *Les pensions de famille ne sont pas médicalisées et la prise en charge de ces personnes n'est donc plus adaptée* » (AES – PF - questionnaire) ;

« *Pas d'accompagnement médical dans la structure en dehors d'infirmières* » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

De plus, **les professionnels du social ne sont pas formés** à la prise en charge des personnes vieillissantes et ne se sentent pas suffisamment outillés/formés pour répondre aux problématiques de santé :

« *les professionnels des maisons relais ne sont pas compétentes dans le domaine de la santé* » (Intervenante sociale – PF - questionnaire) ;

« *L'équipe sociale atteint rapidement ses limites avec ce type de public* » (Coordinatrice – PF - questionnaire) ;

« *ils nécessitent une dimension médicale pour laquelle nous ne sommes pas formés* » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

L'enquête de terrain a également permis de mettre en évidence ce manque de formation des professionnels du secteur social.

Face à ce manque de formation des professionnels du secteur social ainsi qu'au manque de professionnels du secteur médical dans les structures sociales, les dispositifs d'hébergement médicalisés, pourraient alors apparaître comme une solution - faute de mieux – pour ces publics en situation de précarité vieillissant ou présentant un vieillissement prématuré.

Cependant, ces derniers offrent une **durée de séjour limitée** dans le temps et ne peuvent donc pas répondre aux besoins de ces personnes, qui, de fait, vivraient un retour à la rue en fin d'hébergement (la problématique du vieillissement n'étant pas destinée à être « soignée ») : « *Nos dispositifs ne sont que temporaires. Ces personnes ont besoin d'intégrer une place pérennisée dans un établissement adapté à la pluralité de leurs besoins* » (Responsable de service - LHSS, ALT - questionnaire).

Ce public **nécessite un temps de présence permanente de professionnels** afin de pallier tout accident ou d'éviter toute mise en danger de la personne concernée. Or, très peu de des dispositifs d'hébergement, qu'ils soient médicalisés ou non, remplissent ces conditions :

« Les personnes accompagnées par nos dispositifs doivent avoir une autonomie permettant le maintien à domicile et l'éducation thérapeutique. On oriente majoritairement les personnes sur des structures qui prévoient un temps de présence professionnelle 24h/24 et des orientations EHPAD, Résidence Autonomie » (Intervenante sociale - LHSS, ACT - questionnaire).

« Le dispositif propose un hébergement en diffus, or ce public nécessiterait une présence de proximité avec une veille quasi permanente » (Cheffe de service - accueil de nuit, CHRS - questionnaire) ;

« Les accompagnements proposés, bien que de proximité, ne sont pas quotidiens [...]. Il semble qu'une structure avec un collectif et des professionnels présents au quotidien serait parfois plus adaptée au public que nous rencontrons » (IDE - CHRS, ALT, urgence - questionnaire).

Si pour les cas les moins avancés de vieillissement prématuré une présence permanente de professionnels n'est peut-être pas nécessaire, il n'en reste pas moins que ces personnes nécessitent un accompagnement renforcé et donc des **moyens RH supplémentaires**, qui apparaissent actuellement insuffisants dans les structures du secteur :

« Un accompagnement renforcé est nécessaire pour accompagner au mieux ces personnes. Des passages quotidiens, des accompagnements à chaque RDV, de l'aide à domicile, garantir un accès à l'alimentation » (IDE coordinatrice - Point santé - questionnaire) ;

« Manque de personnels et donc de temps pour accompagner au mieux ces personnes » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

Une autre difficulté que rencontrent les structures pouvant mettre en difficulté à la fois les professionnels et les personnes concernées concerne **l'inadaptation du bâti** :

« Les logements ne sont pas PMR » (Intervenante sociale – RA - questionnaire) ;

« locaux vétustes et inadaptés, accès PMR très limité » (AES – CHRS - questionnaire) ;

« Malheureusement nous disposons de logements diffus, dans le parc locatif local. Certains logements sont éloignés des centres villes et dans des déserts médicaux. Ils sont par ailleurs parfois mal desservis par les transports en communs. [...] et peu de logements disposent des aménagements permettant l'accueil des personnes en perte d'autonomie » (IDE - CHRS, ALT, urgence - questionnaire).

L'enquête de terrain confirme ces résultats obtenus au moyen du questionnaire. En effet, elle a permis de constater qu'un certain nombre de structures de l'AHIL disposent d'hébergements diffus, c'est-à-dire que les personnes accompagnées ne sont pas présentes sur le site d'exercice des professionnels, mais bien dans des appartements du parc locatif dispersés au sein de la ville ou des communes avoisinantes. L'hébergement diffus

est un frein au bon accompagnement des personnes précaires vieillissantes et dépendantes, car les étayages mis en place peuvent ne pas être suffisants. Ceux-ci peuvent prendre la forme de passages infirmiers, de portages de repas par les auxiliaires de vie sociale (AVS), et de rattachements au service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). De plus, la charge de travail des travailleurs sociaux ne leur permet pas de se rendre quotidiennement sur les différents logements/hébergements.

Quand cela est possible, un retour sur site est préféré à l'accompagnement sur du diffus, car il permet aux travailleurs sociaux d'assurer une veille quotidienne des personnes concernées. Ce retour sur site ne signifie pas pour autant que le bâtiment est plus adapté au public vieillissant : *« On s'est retrouvé en difficulté justement aussi ici avec ces escaliers. Et oui, mais en même temps on pouvait pas bouger la personne parce qu'en fait elle avait besoin aussi de proximité »* (TISF – CHRS).

De plus, les professionnels ne sont pas présents 24h/24, ce qui ne permet pas une prise en charge immédiate, en cas de chute par exemple, et crée un sentiment d'insécurité au sein du public. En effet, les équipes ne sont pas présentes sur site les week-ends, les jours fériés et les nuits – exception faite de veilleurs de nuit sur certaines structures. En cas de chutes de personnes vieillissantes, celles-ci doivent alors se débrouiller seules ou faire appel aux autres résidents : *« C, il est tombé, il a appelé au secours pendant la nuit, moi je dormais pas, alors j'ai appelé l'accueil »* (Résident - Café discussion – RA).

Les professionnels des structures d'hébergement relevant du champ de l'insertion rappellent également, au travers du questionnaire, que **l'objectif d'insertion sociale de ce type de structure est en totale contradiction avec les spécificités du public en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non**, quand bien même un certain nombre de personnes concernées sont maintenues en hébergement sur ces dispositifs :

« Le CHRS a, à l'origine, des missions d'insertion. Ce public est plutôt en voie d'altération générale, avec pour objectif de limiter la perte d'autonomie » (Intervenante sociale - CHRS - questionnaire) ;
« les objectifs d'insertion difficilement atteignables » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

D'autres difficultés ont été soulevées, telles que **la mise en danger du collectif**, *« "Vivre ensemble" complexe »* (travailleur social – Urgence - questionnaire) - *« Les comportements liés au vieillissement précoce peuvent poser des difficultés au sein du collectif (comportement, hygiène,...) »* (Coordinatrice – PF - questionnaire) ; ou **des difficultés d'orientation** :

« Certaines situations devraient pouvoir bénéficier d'une orientation vers une structure adaptée mais les dérogations d'âge ne sont pas toujours très simples et l'accueil en structure des personnes présentant un vieillissement prématuré n'est pas si évident » (Intervenante sociale - Urgence, PF - questionnaire).

Enfin, l'une des difficultés que rencontrent les personnes vieillissant prématurément et en situation de précarité est, si ce n'est le manque de solutions adaptées à leurs problématiques et besoins, que **le manque de places d'hébergement** les condamne à vivre avec angoisse leurs vulnérabilités exacerbées. Ces dernières sont à la fois dues à leur précarité ainsi qu'à leur processus de vieillissement prématuré, comme l'indique une IDE exerçant

dans un accueil de jour : « *l'accueil de jour n'est pas un dispositif adapté pour ces personnes, tous les jours [elles] dorment à la rue et sont angoissés par peur de se faire agresser* » (IDE – Accueil de jour – questionnaire).

Ainsi, ce travail met en évidence un certain nombre de difficultés engendrées par l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissantes prématurément dans les structures du secteur social, dues au manque évident de solutions adaptées à ce public. Elles mettent en difficulté, voire en danger, les personnes concernées ; mais également les professionnels, qui, faute de solution, font de leur mieux, mais se voient dans l'obligation de ne pouvoir offrir à ces personnes qu'un accompagnement dégradé et non sécurisé.

1.2. Des orientations des personnes concernées vers les établissements spécialisés qui font face à un double refus

Parmi les difficultés rencontrées par les professionnels et les personnes concernées, la principale se trouve être la difficulté d'orientation des personnes vieillissant prématurément ou non vers des structures spécialisées dite de droit commun. En effet, 25 des professionnels répondants au questionnaire, c'est-à-dire 81 % d'entre eux, déclarent avoir déjà rencontré des difficultés d'orientation des personnes en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non – vers des structures adaptées à leurs besoins, spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées (Figure 14).

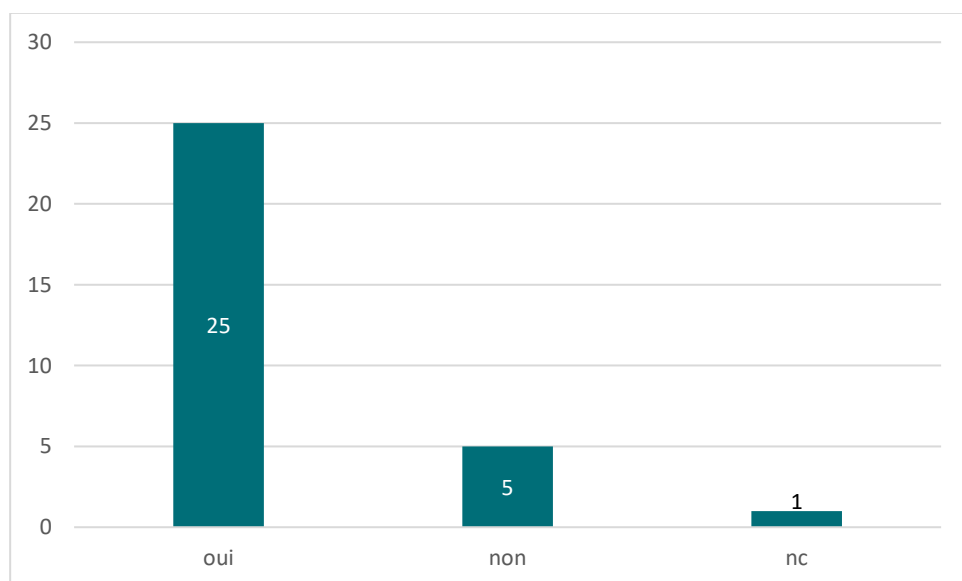


Figure 14 : La majorité des professionnels ont déjà rencontré ou non des difficultés d'orientation des personnes en situation de vieillissement prématuré ou vieillissante en situation de précarité vers des établissements spécialisés pour personnes âgées

NC : non connu

Parmi ces 25 répondants, 16 indiquent que la raison de l'échec de ces tentatives réside dans un refus de la part de la structure auprès de laquelle une demande d'admission a été réalisée (soit 64 %) (Figure 15). D'autres répondants – au nombre de 6, soit 24 % - indiquent qu'au contraire le refus émanait de la personne accompagnée. Parmi les 3 réponses « autres », un double refus - à la fois de la part de la potentielle future

structure d'accueil et de la part de la personne concernée -, ainsi qu'un critère d'âge (60 ans) non respecté sont avancés : « *La personne n'est pas en âge d'entrer en structure, malgré un vieillissement précoce* » (IDE – équipe mobile - questionnaire). Ce dernier cas pourrait être analysé, lui aussi, comme un refus de la part de la structure. Enfin, un répondant a indiqué que la tentative d'orientation d'une personne concernée par la présente problématique du vieillissement prématuré a échoué en raison d'une « *liste d'attente très longue* » (Intervenante sociale – PF - questionnaire).

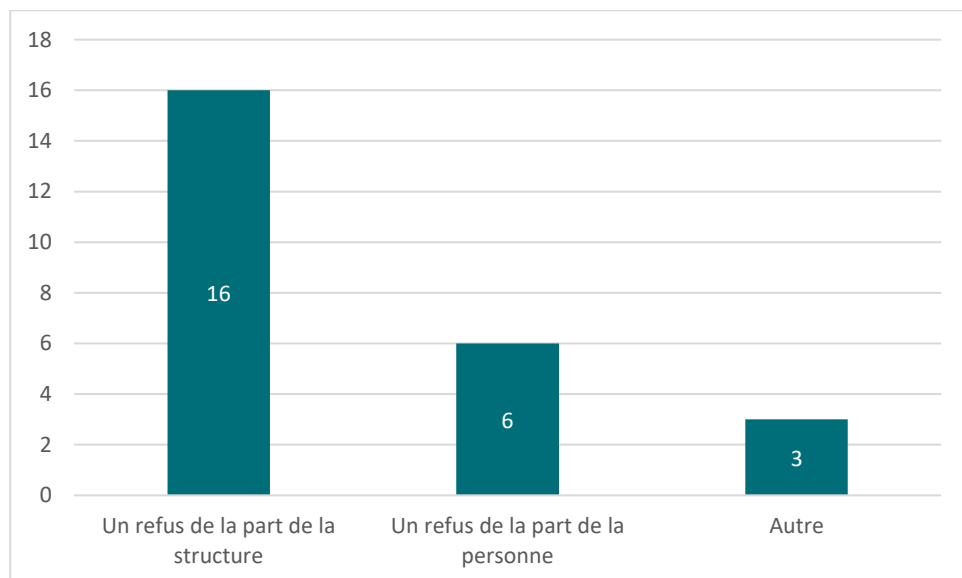


Figure 15 : Raisons de l'échec des tentatives d'orientation des personnes en situation de précarité et vieillissant -prématurément ou non – vers des structures spécialisées pour personnes âgées

Ces résultats correspondent aux réponses aux questionnaires des professionnels ayant éprouvé des difficultés d'orientation des personnes concernées vers des établissements spécialisés (réponses oui à la figure précédente)

Parmi « autre » : « refus de la part de la structure et la personne ne se reconnaît pas dans le public accueilli dans ces structures. Age/dépendance » ; « Liste d'attente très longue » ; « La personne n'est pas en âge d'entrer en structure, malgré un vieillissement précoce ».

Si l'on s'intéresse maintenant aux raisons des refus, qu'ils proviennent des personnes concernées elles-mêmes (Figure 16) ou des structures prenant en charge les personnes âgées (Figure 17), nous pouvons voir que celles-ci sont multiples.

I.2.1. Un refus de la part des personnes concernées, pour des raisons individuelles de choix de vie et des raisons financières

Certaines personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément refusent d'intégrer des structures destinées au grand âge car, en premier lieu, elles ne souhaitent pas vivre avec des personnes plus âgées qu'elles (5 répondants au questionnaire) (Figure 16). En effet, en 2015, sur les 17 250 entrées en EHPAD recensées sur la région bretonne, 5 % d'entre elles (soit 853 personnes) concernaient des personnes ayant moins de 70 ans (Mulliez et al., 2019). La majorité d'entre elles avaient entre 65 et 69 ans (462 personnes) alors qu'une très faible partie avait moins de 60 ans, au nombre 118, soit 0.7% de la totalité des entrées en EHPAD cette année-là.

Ainsi, les personnes en situation de vieillissement prématuré dès l'âge de 50 ans, se trouveraient donc dans une tranche d'âge très peu représentée dans les EHPAD de Bretagne.

D'autres raisons, relevant elles aussi des souhaits individuels des personnes concernées ont été décrites par les professionnels répondants, telles que le fait de vouloir finir sa vie à domicile dans la structure d'hébergement/logement qui les accueillent est qu'elles considèrent comme leur « chez soi » ou de ne pas vouloir déménager dans une autre ville que celle dans laquelle la personne s'est construite une vie sociale. Il est entendu ici le fait d'avoir construit des relations sociales, d'avoir pris des repères et des habitudes dans la ville de résidence.

Le deuxième frein majeur à l'orientation des personnes de cette étude en structure adaptée est d'ordre financier (4 répondants). En effet, les personnes en situation de vieillissement prématuré sont, de fait, trop jeunes pour pouvoir prétendre à certaines aides financières, telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui pourrait leur permettre de financer une partie de leur frais d'hébergement dans les établissements spécialisés (EHPAD, résidences autonomie, USDL), puisque celles-ci sont destinées aux personnes ayant plus de 60 et 65 ans respectivement²².

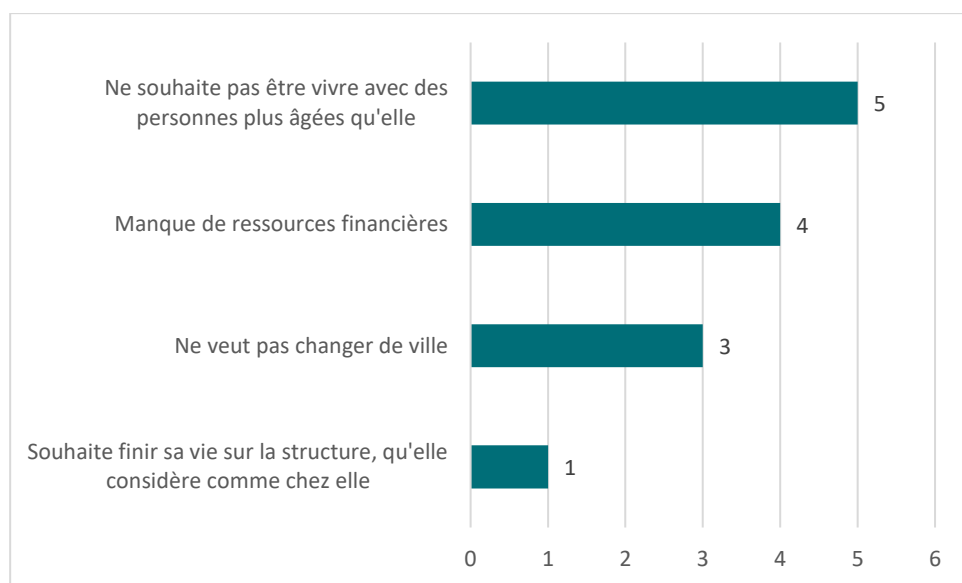


Figure 16 : Les raisons des refus d'intégrer des établissements spécialisés de la part des personnes en situation de précarité vieillissant prématurément ou non

²² Il existe une dérogation pour l'octroi de l'ASH à partir de 60 ans, à condition que la personne demandeuse soit reconnue inapte au travail (voir <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>)

I.2.2. Un refus de la part des établissements spécialisés, pour des raisons d'ordre « systémiques » et « discriminatoires »

Les structures et établissements auprès desquels des demandes d'admission sont réalisées pour les personnes concernées refusent régulièrement ce public :

« J'aimerais aborder l'absence de considération pour les personnes en situation de précarité ou présentant un vieillissement précoce. Les maisons de retraite que nous rencontrons sont souvent plus que réticentes à accueillir ce public » (IDE – CHRS, ALT, Urgence - questionnaire).

Si l'on examine les raisons des refus invoquées par les établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées (déclarées par les professionnels ayant répondu au questionnaire) (Figure 17), on s'aperçoit que ceux-ci sont de différents ordres.

Certains sont d'ordre « systémique », c'est le cas, par exemple, lorsque les établissements pour personnes âgées refusent les personnes en raison de leur âge (14 réponses pour 31 répondants, soit 45%) ; ou bien lorsque celles-ci évoquent un manque de places disponibles ainsi que des ressources financières trop faibles (5 réponses pour 31 répondants pour chacune – 16%).

D'autres raisons sont d'ordre discriminatoires. C'est le cas par exemple lorsque les établissements refusent les personnes concernées en raison de leurs troubles de santé mentale (8 réponses pour 31 répondants – 26%) ou bien de leurs troubles d'addictions (14 réponses pour 31 répondants – 45%) – raison la plus souvent mentionnée :

« On retrouve chez beaucoup de personnes une addiction à l'alcool, le sevrage comme prérequis pour accéder aux structures est - je trouve - inadapté. C'est une question qui peut se travailler avec la personne sur le moyen terme. Sans brusquer. Et sans la mettre face à ses échecs de sevrage. Parfois le travail sur soi n'est pas possible, ou trop violent. Accompagner vers une réduction des risques semble plus réaliste. Rétablir le lien social et améliorer les conditions de vie, permettent aussi parfois de réduire les besoins "d'anesthésie" » (IDE coordinatrice - Point santé - questionnaire).

En effet, les différents échanges – formels et informels – avec les professionnels du social rencontrés lors de l'enquête de terrain, montrent que les motifs de refus des demandes d'admissions vers les structures médico-sociales (champs du grand âge et du handicap) sont souvent dus à la présence, chez ces personnes, de troubles d'addictions et notamment d'addictions dites « non stabilisées ». Il est donc possible de supposer que le refus d'admettre des personnes précaires vieillissantes dans les EHPAD est essentiellement motivé par ces problématiques.

La prévalence des troubles psychiatriques et des addictions est susceptible d'être plus élevée au sein du public en situation de précarité vieillissant prématurément.

En effet, la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les publics en situation de précarité que dans la population générale comme le montrait en 2010 l'étude SAMENTA dans « laquelle 31,5 % des personnes sans domicile à Paris souffraient d'au moins un trouble psychiatrique sévère » (Laporte & Chauvin, 2010). Cette même étude montrait la forte prévalence des addictions au sein de ce public (3 personnes sur 10). De la même manière « l'enquête RECAP-OFDT2 sur les personnes accueillies en CSAPA en 2014 montre que 36% des usagers de drogues illicites bénéficient de revenus de solidarité (ce chiffre étant en nette augmentation depuis 2007), 10% sont logés de manière provisoire et 5% sont SDF » (Palle, 2016).

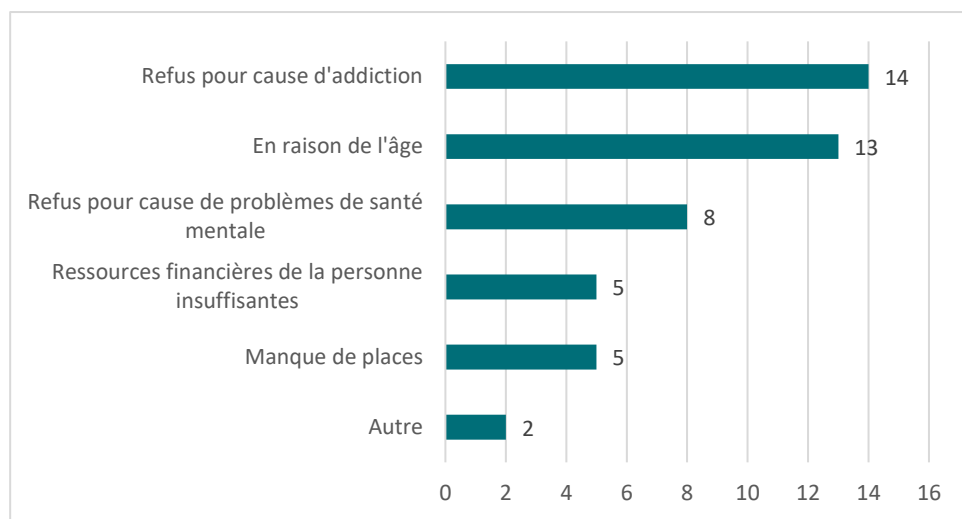


Figure 17 : Les raisons des refus d'intégrer la personne demandeuse, en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non de la part des établissements spécialisés

Parmi « Autre » : « risque de perte d'autonomie » ; « Pas de réponse ».

Laureline Coulomb montrait déjà en 2021 que même si les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément présentent les mêmes difficultés (physiques, cognitives et sociales) que le public accompagné dans le secteur de la gériatrie, des réticences existent du côté des acteurs de ce dernier : « Bien que les mêmes grilles diagnostiques puissent être utilisées pour analyser la situation sanitaire des personnes sans domicile vieillissantes et des personnes de plus de 75 ans, le gériatre interrogé refuse d'intégrer les premiers à la même catégorie médicale que les seconds à cause de leur âge » (Coulomb, 2021). Les professionnels de la gériatrie auraient, en effet, une véritable crainte quant à la surcharge de travail que peut représenter l'accompagnement de ce public (en situation de précarité) et ne se pensent pas formés pour intervenir auprès de ce dernier (Coulomb, 2021).

Ces inquiétudes ne sont pas injustifiées, comme le démontre le cas de l'EHPAD François 1^{er} de Villers-Cotterêts qui accueille à la fois des personnes ayant connu la rue et d'autres personnes ne se trouvant pas en situation de précarité. Le constat y était fait que l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissantes nécessite une « augmentation conséquente du temps passé par rapport à une prise en charge classique », que ce soit dans l'accompagnement dans le soin ou dans la gestion des mésusages de l'alcool par exemple (Le Noc Soudani & Miot, 2020). Ces premiers travaux ont conduit l'équipe à recruter une éducatrice spécialisée. Sa présence a permis, entre autres, de construire un lien de confiance entre le public et l'institution ;

de créer une relation directe avec les résidents concernés ; de négocier des ajustements auprès des deux parties (résident en situation de précarité vieillissant et institution) pour que le séjour se passe au mieux ; de travailler les situations sociales des personnes ; d'amener petit à petit ces résidents vers la vie collective de l'EHPAD ; de soulager les autres professionnels de l'équipe ; ou encore de travailler la gestion des addictions avec les personnes concernées (Delarue & Jolly, 2023). En sommes, l'intégration d'un travailleur social dans l'équipe de soignants de cet EHPAD a permis l'intégration des résidents en situation de précarité et vieillissant prématurément dans ce lieux de vie collectif : « L'expérience montre également que l'intégration de la personne issue de la précarité dans une organisation de communauté de résidents finit par ôter les stigmates de la rue, et amène le précaire au statut de retraité socialement intégré dans cette communauté » (Delarue & Jolly, 2023).

Si ces différents troubles et pathologies, notamment troubles d'addiction et de santé mentale rendent les personnes en situation de précarité et vieillissantes « inadaptées » aux établissements à destination des personnes âgées (par refus de leur prise en charge), nous verrons, dans la suite de ce travail, que les structures de l'AHIL - dans lesquelles elles sont pourtant actuellement hébergées et accompagnées - ne sont pas non plus adaptées pour la gestion des conséquences de leur vieillissement.

I.3. Des sorties de dispositifs compliquées

I.3.1. Des décès, des hospitalisations et des « sorties sèches » en guise de sorties

La plupart des professionnels répondants au questionnaire travaillent dans des dispositifs de l'AHIL qui ont une durée d'hébergement limitée, mis à part les pensions de famille, qui relèvent du logement adapté. Les autres dispositifs interrogés via le questionnaire, tels que les équipes mobiles et points santé par exemple, sont des dispositifs offrant un accompagnement en dehors – ou en supplément le cas échéant – des possibilités de logement/hébergement.

Le questionnaire permettait aux professionnels de décrire les raisons et les types des sorties de leurs dispositifs des personnes en situation de précarité et vieillissantes – prématurément ou non (Figure 18).

Le premier motif de sortie des différents dispositifs est, malheureusement, le décès de la personne concernée (n=23). Ce chiffre n'est pas anodin, il indique que sur les 31 professionnels répondants au questionnaire, 23 d'entre eux, c'est-à-dire près de 75 %, voient des personnes en situation de précarité vieillissant – prématurément ou non – décéder au cours de leurs accompagnements, voire au sein de la structure.

12 des répondants indiquent que des personnes concernées par la thématique quittent leurs dispositifs pour être hospitalisées. On peut donc supposer qu'une part d'entre elles étaient en fin de vie sur la structure et ont pu être hospitalisées lors de leurs derniers jours de vie, lorsque leur état de santé apparaissait trop dégradé (voir Partie 1 – Chapitre 3).

Un certain nombre d'entre elles, sont exclues des dispositifs (7 répondants) et 3 répondants ont mentionné des « sorties sèches », c'est-à-dire des sorties d'un dispositif d'hébergement sans autre solution d'hébergement, une fois la durée de contrat de séjour échue. La plupart du temps, ces dernières sont équivalentes à un retour à la rue ou en campement de fortune. On peut donc supposer que parmi ces sorties sèches et ces exclusions, les personnes vieillissantes prématurément ou non, retrouvent alors des conditions de vie difficiles, voire indignes, non adaptées à leurs problématiques de santé, de mobilité, de perte d'autonomie - toutes induites par leur vieillissement.

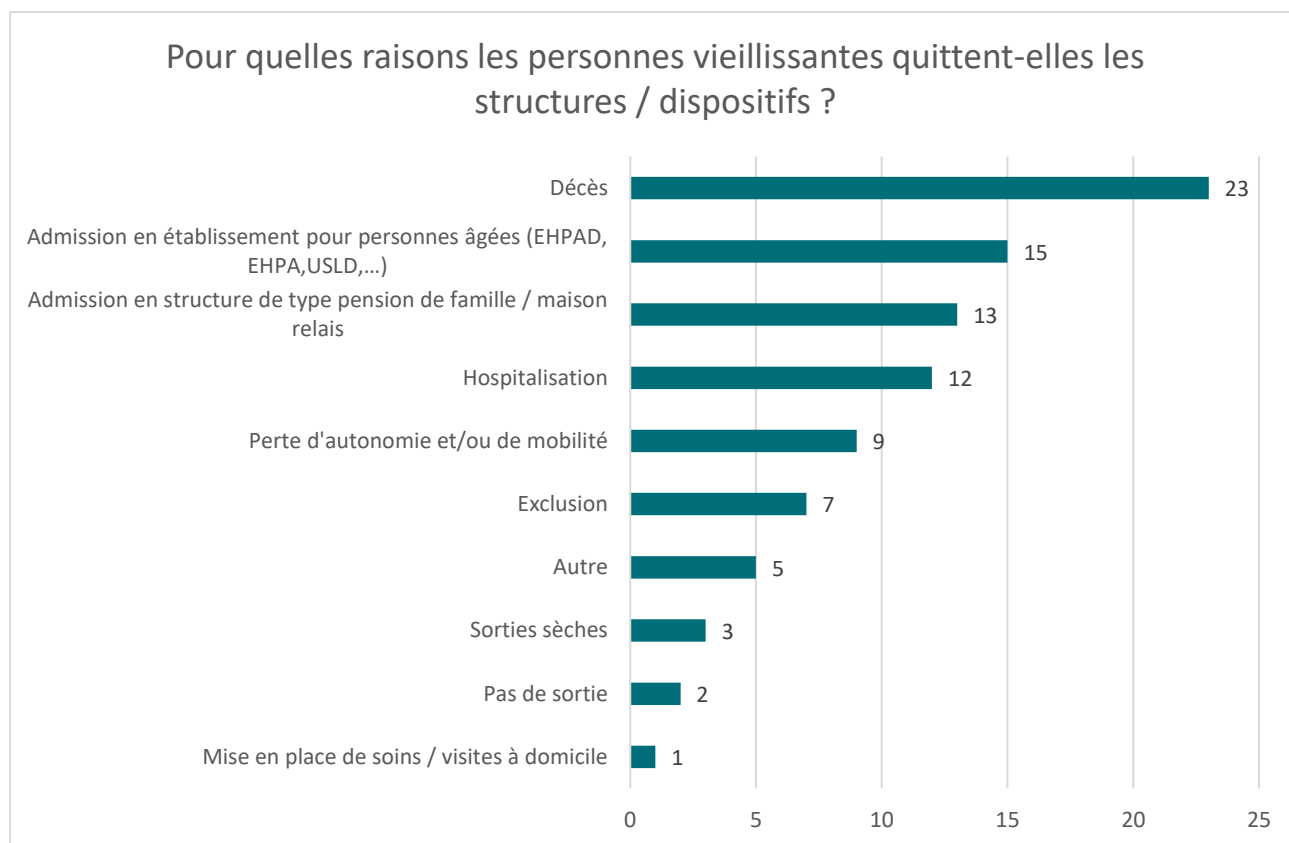


Figure 18 : Les raisons des sorties des dispositifs du secteur de l'AHIL ou de soins résidentiels des personnes vieillissantes et vieillissant prématurément

Parmi autre : « logement autonome » ; « La sortie se fait vers un logement avec l'étayage adapté faute d'autre solution » ; « Dispositif sur du court terme, sans vocation à perdurer » ; « Admission sur dispositif ACT Hors les murs, admission sur LHSS » ; « entrée en logement et relais par une mesure ASLD qui est insuffisante ».

Une « sortie sèche » est une sortie d'un dispositif d'hébergement sans autre solution d'hébergement ou de logement. La plupart du temps elle équivaut à un retour à la rue ou en campement de fortune.

I.3.2. Des sorties plus « heureuses », bénéficiant d'un étayage personnalisé

Un certain nombre de personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non bénéficient d'une sortie plus « heureuse », puisqu'elles quittent les dispositifs du secteur à la suite d'une admission dans une autre structure, de types pension de famille (13 répondants) ou établissement pour personnes âgées (15 répondants) (Figure 18).

Pour les plus chanceuses d'entre elles, celles qui, en sortie de dispositif bénéficient d'un hébergement dans une autre structure ou d'un logement, des relais peuvent être mis en place par les professionnels de la structure

qu'elles quittent ou qui les accompagnent (Figure 19). En effet, 16 répondants déclarent avoir déjà mis en place différents types de relais, tels que des aides au maintien à domicile, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD ou passage infirmiers) ; des services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS, SAMSAH) ; des services d'accompagnement socio ou médicosociaux de type AVS accompagnés ou non d'une curatelle ; ou bien via des mesures ASSL (accompagnement social lié au logement) ou AVDL (accompagnement vers et dans le logement).

Enfin, des professionnels expliquent mettre en place, en amont du départ de la structure, des rencontres tripartites entre la personne concernée, les professionnels de l'équipe qui l'accompagnent et les professionnels de la future structure d'accueil.

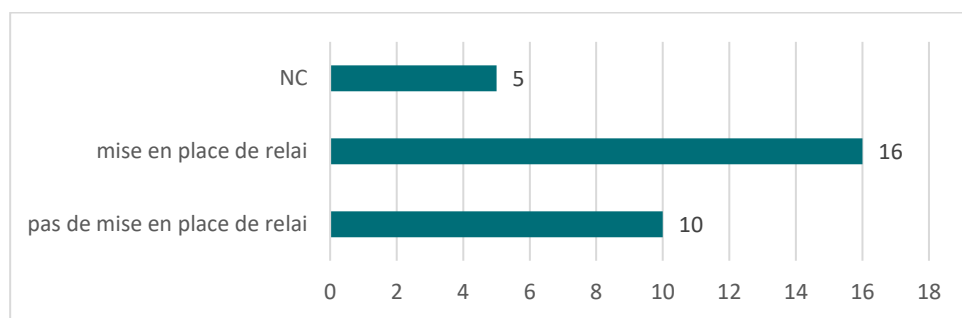


Figure 19 : Mises en place ou non de relais à la suite de la sortie d'une personne en situation de précarité et vieillissant prématurément des dispositifs/structures du secteur de l'AHIL ou de soins résidentiels

II. REPERCUSSIONS DU VIEILLISSEMENT – PREMATURE OU NON – DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE SUR LES STRUCTURES ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Comme le montrait déjà le rapport de l'observatoire de la fin de vie de 2014, l'hébergement de personnes en situation de vieillissement, qu'il soit prématuré ou non, au sein des structures de l'AHIL pose de réelles difficultés aux professionnels du social tant dans les accompagnements qu'ils peuvent réaliser que dans la recherche de solutions adaptées lorsque le maintien sur la structure n'est plus possible.

En effet, l'enquête menée par questionnaire dans le présent travail montre que le vieillissement prématuré ou non des personnes accompagnées ; leur présence de plus en plus nombreuse sur les structures d'hébergement/logement ainsi qu'au sein des files actives des autres dispositifs (AdJ, équipes mobiles, points santé, etc.) ; ont de nombreuses répercussions autant sur le quotidien de la structure ou du dispositif - « *le vieillissement prématuré des personnes avec des parcours de précarité engendre de nombreux problèmes de santé et pathologies chroniques avec un impact important sur le quotidien* » (intervenante sociale – RA - questionnaire) ; sur leurs organisations ; que sur les pratiques des professionnels dans l'ensemble du secteur.

Ainsi, l'enquête par questionnaire montre que l'accompagnement de ces personnes impacte autant la pratique des professionnels que les projets individuels des personnes concernées (24 et 23 réponses respectivement), suivi de près par la déstabilisation du collectif (21 réponses) (Figure 20). Avec moins d'importance, les professionnels déclarent également que la problématique engendre des conséquences sur les activités proposées au sein des structures ainsi que sur le rythme des structures (13 et 11 réponses respectivement).

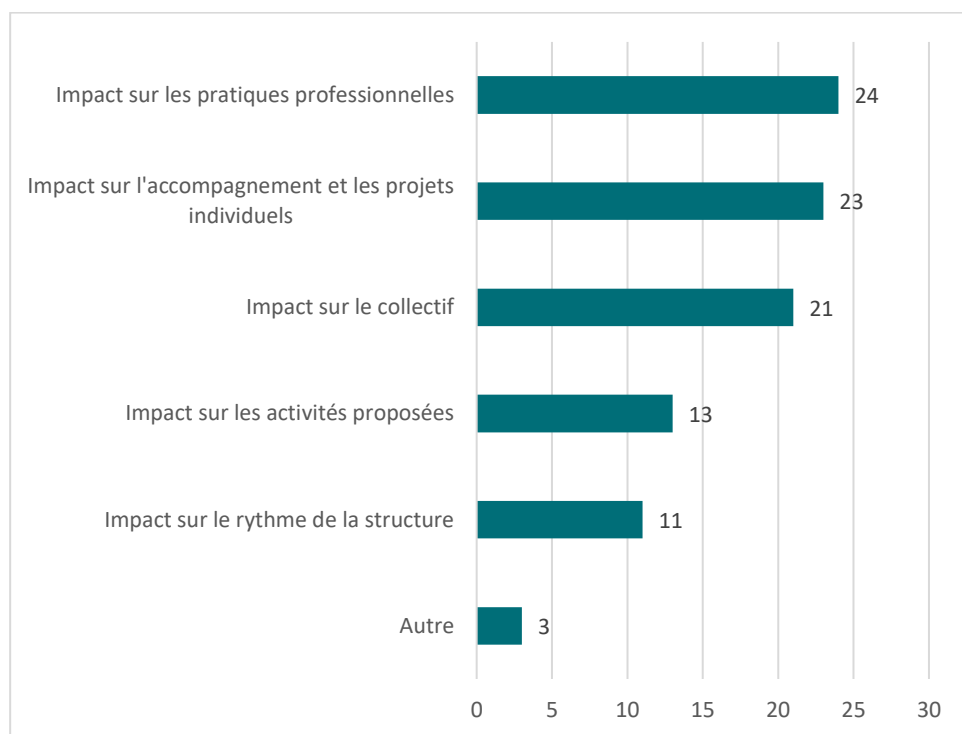


Figure 20 : Impacts déclarés du vieillissement sur les structures/dispositifs du secteur de l'AHIL et des soins résidentiels

Parmi « Autre » : « Il est difficile de trouver des solutions convenables de réorientation vers des structures adaptées à la population précaire vieillissante » ; « Manque de solution à apporter à ce public. Parfois la perte d'autonomie est telle qu'une admission dérogatoire en EHPAD est la p²³ » ; « la durée d'accompagnement et de relais est beaucoup plus longue ».

II.1. Des conséquences non négligeables sur le travail des professionnels du social

En termes d'impacts sur les pratiques des professionnels, les répondants déclarent avoir adapter leurs pratiques et postures (19 réponses) et développer des partenariats (19 réponses) pour pouvoir mieux accompagner le public concerné par cette enquête (Figure 21). Ils déclarent également, pour 19 d'entre eux (soit 61 %) être contraints à dépasser le cadre de leurs missions. L'équipe entière doit également s'adapter, et adapter l'organisation du travail, par exemple en mettant en place des analyses de pratiques (9 répondants) et en permettant aux salariées d'accéder à des formations (5 répondants). Enfin, pour 3 répondants, la problématique a nécessité des aménagements de la structure, aussi bien dans les parties privatives que collectives.

²³ Cette réponse était incomplète dans la réponse au questionnaire

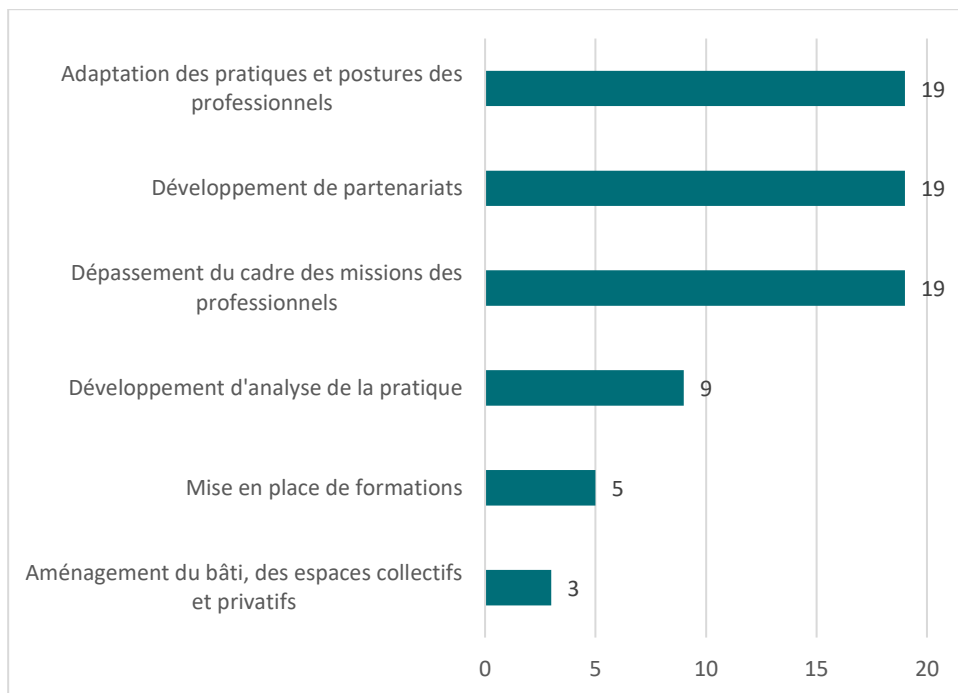


Figure 21 : L'accompagnement de personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non a contraint les équipes de professionnels à réaliser des adaptations dans les équipes et les structures

II.1.1. Des professionnels contraints d'exercer des dépassements dans leurs missions

L'enquête de terrain confirme les résultats du questionnaire.

En effet, elle a permis en premier lieu de mettre en évidence la présence d'un **dépassement dans les missions** afférentes aux postes des travailleurs sociaux et de « *bricolages* » (19 réponses dans le questionnaire, soit 61 %). Les entretiens avec les professionnels et les observations ont révélé un décalage entre le travail prescrit et le travail réel (Maulini, 2010) ; ce qui signifie qu'il existe une différence entre les missions de bases attribuées à un poste donné (travail prescrit) et la réalité de terrain (travail réel).

Ce dépassement dans les missions constitue la plus importante des conséquences induites par la présence de personnes vieillissantes sur les structures pouvant être observée. L'accompagnement des travailleurs sociaux dans ses fondements « se situe à la frontière de deux ensembles de valeurs : d'une part, une culture autonomiste, qui tend à privilégier le respect de la vie privée des résidents, leurs droits, leur logement en tant qu'entité privée ; d'autre part, une culture d'assistance aux personnes, fondée sur une empathie, une inquiétude qui peut induire un comportement intrusif comme un devoir » (Ged Lafon, 2016). Dans certaines situations, les travailleurs sociaux – toutes structures de l'AHIL confondues – peuvent réaliser des tâches dites de soins *nursing*. Ces derniers sont, d'après le Larousse, l'« ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués par l'infirmière et l'aide-soignante aux personnes dépendantes »²⁴. La définition même de ce que représente le *nursing* exclut donc la catégorie des travailleurs sociaux de cette pratique. Cependant un certain nombre d'entre eux sont amenés à réaliser ce type de tâches comme le montre l'extrait suivant :

²⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nursing/55293#:~:text=Ensemble%20des%20soins%20d'hygi%C3%A8ne,aide%20soignante%20aux%20personnes%20d%C3%A9pendantes> – consulté le 10/01/2025

Extrait carnet de terrain – CHRS Association 2

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

L'intimité physique que nécessite les soins *nursing* – passant par le toucher du corps de l'autre – ne s'arrête pas à l'aide pour l'habillage. En effet, dans certaines des situations les plus complexes, les équipes ont été amenées à changer des protections (d'incontinence) ou encore faire de l'aide à la toilette comme le décrit cette professionnelle :

« Alors à côté par contre effectivement c'est déjà arrivé où les agents d'accueil sortent un peu de leur mission. Je sais qu'une des agents d'accueil avait, quand on n'avait pas encore mis en place l'infirmière, elle avait aidé un peu le, la personne en fauteuil à aller faire sa douche alors que c'est pas du tout... C'est vrai que j'étais intervenue en disant bah non. Il faut pas qu'on commence à être dans ces pratiques-là parce que ça fait pas partie de nos missions » (Cheffe de service – CHRS, PF, LHSS, ACT).

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

II.1.2. Des professionnels contraints de mettre en place « des bricolages »

Les CHRS ou encore les pensions de famille font appel à des partenaires extérieurs pour la mise en place d'étayages. Ceux-ci peuvent prendre la forme de passages infirmiers, de portages de repas par les auxiliaires de vie sociale (AVS), et de rattachements au Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Malgré la mise en place d'étayages plus ou moins conséquents en fonction de la situation de la personne, ils se révèlent, dans certains cas, insuffisants :

« là il y a une dame au premier étage, ça fait 4 ans qu'elle a une orientation en FAM²⁵. 4 ans, où peut-être que le mandataire appuie pas beaucoup sa demande, mais dans tous les cas, il y a le SAMSAH, elle a au moins quatre passages par jour, entre infirmières, préparation au repas, infirmière le soir, infirmière le matin, l'étayage est énorme pour elle. On sait qu'elle serait mieux dans un foyer d'accueil médicalisé mais on est à la limite là » (Assistante sociale – PF).

C'est notamment cette « limite » qui conduit à la présence du dépassement des missions évoquées précédemment, ainsi qu'à la mise en place, par les professionnels, d'une autre stratégie. En effet, la deuxième principale conséquence induite par la prise en charge de personnes précaires vieillissantes²⁶, est la mise en place, par les professionnels, de « *bricolages* » - terme employé par les enquêtés pour décrire les pas de côtés qu'ils sont contraints de réaliser. Ils peuvent être de nature variée et dépendent de la gravité de la situation. Ceux-ci peuvent aller de la demande de conseil à une IDE présente sur l'un des services médico-sociaux de l'association - d'autant plus lorsque plusieurs dispositifs se situent sur un site mutualisé - à la mise en place de post-it et/ou de tableaux blancs affichant toutes les informations nécessaires pour que les personnes n'oublient pas de se rendre à un rendez-vous par exemple. Le « *bricolage* » peut également prendre une forme plus complexe, nécessitant alors une prise de décisions après une concertation interservices. Par exemple, sur les accueils de nuit – relevant de l'hébergement d'urgence – il est possible d'y trouver des personnes en situation de vieillissement et de vieillissement prématuré. Ces personnes peuvent être celles pour lesquelles le SIAO n'a pas réussi à trouver d'orientation en hébergement, comme pour cet homme, présent sur le territoire de l'Association 1 :

« Alors sur l'accueil de nuit. Comment dire, on peut et on est confronté, euh à des personnes effectivement vieillissantes. Y a pas très très longtemps, on a accueilli un monsieur en fauteuil roulant, un monsieur, problématiques aussi d'addiction. Qui devait rentrer aux lits halte soins santé qui avait des problèmes d'hygiène très importants, donc c'est vrai que moi je, je, je ne pouvais plus le maintenir sur l'accueil de nuit tellement, effectivement, vraiment, y a un problème d'hygiène. Donc, en échangeant avec ma direction et puis le SIAO, on a convenu à ce que on puisse déclencher un passage infirmier pour comment dire l'accompagner dans, au niveau de l'hygiène, hein. Lui faire, l'aider à faire sa toilette. Et donc, mais pour ça et pour faciliter les choses on l'a accueilli en continu, c'est à dire qu'il a bénéficié d'un accueil en continu, donc il n'avait plus ses jours de carence²⁷ » (Cheffe de service – CHRS, PF, LHSS, ACT).

²⁵ Foyer d'accueil médicalisé

²⁶ Cette catégorie est exclusivement issue de l'enquête de terrain, de manière très prépondérante. En effet, il n'était pas proposé dans le questionnaire une possibilité de réponse « mise en place de bricolages ».

²⁷ « Chaque personne passant par un accueil de nuit appelle le 115, afin de faire part de sa demande d'hébergement d'urgence. Si une place lui est trouvée, elle peut alors passer sept nuits sur ce dispositif. Une fois ces sept nuits écoulées, elle a trois jours de carence avant de pouvoir refaire une demande auprès du 115 » (Extrait carnet de terrain – SIAO urgence ; Association 1).

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

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

Lorsque la personne ne possède plus les clés pour se réinsérer socialement, d'autres formes de justifications rentrent en jeu :

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« Quand la période d'accompagnement par le CHRS prend fin, un renouvellement de la demande de suivi dans la structure a lieu pour justifier que le profil de la personne accompagnée correspond toujours aux missions de la structure. Une exposition de la situation a lieu, et une liste exhaustive de toutes les nouvelles démarches entreprises est réalisée. Dans le cas de M. L, l'absence d'orientation possible « joue en sa faveur » et conduit ainsi à ne pas mettre fin à son accompagnement. Cependant, l'équipe s'épuise dans l'accompagnement de M. L et dans le fait qu'elle ne trouve pas de solution adaptée pour lui. Les professionnels ont conscience que si l'accompagnement s'arrête, et que M. L retourne à la rue, il va y mourir ».

Ainsi, les professionnels du secteur social accompagnant des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non sont contraints de réaliser, outre des dépassements de leurs missions, et faute de solutions adaptées, des formes de « *bricolages* », des pas de côtés vis-à-vis de la procédure d'accompagnement habituelle afin d'assurer la survie des personnes concernées, ou des conditions de vie les moins indignes possible.

II.1.3. Des liens partenariaux avec les secteurs personnes âgées et du handicap difficiles à tisser

La mise en place de partenariats avec des professionnels œuvrant dans le secteur du grand âge pourrait apparaître comme des solutions apportant un réel bénéfice aux professionnels du social mais aussi aux personnes qu'ils accompagnent.

Cependant, parmi les 31 répondants au questionnaire, seuls 10 d'entre eux, soit 32 %, déclarent avoir des liens partenariaux avec le secteur du grand âge ou du handicap (Figure 22), tels que des EHPAD, des centres locaux d'information et de coordination²⁸ (CLIC), ou encore des foyers de vie.

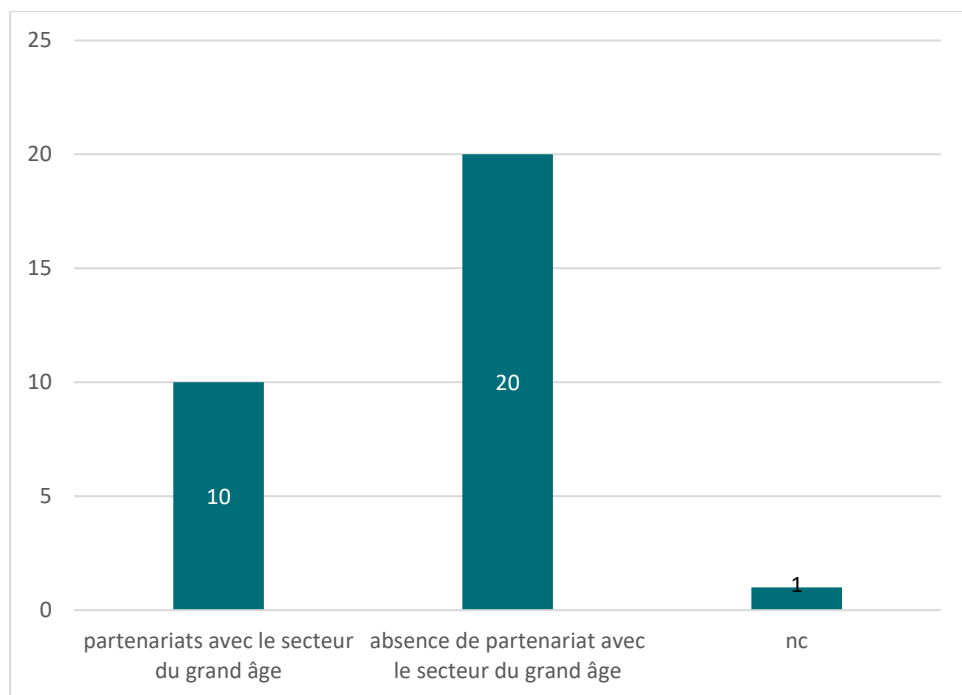


Figure 22 : Les structures du secteur de l'AHIL n'ont majoritairement pas de partenariat avec des acteurs du secteur personnes âgées

Ces partenariats sont utilisés par les professionnels du secteur de l'AHIL, lorsqu'ils arrivent à les mettre en place, pour orienter des personnes accompagnées ; pour travailler en réseau et en intersectorialité autour des parcours et des situations des personnes accompagnées : « *Lien avec d'autres EHPAD du secteur, notamment réunion une fois par trimestre avec les animateurs du secteur de [ville]* » ; ou bien sont vus comme des partenariats ressources (Figure 23).

²⁸ « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) assurent un premier accueil d'information et de conseil pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes en situation de handicap. Ils s'adressent aussi à leur entourage (parents, amis, proches...) et aux professionnels du secteur social et de la santé. Les CLIC rassemblent toutes les informations pour aider ces personnes dans leur vie quotidienne » (site du département d'Ille-et-Vilaine - <https://www.ille-et-vilaine.fr/clic> - consultée le 15/12/2024).

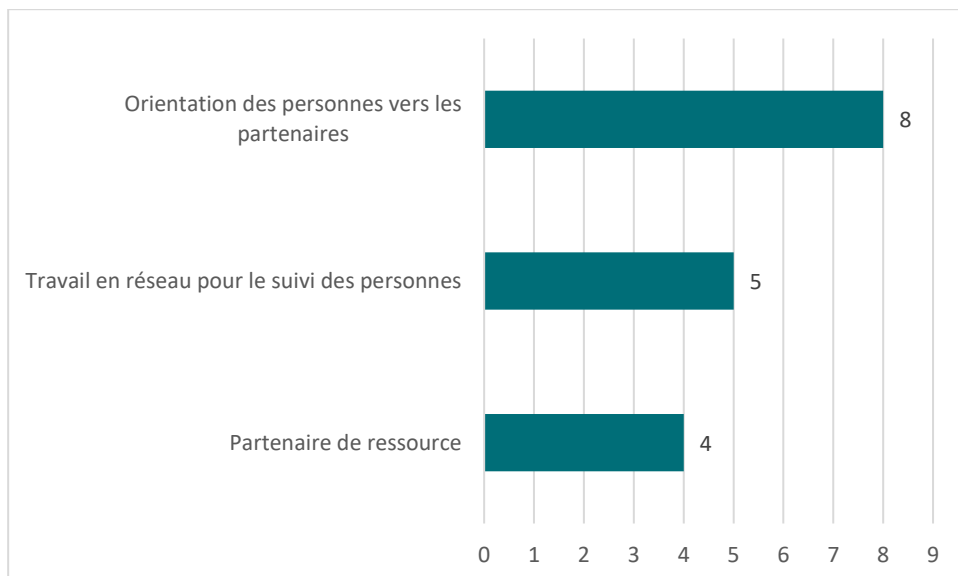


Figure 23 : Types de partenariats entretenus entre les structures du secteur de l'AHIL et le secteur personnes âgées

En revanche, les 20 professionnels ne possédant pas de partenariat avec le secteur du grand âge ou du handicap déclarent que le frein principal à l'établissement de ces partenariats est le manque d'interconnaissance entre les deux secteurs (n=13), induisant, pour les professionnels du secteur social, de grandes difficultés pour entrer en contact avec les professionnels du grand âge (Figure 24).

L'enquête de terrain a elle aussi montré que le faible taux d'orientation en EHPAD résultait en partie d'une méconnaissance entre le secteur gériatrique ou du grand âge et le secteur social :

« en fait s'il y a une méconnaissance du public et en même temps, nous, on a une méconnaissance des missions en EHPAD ; et eux, ils ont une méconnaissance de notre public, et du coup il y a des craintes qui font que, des fois, ça bloque » (Educatrice spécialisée – PF).

Deux freins majeurs à la bonne orientation des personnes concernées sont identifiables dans cet extrait : une méconnaissance des missions et fonctionnements des structures médicosociales par les professionnels exerçant dans le secteur social d'une part ; et une méconnaissance du public en situation de précarité et vieillissant de la part des professionnels du secteur gériatrique d'autre part. Ce dernier a également été mis en évidence par l'enquête par questionnaire par 7 professionnels répondants au questionnaire insistant sur l'incompréhension entre professionnels du secteur du social et du secteur sanitaire, tels que la méconnaissance des publics et des contraintes respectives aux deux secteurs (Figure 24).

Ce manque de connaissance des partenaires existants sur le territoire était déjà relevé dans le rapport de l'ONFV de 2014 : « La méconnaissance des dispositifs d'accompagnement de fin de vie existant dans le département du CHRS est un des obstacles à l'accompagnement de fin de vie cité dans cette enquête par 22% des CHRS et par 33% des CHRS ayant connu au moins un décès entre 2012 et 2013. Les réseaux de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs, les unités de soins palliatifs, les bénévoles d'accompagnement de fin de vie sont des dispositifs peu mobilisés. Et réciproquement : celles-ci connaissent

parfois peu les structures de type CHR, c'est par exemple le cas pour 12% des HAD qui déclarent ne pas les connaître » (ONFV, 2015).

Cette méconnaissance est également mise en lumière par l'enquête réalisée par la FAS des Pays de la Loire en 2023 auprès de ses adhérents, pour lesquels 84% des 44 répondants « se sentent démunies et ont besoin [entre autres] d'espaces d'interconnaissance entre les champs professionnels de la précarité et du vieillissement » (Le Barbier, 2024).

Parmi les autres freins à la construction de ces partenariats apparaissent, dans l'enquête par questionnaire, un manque de temps pour tenter de tisser ces liens, une absence de réponse adaptée de la part du secteur sanitaire ou médicosocial, ainsi qu'un manque de connaissance sur les solutions existantes – si tant est qu'il en existe – de la part des professionnels du secteur social (Figure 24).

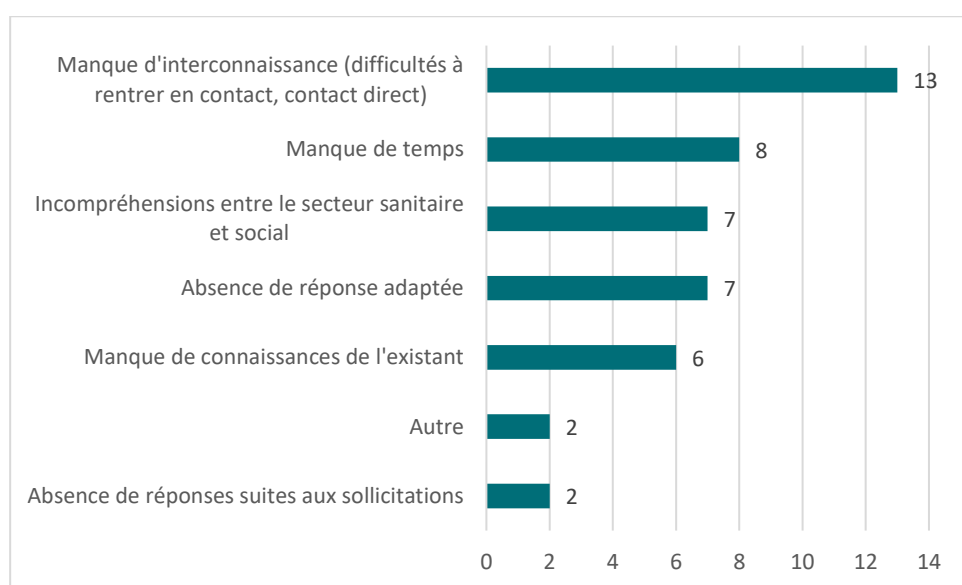


Figure 24 : Il existe différents freins à l'établissement de partenariats entre professionnels du secteur de l'AHIL et professionnels du secteur personnes âgées

Parmi « Autre » : « les personnes ont moins de 60 ans, les partenaires nous renvoient vers le secteur du handicap » ; « Pas d'orientation à ce jour car problématiques adjacentes trop lourdes. »

Cette absence de liens entre secteur de l'hébergement/logement et secteur du grand âge, voire de la fin de vie, met en exergue la nécessité d'un développement d'une interconnaissance intersectorielle sur chacun des territoires d'action des structures de l'AHIL.

En effet, au cours de l'enquête de terrain, les professionnels ont également fait part de leurs difficultés à communiquer et collaborer avec les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ; ce qui est corroboré par les professionnels des pensions de famille enquêtés lors de l'étude réalisée par la DIHAL en 2015 qui déclaraient alors que « ce travail de partenariat nécessite beaucoup de temps et d'investissement » et évoquaient notamment « des difficultés à collaborer avec les partenaires du secteur sanitaire notamment parce qu'eux-mêmes ne sont pas des professionnels de santé » (DIHAL, 2015).

Au cours de l'enquête de terrain, ces mêmes difficultés ont particulièrement été retrouvée dans les équipes sociales ne possédant pas de poste d'IDE. En effet, rares sont les structures qui possèdent un tel poste au sein

de leurs équipes ; le financement d'un équivalent temps plein (ETP) d'IDE par l'ARS étant extrêmement rare. Ces postes sont donc financés sur les fonds propres des associations, quand ces derniers le permettent.

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2

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

Cette enquête permet donc de mettre en évidence un manque d'interconnaissance flagrant entre professionnels du social, professionnels du médico-social, et professionnels du sanitaire exacerbant, chez les professionnels du social, le sentiment de ne pas « bien faire » ainsi que le sentiment d'isolement dans la prise en charge du public vieillissant.

Ce manque d'interconnaissance est la résultante de la construction des politiques publiques de manière indépendante les unes des autres : « Les secteurs sanitaire et social, en particulier, ont développé des catégories d'intervention, des logiques professionnelles et des législations différentes, ce qui rend difficile la coordination des interventions auprès d'une même personne » (Bloch & Hénaut, 2014). Cette **construction des différentes politiques publiques en silos, résulte alors en un cloisonnement des différents secteurs** ; provoquant à son tour, une prise en charge des personnes concernées « en silo » ; les conduisant alors dans « des parcours de soin incohérents et désorganisés », dans « des parcours de santé morcelé[s] dû aux différents cloisonnements » faisant, *in fine*, que le public ne trouve sa place « nulle part » (Observatoire National de la Fin de Vie, 2014). En effet, déjà en 2014, l'observatoire national de la fin de vie constatait qu'un système de santé (au sens large, incluant le secteur social) cloisonné à différents niveaux, constituait un frein majeur à la prise en charge des personnes en situation de précarité et vieillissantes, particulièrement en fin de vie. Ces cloisonnements étaient décrits à deux niveaux différents :

- Entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du secteur social (exerçant dans des structures différentes, voire au sein d'une même structure, ou d'un même service – par exemple à l'hôpital). L'enquête montrait alors une absence d'outils de travail commun, une absence de transmission d'informations, ainsi qu'une absence de travail pluriprofessionnels délétère pour l'accompagnement des personnes concernées,
- Entre établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et établissement sociaux, qui, du fait d'une mauvaise connaissance des dispositifs respectifs, induisaient des mauvaises orientations du public ou un non-recours des uns aux autres ; là aussi délétère à l'accompagnement des publics.

Ainsi, la quasi-totalité des professionnels enquêtés reconnaissent la nécessité de développer des partenariats entre le secteur du social et le secteur du grand âge : « *Le partenariat avec le secteur de la personne âgée doit se développer* » (Coordinatrice – PF - questionnaire). Cependant, la faisabilité de ces partenariats ne pourra se faire qu'à la condition que les professionnels de ce secteur – personnes âgées, gérontologie – soient également sensibilisés et formés aux problématiques de précarité et d'exclusion :

« *trouver des partenariats stables qui accepte d'accompagner ce public vieillissant prématurément. Là encore, il faut que ces personnes soient formées à la problématique de grande exclusion et ses conséquences* » (AES – CHRS - questionnaire).

« *Je pense en effet qu'il faudrait développer le travail en partenariat avec le secteur de la gérontologie. Je trouve qu'il y a une méconnaissance des missions de chacun de part et d'autre. On a parfois des représentations erronées des structures ou problématiques des uns et des autres. Je pense que cela aiderait aussi à enlever la stigmatisation [à l'encontre des personnes en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non], ou du moins l'atténuer. La précarité et les problématiques d'addictions peuvent être un frein à l'admission de certaines personnes dans des structures adaptées au vieillissement et cela leur ferme des portes. Alors que cela pourrait se travailler en amont avec les personnes accompagnées et les professionnels* » (intervenante sociale – urgence, CHRS, PF, questionnaire).

II.2. Des conséquences non négligeables sur la bonne santé au travail et le bien-être au travail des professionnels du secteur social

Il était demandé aux professionnels, dans le questionnaire, si leur travail et leur santé au travail étaient affectés par la prise en charge des personnes en situation de précarité et vieillissant - prématurément ou non (Figure 25). Ils sont 55%, soit plus de la moitié, à répondre à cette question par la positive.

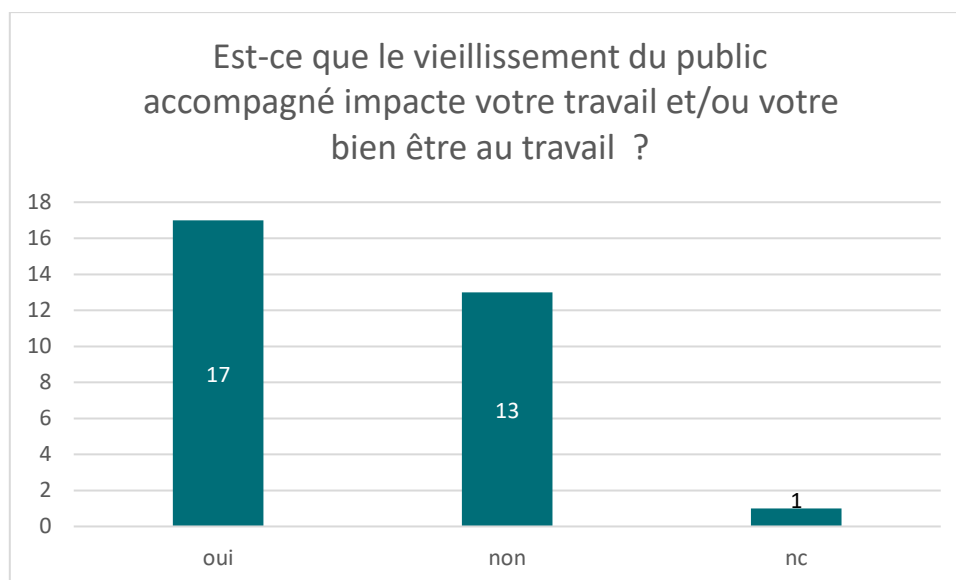


Figure 25 : L'absence de solution pour la prise en charge du public en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non – impacte le bien-être et la santé au travail des professionnels du secteur social

Le champ laissé libre pour les commentaires nous donne plus d'informations sur cette souffrance.

Tout d'abord, la prise en charge de ce public dans le secteur de l'insertion, qui, de surcroît, devient de plus en plus importante, poussent les professionnels du secteur à se poser des questions éthiques notamment puisque, faute de solutions adaptées, les personnes concernées se trouvent confinées dans ce structures, c'est-à-dire qu'elles restent pour des séjours de longue durée (plus longues que ce que prévoit la réglementation) sur des services– voire jusqu'à la fin de leur vie –, et « embolisent [ainsi] les sorties » (Responsable de service – PF, LHSS, ACT) :

« Je fais beaucoup de coordination médicale, or je suis travailleuse sociale. Le vieillissement du public, les addictions + les troubles psy demandent une adaptation professionnelle constante et questionne l'éthique : Comment favoriser le bien-être et les libertés individuelles tout en préservant un collectif ? Comment réorienter les personnes qui ne sont plus assez autonomes, sans créer une énième rupture dans leur parcours ? En effet, presque tous ont pour seul proche d'autres résidents » (Intervenante sociale – RA - questionnaire).

« Difficultés d'orientation des personnes à l'issue de l'hébergement, donc impact sur l'embolisation des services. Cela questionne les projets de soins et de vie des personnes » (Médecin - LHSS, LAM - questionnaire).

De la même manière, l'enquête menée en 2023 par la FAS Pays de la Loire montre que 60% des structures enquêtées constatent un allongement des durées de séjour de ces personnes, qui, dans cette région également, « engorgent » les différents dispositifs : « Les personnes restent plus longtemps et souvent jusqu'à leur décès (60% des réponses). Ces durées de séjour augmentent en raison de l'absence de perspectives de sortie. Cela freine les entrées de nouvelles personnes » (Le Barbier, 2024).

Les professionnels bretons constatent qu'ils « arrive[nt] à [leurs] limites en termes de qualité de vie des personnes et de [leur] intervention » (intervenante sociale - CHRS et PF - questionnaire) ; atteignent les « limites dans [leur] accompagnement » (intervenante sociale – PF - questionnaire) ; et « ressent[ent] un sentiment d'impuissance » (intervenante sociale – CHRS - questionnaire) important face à l'absence de solution adaptée pouvant être proposée aux personnes concernées :

« Des personnes sont maintenues sur nos établissements faute de solution. Pour les professionnels, il y a un fort sentiment d'isolement sur ces situations » (Cheffe de service - accueil de nuit, CHRS, questionnaire) ;

« C'est toujours frustrant de travailler sans avoir de perspective d'avenir à envisager avec ces personnes et de ne pouvoir coconstruire le projet dans sa globalité » (IDE – ALT - questionnaire) ;

« La question du vieillissement précoce de cette population est préoccupante et peut être aussi déroutante. J'assiste à la dégradation des personnes que j'accompagne à la fois physique et psychique, sans pouvoir ralentir le processus. C'est parfois désarmant de se sentir impuissant » (Intervenante sociale – urgence, CHRS, PF - questionnaire) ;

« Augmentation du sentiment d'impuissance car pas outillé sur des cas particuliers Une perte de sens lorsque les situations se dégradent inéluctablement (santé générale, ...) » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;

« je suis frustrée de ne pas trouver de réponse adaptée aux personnes que j'accompagne, nous faisons toujours du "bricolage" autour d'une situation. Nous portons la situation de la personne faute de partenaires adaptés, et l'engageons dans un projet instable faute de structure adaptée : parfois un logement HLM avec de l'accompagnement dans le logement, parfois une pension de famille, etc... cela amène un dépassement de notre cadre » (IDE – équipe mobile - questionnaire).

Pourtant, mués par une conscience professionnelle et une envie d'accompagner au mieux les personnes vulnérables, les professionnels tentent, comme ils peuvent, et avec les moyens du bord, de pallier le manque de solutions adaptées à ce public et se voient alors contraints de réaliser différents dépassements de leurs missions (voir Partie 1 - chapitre 2 -II.1.1). Ils déclarent ainsi :

« Devoir faire, avec les outils et les compétences du champ de l'insertion, ce qui relève du handicap ou du vieillissement » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;

devoir « être très présent[s] et intervenir pour des soins d'hygiène et de confort tous les jours. Et mettre en place une coordination importante » (IDE – Accueil de jour - questionnaire) ;
et constater un « dépassement du cadre des missions, [réaliser des] gestes et postures épuisantes, [devoir] consacrer beaucoup de temps à chaque personne pour l'accompagnement à l'hygiène. Beaucoup de temps consacré à mobiliser et motiver la personne dans l'accompagnement à l'hygiène » (AES – CHRS - questionnaire).

Ces nouvelles tâches, pour lesquelles les professionnels du social ne sont initialement pas formés, induisent un épuisement de ces derniers, outre parce qu'elles sont physiques, mais également parce qu'elles nécessitent un temps important qui n'est pas prévu dans les moyens RH dont disposent les structures :

« Etat de vigilance accrue face à des situations "à risque" (chutes, décès, accidents, dénutrition...) » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;
« Ce sont des situations qui prennent énormément de temps au détriment d'autres situations, elles peuvent être épuisantes. Nous devons les accompagner à chaque rendez-vous, les réveiller... » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;
« Charge de travail plus lourde car plus de suivi et d'attention dans un domaine de compétence qui ne doit pas être du ressort du service » (Responsable de service PF, LHSS, ACT, questionnaire) ;
« Les résidents vieillissants sortent de moins en moins de la structure. Le travail est à adapter au quotidien. Les troubles neurodégénératifs peuvent mettre à mal l'équipe et les autres résidents. Les personnes vieillissantes demandent plus de temps, mais sans [en avoir] les moyens » (Coordinatrice – PF - questionnaire).

Ainsi, l'accompagnement de personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, par les structures de l'AHIL de Bretagne, n'a pas uniquement pour conséquence la prise en charge de leur fin de vie sur les structures et les difficultés d'orientation vers des structures de droit commun plus adaptées à leurs besoins. Il conduit les professionnels à dépasser le cadre de leur mission et les procédures d'accompagnement, et à adapter leurs pratiques professionnelles ou à chercher des relais auprès de potentiels partenaires, pour lesquels, un certain nombre d'entre eux rencontrent de lourdes difficultés, en cause de secteurs encore trop cloisonnés.

Ces accompagnements induisent également un profond mal être chez les professionnels de ces structures qui se trouvent démunis face à ces situations complexes, mais néanmoins de plus en plus fréquentes dans leur quotidien de professionnel.

Ce paramètre est à prendre en considération car il a un réel impact sur leur qualité de vie au travail et peut, à plus long terme, questionner leur volonté de continuer à travailler dans ce secteur, par ailleurs déjà en crise.

III. CONSEQUENCES POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNEES : DES MISES EN DANGER INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

La présence de personnes en situation de précarité et vieillissantes dans les structures de l'AHIL peut également créer des tensions sur la vie collective au sein des structures. Ces dernières sont des institutions codifiées par des normes. La présence de « bricolages » à destination d'une personne et non pour l'ensemble du collectif peut engendrer de l'incompréhension chez des personnes accompagnées qui vont alors accuser les personnes en perte d'autonomie de jouer de leur état de santé pour obtenir les faveurs des professionnels :

« M. C déclare que selon lui M. L fait exprès de jouer de son état de santé, pour que - par exemple - l'équipe du réfectoire lui apporte son plateau repas à table » (Extrait de carnet de terrain – CHRS ; Association 2) ;

« Il était tout le temps couché, il n'était pas disponible. J'ai eu un problème avec lui. Il était en fauteuil roulant. Il avait une sale manie, c'est de se lever de son fauteuil et d'aller pisser dans le parterre de fleurs. Et ça, je le voyais de ma fenêtre, ça m'énervait, ça m'énervait. Je me disais, s'il peut faire ça, il peut marcher » (Résidente 1 – PF).

La mise en danger du collectif peut aller jusqu'à la mise en danger de la vie d'autrui :

« C'était récurrent. Une fois à midi il avait un truc à chauffer, puis il était parti. Et avec ma collègue, on était là. Et puis je dis, tu trouves pas ça sent le brulé ? On y est allées. Sa porte était ouverte, hein, d'appartement. Il était parti, là avec sa porte ouverte tranquille. Et puis, on a vu une casserole sur le feu, quoi » (Monitrice éducatrice – PF).

Si dans la majorité des situations les équipes arrivent à éviter le pire, cela n'est pas toujours le cas :

« Et puis c'était une dame qui était orientée en structure médico-sociale aussi. Qui était chez elle, qui avait la maladie de Charcot. [...] Et ça été très, très long, déjà dans sa prise en charge. Donc... elle est décédée parce qu'elle ne pouvait plus.... Enfin, elle a fumé dans son lit. Elle n'était pas en capacité de rester seule. Il y a eu un incendie et il y a quand même un autre résident qui a failli mourir » (Assistante sociale – PF).

Ainsi, comme le montre ces extraits d'entretien, si l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non met en difficulté les professionnels qui les accompagnent, il peut également mettre en difficulté la cohésion de groupe et du collectif sur les structures. Pire encore, parce que les dispositifs de l'AHIL ne sont pas adaptés à l'accompagnement de ce public – par manque de moyens RH et financiers, par manque de formation, etc. -, ces accompagnements peuvent également mettre en danger les personnes concernées ainsi que leurs voisins résidents de la structure.

FOCUS N°3 - LES PENSIONS DE FAMILLE COMME SOLUTION IDEALE DU POINT DE VUE DES ACTEURS DU SOCIAL : UNE FAUSSE BONNE IDEE

La différence principale entre les pensions de famille²⁹ et les autres structures de l'AHI est qu'elles ne relèvent pas de l'hébergement social mais du logement adapté. Ce dispositif a été créé en 2002 par Emmanuelli, sous la forme d'une expérimentation, avant de se pérenniser et d'intégrer les « politiques du logement d'abord ». Elles accueillent « des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, réalisant des allers-retours fréquents entre la rue et les dispositifs d'hébergement d'urgence, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend difficile leur accès à un logement ordinaire. Les pensions de famille accueillent notamment des personnes en fragilité, qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent accéder à un logement autonome du fait de leur isolement (social et / ou psychologique) » (Ministère chargé du logement & Cerema, 2021b).

Ces pensions de famille se divisent en deux types de structures que sont les pensions de famille dites « classiques » - dont font partie les structures enquêtées - et les résidences accueil, spécialisées dans l'accompagnement des publics avec un handicap psychique.

En 2016, la Bretagne comptait vingt-six pensions de famille « classiques » et treize résidences accueil, totalisant respectivement 476 et 210 places (DRJSCS, 2019).

En empruntant l'« effet filière » employé par la HAS afin d'expliquer le passage d'une personne en situation de précarité d'un dispositif à un autre (HAS, 2018), ce sont les pensions de famille qui sont le plus souvent perçues, par les professionnels des dispositifs d'hébergement, comme une forme de solution pour l'orientation des personnes en situation de précarité et vieillissantes : « *La cheffe du SIAO insertion rapporte que les CHRS disent que "les pensions de famille sont pas mal" pour orienter les personnes précaires vieillissantes* » (Extrait carnet de terrain – SIAO).

Plusieurs raisons ont pu être identifiées au cours de cette enquête.

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

De plus, comme explicité précédemment, les pensions de famille peuvent accueillir des personnes ayant antérieurement été hébergées dans d'autres structures de l'AHI. Elles ont donc l'image de la « *dernière chance* »³⁰ pour les personnes ne pouvant vivre en autonomie complète sans la présence d'un collectif ni de

²⁹ Anciennement appelées « maison-relais ». Cette dénomination est encore utilisée dans certaines structures de Bretagne enquêtées.

³⁰ Le terme de « *la dernière chance* » a pu être entendu auprès de plusieurs professionnels enquêtés.

travailleurs sociaux. Cette image de la « *dernière chance* » s'applique notamment aux personnes vieillissantes en perte d'autonomie, qui, pour rappel, ne correspondent plus aux critères d'accompagnement formulés pour une admission en CHRS par exemple (projet d'insertion).

De surcroît, il est possible de mettre en place des étayages de différentes formes pour les personnes accompagnées au sein des pensions de famille car elles relèvent d'un dispositif de logement (voir Partie 1 - chapitre 2 - I.3.2). En effet, l'enquête de terrain montre que certains de ces étayages mis en place sur les pensions de famille ne peuvent pas fonctionner sur des structures d'hébergement, comme le montre l'extrait du carnet de terrain ci-dessous révélant comment une équipe d'un CHRS peut se retrouver face à une absence de solution pour un résident en situation de vieillissement prématuré. En effet, d'un côté, des dispositifs médicosociaux refusent le résident, jugeant que les pensions de famille sont des dispositifs plus adaptés ; et de l'autre, la prestation de compensation du handicap dont bénéficie le résident ne peut être mise en place du fait de sa résidence sur un dispositif d'hébergement et non de logement :

Extrait de carnet de terrain – CHRS ; Association 2 :

« La travailleuse sociale explique que leur retour [les LAM] a été négatif, puisque selon eux, il [la personne dont il est question] relève d'une orientation en pension de famille avec un étayage PCH³¹. Ils jugent que d'autres dispositifs sont plus adaptés que le leur. [...] Le soucis c'est que M. L a bien une PCH mais étant donné qu'il est dans un hébergement et non dans un logement, il ne peut pas l'"utiliser". La PCH peut prendre la forme d'une aide humaine pour la toilette par exemple ».

Pourtant, en théorie, la mise en place d'une prestation de compensation du handicap (PCH) dans un CHRS est possible : « Vous pouvez obtenir la PCH si vous êtes hébergé en établissement social ou médico-social ou hospitalisé en établissement de santé »³².

Pour ces raisons, et à défaut d'autres solutions possibles, un certain nombre de professionnels du social considèrent alors les pensions de famille comme la solution la plus adaptée aux difficultés d'orientation des publics en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non qu'ils accompagnent.

Cependant, les pensions de famille doivent répondre à un critère de mixité sociale parmi leurs locataires, comme le mentionne la circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relatives aux maisons relais³³ : « ces publics devront présenter, autant que possible, des profils et des parcours suffisamment variés pour dynamiser la vie sociale interne à l'établissement et favoriser son ouverture sur l'extérieur ».

Penser les pensions de famille comme la solution idéale entre donc en contradiction avec le modèle même de ce genre d'établissement, d'une part en ce qui concerne le principe de mixité sociale, et d'autre part car elles

³¹ Prestation de compensation du handicap

³² Extrait du site service-public.fr : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202> - consulté le 14/01/2025

³³ Voir <https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/circulaire-dgas-sda-no-2002-595-du-10-decembre-a1410.html> - consulté le 14/01/2025

dispensent un accompagnement social moins important que dans la plupart des autres structures du secteur de l'insertion.

Ainsi, les pensions de famille ne sont pas pensées pour accueillir les personnes en situation de précarité vieillissantes et présentant une perte d'autonomie et n'ont d'ailleurs pas vocation à le faire. C'est pour cela qu'une partie des demandes d'orientation en pension de famille pour les personnes présentant une trop forte dépendance, avec en particulier des problématiques d'addictions, se voient refusées :

« Oui, c'est compliqué, parce qu'il n'y a pas de structure pour lui. Nous, il avait été orienté ici, mais moi, je dis non. Je dis non, c'est pas moi qui a dit non, c'est parce qu'il fallait bien aussi prouver au SIAO qu'ils [devaient] chercher des solutions pour le mettre ailleurs. Je dis non, c'est pas possible, il va replonger. On en a qui sont dans l'addiction, on a des consommations de drogues dures ici, donc c'est pas la peine. C'est pas la peine » (Monitrice éducatrice – PF).

Néanmoins, malgré une attention particulière quant au profil des personnes qu'elles accueillent, les pensions de famille enquêtées constatent, elles aussi, un vieillissement des résidents qu'elles accompagnent (Voir Focus n°2).

Ainsi, le risque de penser les pensions de famille comme la solution d'orientation des personnes en situation de précarité et vieillissant, de manière prématurée ou non, sans développer d'autres solutions plus adaptées, présenterait trois principaux risques : celui d'orienter l'ensemble du public concerné vers les pensions de famille, ce qui contreviendrait aux principes de mixité sociale ; celui d'exposer les personnes à un risque élevé pour leur santé, puisque les pensions de famille n'assurent pas une présence continue de professionnels sur la structure (une personne pourrait par exemple rester un week-end entier au sol après avoir chuté), ni ne comportent de professionnels de la santé dans leurs équipes ; et le risque d'exposer les personnes à un accompagnement social plus léger que ne le nécessitent ses besoins.

Le vieillissement des personnes accompagnées au sein des différentes structures du social dédiées à l'accueil de public adulte en situation de précarité entraîne de multiples difficultés dans leur prise en charge que nous avons pu voir tout au long de ce chapitre.

En effet, dans ce chapitre nous avons pu voir que ces accompagnements pouvaient présenter un risque pour les personnes accompagnées concernées ainsi que pour les autres résidents de la structure ; et **mettre en danger tout autant le collectif que les personnes elles-mêmes**.

Ces accompagnements induisent également, par une absence de solutions d'hébergement/logement plus adaptées à ces profils, une **augmentation du temps de séjour au sein des structures d'hébergement, conduisant alors à leur engorgement**. Face aux difficultés d'orientation de ce public, la problématique semble

se cristalliser dans les pensions de famille, qui voient la moyenne d'âge de leurs résidents augmenter, avec, en parallèle, une hausse de l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques.

Nous avons également pu voir, que faute de solutions adaptées, et en raison des refus de prise en charge de ces publics par les structures du grand âge (mais également, dans une moindre mesure, au refus des personnes concernées de les intégrer), **la gestion de la fin de vie des personnes concernées incombe alors au secteur social**, c'est-à-dire aux équipes et structures qui les accompagnent actuellement. Les décès des personnes accompagnées et vieillissant – prématurément ou non – font maintenant partie des réalités professionnelles des salariés des structures du secteur de l'AHIL sans pour autant que ces derniers soient formés à leur gestion – ni, d'ailleurs, à la gestion de la fin de vie.

La présence dans ces structures de ce public « incasable », en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, demande aux équipes de s'adapter à la situation avec leurs propres moyens, notamment au travers de la **mise en place de « bricolages »** mais aussi par des **dépassements dans les missions des professionnels**, pouvant conduire à une remise en cause de leur identité professionnelle. Ces derniers, faute de solution, font de leur mieux, mais se voient dans l'incapacité d'offrir à ces personnes l'accompagnement dont elles auraient besoin, ils ont le sentiment de ne pouvoir offrir qu'un accompagnement dégradé et non sécurisé.

Enfin, ce chapitre a aussi été l'occasion de montrer que le secteur social peine à nouer des partenariats avec les secteurs spécialistes du grand âge, de la gérontologie et/ou de la fin de vie, **conséquence d'un cloisonnement des secteurs induit par la construction des politiques publiques en silos et d'un manque de formation et de sensibilisation des professionnels du secteur personnes âgées à la prise en charge des publics en situation de précarité**.

Nous pouvons conclure ce chapitre en considérant **la thématique du vieillissement, prématuré ou non, des publics en situation de précarité au sein des structures de l'AHIL comme un problème systémique** puisque celle-ci est présente au sein des différents types de structures (d'hébergement, de logement, et autres dispositifs de santé-précarité ou d'accueil) et, de surcroît, sur la totalité des structures investiguées. L'origine de ces difficultés qu'engendre le vieillissement prématuré de ces publics réside dans le fait que celui-ci se trouve dans un angle mort des différentes politiques publiques (de lutte contre les exclusions, du grand âge, de la santé), empêchant alors la construction de solutions adaptées pour ces personnes.

CHAPITRE 3 : DES TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE QUI INCOMBENT AU SECTEUR DE L'AHIL

I. LA MORT DES PERSONNES VIEILLISSANTES AU SEIN DU SECTEUR DE L'AHIL

Au cours de l'enquête de terrain, lors des différentes immersions, et des échanges avec les professionnels du social et les personnes accompagnées un autre constat inhérent au vieillissement prématuré est ressorti : la récurrence des décès au sein du public accueilli. En effet, la survenue d'un ou de plusieurs décès dans les mois et semaines précédant l'enquête ont été observées sur un nombre non négligeable de structures enquêtées, et dans toutes les associations enquêtées.

Tous les décès ayant cours dans le secteur de l'AHIL ne sont cependant pas la conséquence d'un vieillissement prématuré, certains peuvent être qualifiés de mort violente, pour décrire les décès par overdose ou suicide par exemple.

Néanmoins, les décès dont il a été fait mention par les professionnels du secteur de l'AHIL enquêtés lors de ce travail, ont été décrits par ces derniers comme étant survenus chez des personnes en situation de vieillissement prématuré.

L'enquête par questionnaire montre qu'en moyenne le nombre de personnes identifiées comme vieillissant prématurément, et décédées sur les structures d'hébergement ou de logement en 2023, était de 1 personnes par structure, oscillant de 0 à 6 suivant les 26 structures (Tableau 6). Les autres dispositifs ayant répondu au questionnaire (de type points santé, accueils de jour et équipes mobiles), font également face au décès de personnes vieillissant prématurément (jusqu'à deux décès de personnes concernées durant l'année 2023) (Tableau 7).

Tableau 6 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré décédées en 2023 sur les structures répondantes.

Réponse n°	Département	Type de structures / dispositif	Combien de personnes en situation de vieillissement prématuré sont décédées cette année (2023) sur votre structure / dispositif ?
1	35	Résidence autonomie	0
2	35	Résidence autonomie	1
3	56	LHSS, ACT HLM	1
4	35	Urgence	0
5	35	Pension de famille	0
6	35	Pension de famille	0
7	22	CHRS	2

8	29	CHRS	1
9	29	Pension de famille	0
10	29	LHSS, LAM	0
11	29	LHSS, ACT	0
12	29	ACT	0
13	29	ACT	0
14	29	ACT HLM	0
15	29	Urgence, Pension de famille	0
16	29	Urgence, CHRS, Pension de famille	0
17	29	Urgence, CHRS, Pension de famille	0
18	29	Urgence, CHRS, Pension de famille, LHSS, ACT, ALT	5
20	22	CHRS, stabilisation	1
21	22	CHRS	2
22	35	CHRS	1
23	56	Pension de famille, LHSS, ACT	1
24	56	CHRS	1
25	56	Accueil de nuit, CHRS	0
26	56	CHRS, ALT, urgence	6

Minimum	0
Maximum	6
Médiane	0
Moyenne	1

Tableau 7 : Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré décédées en 2023 sur les dispositifs répondants.

Réponse n°	Département	Dispositif	Nombre de personnes en situation de vieillissement prématuré décédées en 2023
27	22	Accueil de jour	2
28	22	Équipe mobile	0
29	56	Point santé	1
30	56	Équipe mobile	0
31	29	Point santé	NC

Minimum	0
Maximum	2
Médiane	1
Moyenne	1

L'enquête menée par l'ONFV³⁴ et la FNH-VIH³⁵, réalisée entre 2012 et 2013 a montré que 80 des 102 décès survenus dans les 59 ACT existant à l'époque, étaient des décès de patients en fin de vie, la plupart d'entre eux souffrant d'un cancer (ONFV, 2015).

Une enquête menée par l'ONFV et la FNARS³⁶ auprès de 109 CHRS a montré que déjà entre 2012 et 2013, 67% des 132 décès (soit 88 décès) survenus ces années-là faisaient suite à une pathologie connue du CHRS (ONFV, 2015). Une grande part de ces personnes décédées (77) se trouvaient en phase avancée ou terminale. Si le public étudié dans cette enquête ne portait pas exclusivement sur les personnes en situation de précarité et vieillissantes, l'observatoire national de la fin de vie mentionnait tout de même que « leur âge [biographique] (âge réel du corps, qui varie en fonction de l'hygiène de vie, l'alimentation, l'activité physique ou les maladies) est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge [biologique] (âge « chronologique »)³⁷. Ainsi, les questions

³⁴ Observatoire national de la fin de vie

³⁵ Fédération nationale d'hébergement-VIH

³⁶ Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Ancien acronyme de la FAS.

³⁷ Ici, les termes de « biologique » et « biographique » ont été inversés. En effet, le rapport de l'ONFV écrit « Leur âge biologique (âge réel du corps, qui varie en fonction de l'hygiène de vie, l'alimentation, l'activité physique ou les maladies) est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge biographique (âge « chronologique ») citant la sociologue Sophie Rouay Lambert ayant mis en avant pour la première fois ce décalage entre âge biologique et âge biographique (Rouay-Lambert, 2006). Celle-ci définit ces termes comme ceci : « L'âge d'une personne s'évalue généralement d'un coup d'œil : traits, mains, gestuelle, tenue vestimentaire, qui, au même titre que les appartenances sociales présumées (Goffman E., 1973), sont des indices tacites influant sur notre comportement à l'égard des autres. Évaluer l'âge des SDF est une autre affaire. Les indices sont faussés. Quelques semaines passées à la rue peuvent les avoir vieillis de dix ou vingt années. Leur âge biographique est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge biologique, et l'état sanitaire de ceux qui prétendent à la

du handicap et de la dépendance se posent à des âges plus précoces que pour la population générale » (ONFV, 2015) et concluait que les CHRS risquaient dans les années à venir, d'être de plus en plus confrontés à des situations de fin de vie.

Enfin, une autre enquête, menée par la CEREMA (Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement) et pilotée par la DIHAL auprès de 450 pensions de famille en 2014, montrait qu'à cette date, déjà 34% d'entre elles devaient faire face au décès d'au moins un de leurs résidents chaque année (ONFV, 2015). Dans cette dernière enquête, le vieillissement prématuré n'a pas non plus été interrogé, mais 8% des personnes accompagnées en pension de famille présentaient, il y a dix ans déjà, des difficultés liées au vieillissement.

Ainsi, le décès des personnes accompagnées et vieillissant – prématurément ou non – fait maintenant partie des réalités professionnelles des salariés des structures du secteur de l'AHIL (pouvant s'élever à 6 décès dans une année en Bretagne). Puisqu'il n'existe actuellement pas de solution concrète et pérenne aux difficultés d'orientation de ces « incasables », les structures de l'AHIL vont donc continuer à être confrontées à ce type de situation. Il apparaît alors indispensable de traiter, dans ce rapport de la notion de fin de vie.

II. TROIS TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE DIFFERENTES : SUIVANT UN DECLIN LENT, GRADUEL OU RAPIDE

Définition de la fin de vie :

« Les chercheurs et les autorités publiques, notamment la Haute Autorité de santé, retiennent habituellement deux définitions de la notion de fin de vie :

La première associe la fin de vie à **une estimation de la durée de vie restante** : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) relève, dans son avis n° 139, que le cadre juridique actuel est adapté aux pronostics de court terme (quelques heures à quelques jours) mais pas de moyen terme (quelques semaines à quelques mois).

La seconde [définition] associe la fin de vie à **l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle** (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.).

Ces [deux] définitions confirment la possibilité d'une double lecture, celle du temps qu'il reste à vivre et celle de la trajectoire de fin de vie, qui fait appel à un temps variable ».

(Ministère chargé de l'organisation territoriales et des professionnels de santé, 2023).

retraite pose des problèmes spécifiques » (Rouay-Lambert, 2006). L'âge biologique est donc bien l'âge réel, inscrit sur les documents d'identité, l'âge biographique, l'âge du corps plus ou moins usé par l'expérience de vie.

L'observatoire national de la fin de vie a modélisé 3 types de trajectoires de fin de vie : suivant soit un déclin rapide, soit un déclin graduel ou soit un déclin lent (Figure 26) (ONFV, 2015). Chacun de ces trois types de trajectoires a été repéré lors de l'enquête de terrain.

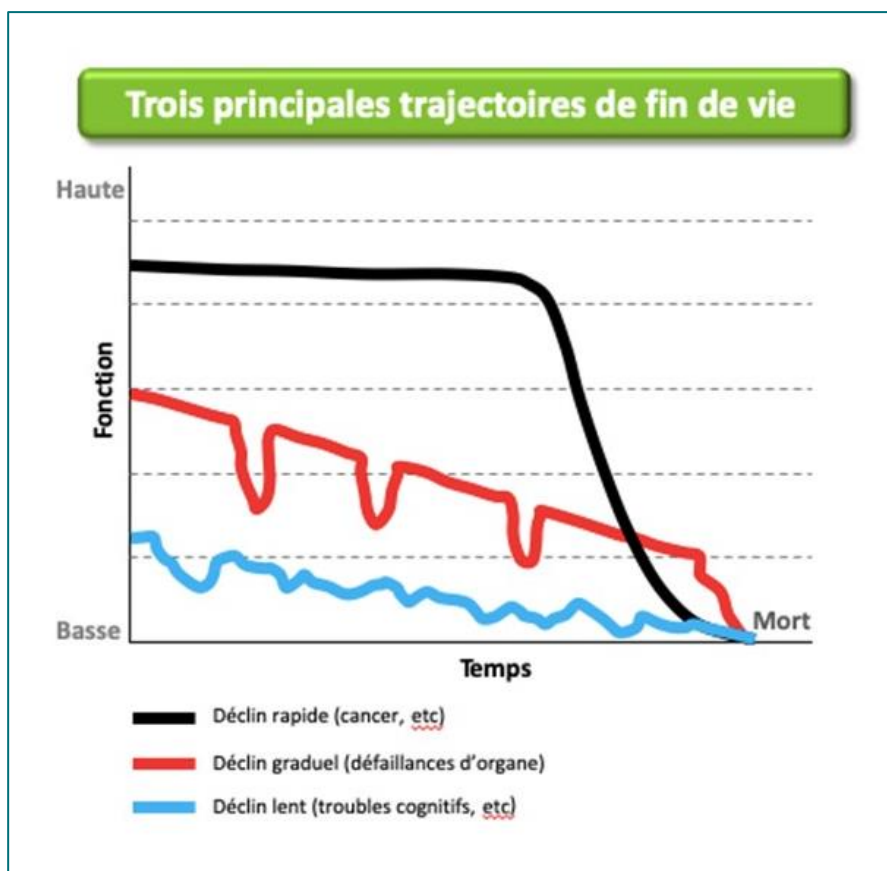


Figure 26 : Modélisation des trois principales trajectoires de fin de vie, une trajectoire suivant un déclin rapide (noir) ; une trajectoire suivant un déclin graduel (rouge) et une trajectoire suivant un déclin lent (bleu)
Figure adaptée de (ONFV, 2015).

La trajectoire de fin de vie qui suit un **déclin rapide** (en noir sur la figure) représente une « évolution progressive [suivi d'une] phase terminale habituellement relativement claire » (ONFV, 2015). Les décès par cancers sont des exemples typiques de cette forme de déclin. Si la durée de cette trajectoire peut s'étaler sur quelques années, la phase de déclin s'étend, elle, sur **quelques mois**. Des formes de déclin rapide ont pu être identifiées durant l'enquête de terrain, notamment concernant des personnes accompagnées atteintes de cancers. Ces derniers sont pour la plupart diagnostiqués tardivement, du fait des ruptures de parcours de soins des personnes et de la sollicitation tardive d'un professionnel de santé. Outre la crainte d'être stigmatisées dans leurs prises en charge et le manque de confiance dans les institutions soignantes que peuvent éprouver certaines personnes en situation de précarité, elles ont en effet, tendance à consulter un professionnel de santé uniquement dans des stades tardifs d'évolution de leurs pathologies, lorsque celles-ci deviennent handicapantes ou invalidantes³⁸ (Benoist, 2008).

³⁸ Celles-ci font preuve d'un « savoir endurer la souffrance » (Benoist, 2008).

La trajectoire de fin de vie suivant un **déclin graduel** (en rouge sur la figure) correspond à une alternance d'épisodes de détériorations aigus de l'état de santé et de périodes de récupération (ONFV, 2015), aboutissant à une mort soudaine et inattendue. Cette trajectoire de fin de vie peut s'étaler sur **une période allant de 2 à 5 ans**. Elle concerne essentiellement les personnes atteintes de défaillances d'organe telles que des affections de l'appareil digestif, des maladies métaboliques ou des défaillances cardio-pulmonaires comme les bronchopneumopathies obstructives chroniques (BPCO). Cette dernière est dans une très grande majorité des cas dû à une consommation de tabac qui connaît une prévalence plus forte chez les personnes avec de faibles revenus socio-économique, telles que les personnes hébergées ou logées au sein des structures de l'AHIL (Pasquereau et al., 2018).

La troisième trajectoire de fin de vie (en bleu sur la figure) représente le **déclin lent**. Elle « est typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes présentant une démence qui ont une perte très progressive des capacités fonctionnelles et cognitives » (ONFV, 2015), et peut durer jusqu'à **6 à 8 ans**. Ainsi, les personnes atteintes du syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) - qui est une forme de démence alcoolique – rencontrées lors de l'enquête de terrain, peuvent être considérées comme entrant dans cette trajectoire de fin de vie suivant un déclin lent.

Outre les personnes présentant une dégradation des capacités fonctionnelles et cognitives, cette trajectoire de fin de vie touche également les personnes âgées. Or, dans ce travail, des personnes en situation de précarité ont montré, du fait de leur conditions de vie présentes et passées, un engagement précoce dans un processus de vieillissement. Il faut donc intégrer à cette trajectoire de fin de vie qui suit un « déclin lent », les spécificités de ce public (début du déclin à un âge précoce).

Qu'est-ce que le syndrome de Wernicke-Korsakoff ?

Dans le manuel MSD, le syndrome de Wernicke-Korsakoff est défini comme « une forme inhabituelle d'amnésie qui associe deux troubles : un état confusionnel aigu (encéphalopathie de Wernicke) et un type d'amnésie à long terme appelé syndrome de Korsakoff ».

« L'**encéphalopathie de Wernicke** provoque une perte d'équilibre, une instabilité à la marche, des problèmes de mouvements oculaires, une confusion et une somnolence ».

« Le **syndrome de Korsakoff** peut initialement provoquer une perte sévère de la mémoire des événements récents. La mémoire d'événements plus lointains dans le passé semble moins altérée. Les personnes peuvent avoir une vie sociale et s'entretenir avec les autres de façon cohérente, même ils ne se souviennent pas ce qui s'est passé dans les jours, mois, années ou même dans les quelques minutes précédentes ».

Ce syndrome, d'origine multifactorielle, est en partie causé par une carence en vitamine B1 et peut donc apparaître à la suite d'un trouble de la consommation d'alcool ainsi que des formes sévères de malnutrition.

Ainsi, les personnes en situation de précarité et vieillissant au sein des structures de l'AHIL, à l'instar des multiples façons qu'elles ont de vieillir, présentent donc différentes manières de vivre leur fin de vie et suivent des trajectoires de fin de vie distinctes.

III. DES EXEMPLES DE FIN DE VIE EN STRUCTURES DU SECTEUR DE L'AHIL

La littérature décrit un certain nombre de structures du secteur de l'AHIL confrontées à l'accompagnement à la fin de vie des personnes hébergées/logées, telles que les LHSS (Uribelarrea, 2021b), les LAM (Marin, 2023), les CHRS ou les pensions de famille (ONFV, 2015).

Même si « en très grande majorité, les personnes accueillies [par exemple] en CHRS décèdent à l'hôpital ou dans un établissement de santé » (ONFV, 2015), accompagner les personnes accueillies avant cette dernière étape de leur vie qu'est la mort, peut mettre en difficulté les professionnels comme le décès de ce résident (voir encadré ci-dessous), survenu un an avant que ne commence l'enquête de terrain ; et dont la fin de vie reste encore en mémoire des professionnels du CHRS l'accompagnant.

L'exemple d'une fin de vie d'un résident de CHRS



Homme de 53 ans

Cancer de la sphère ORL

Refus de prise en charge en LHSS, LAM et hôpital

Ne respecte pas les recommandations médicales
(telles que venir à jeun à son RDV, horaires des RDV)

Fortes douleurs (se traduisant par des hurlements)

Incontinence (selles, urine)

Décès à l'hôpital

L'exemple de fin de vie de cet homme, hébergé dans un CHRS, démontre les multiples difficultés, ainsi que l'inadaptation de cette structure à l'accompagnement de la fin de vie.

Tout d'abord, suite au diagnostic de son cancer ORL, les travailleurs sociaux du CHRS ont essayé de trouver une orientation plus adaptée à son état de santé. Pour ce faire des demandes auprès de LHSS et de LAM ont été réalisées. Ces dernières se sont vu opposer des refus. Une demande d'hospitalisation a elle aussi été refusée.

N'ayant pas de solution d'hébergement plus adaptée à la dégradation de son état de santé, l'homme est resté hébergé au CHRS. L'équipe du CHRS, mais aussi les autres résidents, se sont retrouvés témoins de ses fortes douleurs (se traduisant par des hurlements réguliers), de son incontinence, et de manière plus globale de la dégradation prononcée de son état de santé, suscitant alors de nombreuses inquiétudes tant chez les professionnels que chez les résidents. Aucun des professionnels ne pouvaient alors ni soulager sa souffrance, ni l'aider dans la gestion des symptômes de sa pathologie.

Cet homme a finalement « réussi » à être hospitalisé dans les dernières heures de sa vie et est décédé à l'hôpital.

Exemple issu des extraits de carnet de terrain de l'association 2

La présence de personnes vieillissantes en fin de vie n'est pas l'apanage des CHRS. Tous les types de structures enquêtées ont fait mention de situations de fin de vie ayant conduit au décès de personnes accompagnées dans une durée relativement courte avant la réalisation des immersions. Cela est notamment le cas d'une structure spécialisée dans l'accueil de personnes considérées comme très marginalisées (issue de l'appel à manifestation d'intérêt « Personnes en situation de grande marginalité »)³⁹. Ce dispositif s'adresse aux personnes ne souhaitant pas aller vers un logement (pour toutes raisons) et pour lesquels les autres dispositifs ne répondent pas à leurs besoins actuels, tels que d'avoir la possibilité de vivre avec ses animaux de compagnie. Le règlement y est plus souple que dans d'autres structures et les retours à la rue sont possibles sans craindre de perdre sa place.

L'exemple d'une fin de vie d'un résident d'une structure d'accueil dite « grande marginalité »



Un homme de 53 ans

Rupture complète avec le soin

Souhait de mourir à la rue

Décédé en toute fin de vie à l'hôpital

Cet homme, du fait de sa situation dite de grand marginal et de sa rupture complète avec le soin a représenté un accompagnement difficile pour l'équipe de travailleurs sociaux.

Il affirmait à l'équipe qu'il voulait mourir dans la rue, et fuguait de l'hôpital pour retourner vivre dans la rue à chaque hospitalisation. A plusieurs reprises, il a été retrouvé dans la rue par des membres de l'équipe qui n'avaient plus de ses nouvelles, dans un état de santé inquiétant, avec, par exemple, une plaie à la jambe pleine d'asticots, ou encore recouvert de selles et de vomi.

Une des travailleuses sociales de l'équipe explique qu'il était difficile, pour elle, de le voir dans cet état, de le changer, et qu'elle et les autres partenaires du secteur social de la ville étaient sans solution à lui proposer.

Cet homme est finalement décédé à l'hôpital en toute fin de vie.

Exemple tiré des extraits de carnet de terrain de l'association 2

Si ces exemples montrent à quel point les professionnels du secteur de l'hébergement peuvent se sentir démunis face à la gestion des situations de fin de vie, pour lesquelles ils ne sont pas formés et pour lesquelles

³⁹ La marginalité est définie, selon le cahier des charges de cet appel à projet, comme « le fait pour un individu, ou un groupe d'individu, de s'écarter de la norme de la société, de s'en exclure ou d'en être exclu avec une rupture, parfois brutale, des liens sociaux. Elle peut être choisie par un individu désireux de manifester le refus d'un mode de vie, mais elle est souvent subie, comme la conséquence d'une stigmatisation, d'une exclusion sociale, d'une désocialisation, d'un comportement à risque, d'un handicap » (DIHAL & DIPLP, 2020).

ils n'ont que très peu de solutions à proposer aux personnes concernées ; l'enquête de terrain a permis de mettre en évidence les mêmes phénomènes sur les dispositifs de logement, tels que les pensions de famille.

L'exemple d'une fin de vie en pension de famille



Homme de 56 ans

Souhaite rester en pension de famille jusqu'à la fin de sa vie

BPCO nécessitant une mise sous O₂

Ne nécessitant pas de soins « techniques »

N'a pas de proche-aidant

Décès dans son lit, en pension de famille

Cet homme, vit en pension de famille et souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) qui nécessite une mise sous oxygène (O₂). Il souhaite finir sa vie dans son logement actuel. Afin de l'accompagner au mieux dans sa pathologie, et dans son souhait de finir ses jours sur la pension de famille, l'équipe demande la mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) puisqu'il nécessite une mise sous oxygène (les professionnels du social ne se sentant pas compétents pour certains, et/ou ne souhaitant pas, pour d'autres, prendre la responsabilité de la gestion de la mise sous oxygène).

Cette demande s'est vue refusée au motif que cet homme ne nécessitait pas de « soins dits techniques »⁴⁰ et qu'il n'avait pas de proche aidant (conjoint ou conjointe, enfants, etc.) au domicile. Or une part non négligeable des publics de cette enquête sont en rupture familiale.

De plus, la structuration des pensions de famille n'offre pas une présence en continue des travailleurs sociaux ; les résidents vivent pour la plupart, seuls dans leur logement. De surcroît, le dispositif étant un dispositif de logement, les professionnels n'ont pas le droit d'entrer dans les logements sans un accord des résidents locataires.

Ce monsieur est décédé une nuit dans son lit, au sein de la pension de famille, selon son souhait.

Exemple fictif reconstitué à partir de plusieurs situations de personnes différentes observées durant l'enquête de terrain, extrait des carnets de terrain de différentes pensions de famille.

⁴⁰ Les principaux modes d'une hospitalisation à domicile sont d'après le ministère de la santé : l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale et entérale, les traitements intraveineux, les soins palliatifs, les chimiothérapies, la prise en charge de la douleur, les pensements complexes et soins spécifiques, le traitement post-chirurgical, la rééducation orthopédique, la rééducation neurologique, les soins de nursing lourds, la surveillance de radiothérapie, les transfusions sanguines, la surveillance de grossesse à risque, le post-partum pathologique, la prise en charge de nouveaux nés à risque, la surveillance d'aplasie et la sortie précoce de chirurgie. Pour plus d'informations, voir <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had> - consulté le 14/12/2024

Ce dernier exemple montre que les pensions de famille ne sont pas plus adaptées à la mise en place d'un parcours de fin de vie que ne le sont les autres structures de l'AHIL.

Cependant, les pensions de famille étant des dispositifs de logement, les personnes s'y sentent chez elles ; et, comme cela peut-être le cas dans le logement de droit commun, une partie d'entre elles souhaitent finir leurs jours à leurs domiciles. Il conviendrait alors de mettre en place des solutions pour faciliter le parcours de fin de vie des résidents souhaitant rester chez eux jusqu'au dernier moment. C'est ce qu'ont essayé de faire les travailleurs sociaux dans cet exemple pour cet homme (demande d'hospitalisation à domicile) ; mais ils se sont heurtés à un refus au motif que la personne accompagnée, cet « incasable », ne répondait pas aux critères d'éligibilité (absence de proche aidant ; soins non techniques). En effet, en 2015 ; l'ONFV montrait que les critères pour obtenir une HAD pouvaient varier d'une HAD à une autre : « Plus de la moitié des services d'HAD ont déclaré que l'absence de commodités⁴¹ dans le logement est un frein à sa mise en place. De la même manière, la moitié des services d'HAD ne prend pas en charge des patients n'ayant pas de médecin traitant. Or, il n'est pas rare que les personnes en situation de précarité ne disposent ni d'un logement avec confort, ni d'un médecin généraliste attitré » (ONFV, 2015).

Les professionnels du secteur social ne sont pas formés à la gestion de la fin de vie. Si tous les professionnels du soin ne sont pas non plus formés à cette prise en charge si spécifique⁴², il s'avère cependant, comme le montre l'étude menée par la DIHAL et l'ONFV en 2014, que « la présence ou non de professionnels de santé dans la structure a une incidence sur le lieu de décès des personnes hébergées en pensions de famille : dans les pensions de famille où intervient un professionnel de santé (salarié ou prestataire extérieur) 60 % des décès se sont produits au sein de la structure contre 35 % dans les autres structures » (ONFV, 2015).

De plus, l'enquête de terrain révèle également un manque de sensibilisation du secteur sanitaire et médico-social aux publics en situation de précarité et, de surcroît, vieillissants, comme le mentionnait déjà en 2014 l'observatoire de la fin de vie : l'enquête met en évidence que pour « 28% des services d'HAD, un ou plusieurs professionnels éprouveraient un besoin de formation concernant la précarité » ; « Mis à mal par [...] leur manque de temps effectif ou le manque de formation, les professionnels des services d'urgences adoptent différents comportements pour prendre en charge (ou non) des patients pour lesquels la complexité est à la fois médicale et sociale » (ONFV, 2015).

⁴¹ Par exemple eau courante, WC intérieurs, installations sanitaires, etc.

⁴² Selon l'observatoire de la fin de vie, « seulement un tiers des infirmiers et aides-soignants sont formés aux soins palliatifs, alors qu'un patient sur quatre est concerné par une prise en charge "soins palliatifs" » (ONFV, 2015)

Si une partie des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non décèdent au sein de leur structure d'hébergement ou de logement, une part non négligeable d'entre elles décèdent à l'hôpital, et notamment au sein des services d'urgence. Cependant, leur prise en charge par les services hospitaliers se fait tardivement au cours de leur trajectoire de fin de vie, qu'elle suive un déclin rapide, graduel ou lent. Cette prise en charge représente alors l'ultime étape d'un parcours de fin de vie qui, lui, se déroule sur plusieurs mois voire plusieurs années au sein des structures de l'AHIL : **la gestion de la fin de vie de ces « incasables » incombe donc actuellement, en l'absence de solution adéquate à leur accompagnement à la fin de vie, aux structures de l'AHIL telles que les CHRS ou les pensions de famille.**

La fin de vie des personnes précaires vieillissantes vient alors questionner l'orientation des politiques publiques vers laquelle elles tendent, à savoir le « virage domiciliaire » et la mise en place de mesures visant à accompagner la fin de vie dans son domicile.

Comment faire pour accompagner des personnes en situation de précarité et en fin de vie, n'ayant pas de chez-soi, ni de proches aidants ?

Comment accompagner au mieux ces personnes, qui, du fait de leur vieillissement précoce et parfois de leurs addictions, ne peuvent avoir accès aux structures de droit commun tels que des EHPAD et des USLD ; dans lesquels les professionnels sont sensibilisés à la question de la fin de vie ?

Une discussion éthique portant cette problématique comme objet politique est maintenant nécessaire, à l'image des discussions portant sur l'aide à mourir tenues au cours de l'année 2023 et doit porter nombre de questionnements éthiques :

- est-ce que mourir au sein d'une structure de l'AHIL peut être jugé comme digne ? ;
- est-ce que les professionnels du social qui ne sont pas des professionnels de santé, sont formés et aptes à accompagner dans cette étape les personnes accompagnées ? ;
- au risque de modifier les identités professionnelles de ces derniers ? ;
- comment faire correspondre les envies des personnes concernant leur fin de vie et l'accompagnement médical qui leur est nécessaire ?

CHAPITRE 4 : LES PUBLICS PRECAIRES VIEILLISSANTS FACE AUX NORMES REGISSANT LES STRUCTURES DE DROIT COMMUN : LES « INCASABLES »

Si l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissantes, prématurément ou non, impacte, par les adaptations qu'il oblige, les structures du secteur de l'AHIL et la bonne santé au travail des professionnels, il s'avère qu'il a également des conséquences sur les parcours des personnes, en impactant leur orientation vers des dispositifs qui pourraient répondre à leurs besoins à la fois sanitaires et sociaux.

Pour rappel, les politiques publiques de la vieillesse fixent leur critère d'éligibilité à l'âge de soixante ans. Cet âge charnière permet de définir si les personnes demandeuses d'aide sociale dépendent des politiques du handicap (avant 60 ans) ou bien des politiques relevant de la vieillesse (après 60 ans).

Cela signifierait que les personnes en situation de précarité présentant un vieillissement prématuré – avant soixante ans – relèveraient du secteur du handicap, tandis que celles ayant franchi cette barrière de l'âge pourraient prétendre aux services de gérontologie. En théorie, que ce soit dans l'un ou l'autre de ces secteurs, leur prise en charge devrait être garantie.

Cependant, la réalité montre que la situation est beaucoup plus complexe que la théorie ne le laisse entendre.

I. DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES LONGUES ET COMPLEXES : L'ÂGE ET LA SITUATION ECONOMIQUE, DES BARRIERES IMMUABLES

L'enquête EHPA 2019 menée par la DREES montre que la moyenne d'âge des résidents d'EHPAD est d'un peu plus de 86 ans (Balavoine, 2022; Ricroch, 2024) et que la moitié des résidents d'EHPAD ont plus de 88 ans, tandis que seuls 18% des résidents ont moins de 80 ans (Balavoine, 2022), 11% moins de 75 ans et 2% moins de 65 ans (Ricroch, 2024). Aujourd'hui, « les structures d'hébergement pour personnes âgées, qui sont [...] principalement des EHPAD, accueillent une faible partie des soixante ans et plus » alors que près de 40 % de leurs résidents et résidentes ont au moins 95 ans (Caradec, 2022). Il en est de même en région bretonne, où, là aussi, les personnes entrant en EHPAD présentent majoritairement des âges élevés, puisqu'en 2015, sur les 17 250 entrées en EHPAD recensées, seulement 5 % des personnes concernées avaient moins de soixante-dix ans et 0.7% moins de 60 ans (Mulliez et al., 2019).

Ainsi, les personnes en situation de vieillissement prématuré (donc en situation de vieillissement avant l'âge des 60 ans), se trouvent dans la tranche d'âge la moins représentée dans les EHPAD, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale.

Des entrées en établissement avant l'âge barrière de 60 ans sont possible, sur dérogation. Cette demande de dérogation est cependant conditionnée. La personne demandeuse doit justifier « d'un taux d'incapacité de 80

% reconnu avant l'âge de 65 ans », comme le montre le site web de CAP retraite⁴³ ; ce qui nécessite néanmoins, au préalable, une reconnaissance de handicap.

Cette possibilité de dérogation d'âge est la raison pour laquelle les travailleurs sociaux envisagent l'EHPAD comme une solution d'orientation pour le public en situation de précarité et vieillissant prématurément, puisqu'ils ont conscience qu'une demande auprès d'un foyer de vie⁴⁴, par exemple, pour une personne d'un âge inférieur, mais proche des 60 ans, a très peu de chance d'aboutir :

« Alors, pour F on avait aussi demandé à [...] un foyer de vie. À la base, c'était l'idée. Et en fait, il n'y a plus de place. Et le fait qu'il soit aussi à cheval au niveau de l'âge, à 58-59 ans, on se dit qu'ils vont pas le prendre en foyer de vie parce que déjà la liste d'attente est super longue et ils vont prioriser quelqu'un qui a 40 ou quoi » (Éducatrice spécialisée – PF).

En effet, les foyers de vie (relevant du champ du handicap) accueillent un public de moins de soixante ans ; et vivre au sein de ceux-ci nécessitent d'être autonome dans l'exécution des tâches quotidiennes (capacité à se nourrir, à s'habiller et participer aux activités).

Ainsi, les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément, se trouvent être trop jeunes pour les EHPAD, mais trop âgées et trop dépendantes pour les foyers de vie.

Les démarches administratives à entreprendre pour établir un dossier de demande d'orientation en EHPAD ou dans les établissements du secteur du handicap sont longues et fastidieuses. A ces délais, s'ajoutent les délais d'attente pour obtenir une réponse, qu'elle soit positive ou négative ; ainsi que les délais d'attente pour obtenir une place disponible ; qui peuvent alors laisser le temps à la perte d'autonomie de s'installer, de s'aggraver et de rendre alors les demandes d'orientation en cours déjà obsolètes. Relancer les démarches dans ce genre de situation est donc inévitable.

De plus, dans le cas de demandes effectuées auprès de structures relevant du champ du handicap, mais que la personne concernée avance en âge et franchit la barre des soixante ans, les démarches sont alors à renouveler dans des structures différentes, relevant alors du secteur du grand âge (EHPAD).

La dérogation d'âge n'est pas la seule demande qui doit être réalisée auprès du département pour obtenir une place en EHPAD pour ce public si spécifique. En effet, celui-ci, en situation de précarité, n'a, la plupart du temps, pas les moyens de financer une place en EHPAD qui représente en moyenne un coût de 2 049 € par mois en Bretagne⁴⁵. De plus, l'année 2023 a vu les tarifs d'une chambre en EHPAD augmenter, selon la caisse nationale

⁴³ <https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/comment-obtenir-une-derogation-pour-ladmission-en-ehpad-dun-resident-de-moins-de-60-ans/> - consulté le 16/01/2025

⁴⁴ « Le foyer de vie (ou foyer occupationnel) accueille des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations et activités en fonction de leur handicap. Le foyer de vie est destiné aux personnes ne relevant ni d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), ni d'une maison d'accueil spécialisée (MAS), ni d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) » (Service Public, 2024).

⁴⁵ Coût issu du site CAP Retraite, calculé à partir des données de l'étude réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2024 - <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/les->

de solidarité pour l'autonomie, qui indique qu'au niveau national, « pour les prix ASH⁴⁶, la progression s'élève à 3,9 %, soit une accélération significative de la hausse des prix qui, depuis 2016, connaissent une croissance annuelle comprise entre 1,1 % et 1,6 % »⁴⁷.

Une demande d'aide sociale à l'hébergement (ASH) peut être réalisée afin de permettre aux personnes de prendre en charge les coûts d'hébergement en EHPAD. Celle-ci « paie la différence entre le montant des frais d'hébergement et ce que peut payer la personne âgée, voire ce que peuvent payer ses *obligés alimentaires* (enfants, gendres, belles-filles). Le département peut récupérer l'ASH versée, du vivant ainsi qu'au décès de la personne âgée »⁴⁸. Cependant, des freins à son obtention peuvent être rencontrés, particulièrement pour les personnes présentes au sein de l'AHIL qui se trouvent, pour un certain nombre d'entre elles, en situation de rupture familiale et n'ont donc plus de contact avec les membres de leur famille (« *obligés alimentaires* »), comme le montre cet extrait de carnet de terrain :

Extrait carnet de terrain – CHRS ; Association 2

« L'équipe explique qu'elle a eu un résident pour lequel une demande d'ASH a été faite. Pour cette demande, la liste de ses enfants lui a été demandée, mais ce monsieur n'était plus en contact avec sa famille et ne se souvenait plus du nom de ses enfants. La travailleuse sociale explique que lorsque la personne arrive sur la structure, leur rôle est de comprendre sa situation à l'instant T, de l'écouter si elle veut se confier sur son passé ; mais qu'ils [l'équipe] ne sont pas là pour découvrir ce qu'elle ne veut pas dire. De fait, ils étaient juste informés que le monsieur avait dix enfants et n'avaient aucune possibilité d'en savoir plus, ce qui a considérablement compliqué cette démarche administrative ».

Ainsi, comme l'indiquait la fondation Abbé Pierre dans son rapport sur le mal-logement 2023, « les demandes de réorientations des personnes âgées vieillissantes en hébergement portent très majoritairement (à 70 %) vers des EHPAD mais la majorité de ces demandes sont refusées (56 %), principalement en raison des moyens financiers insuffisants et d'une situation administrative instable. Sachant par ailleurs que peu de liens existent entre les secteurs de l'hébergement et le secteur médico-social dans la prise en charge des personnes âgées » (Fondation Abbé Pierre, 2023).

De plus, ce n'est pas parce qu'une personne obtient, à un moment donné, une place en EHPAD qu'elle ne risque pas de se retrouver, plus tard, de nouveau dans une structure de l'AHIL, faute de ressources financières suffisantes pour payer le loyer de l'établissement médico-social, comme le montre l'extrait de carnet de terrain suivant.

tarifs/france/#:~:text=Le%20tarif%20moyen%20d'un,(Analyse%20statistique%20CNSA%202024). – consulté le 16/01/2025

⁴⁶ Aide sociale à l'hébergement

⁴⁷ <https://www.cnsa.fr/actualites/en-2023-le-prix-de-lhebergement-en-ehpad-augmente-en-moyenne-de-44>

⁴⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>

Extrait carnet de terrain – CHU ; Association 3

« Un monsieur de 70 ans est présent sur le CHU⁴⁹. Lors d'un échange informel, il explique qu'il a été en EHPAD pendant un mois et demi et qu'il en ait sorti par manque de moyens financiers. Il précise qu'il touche la retraite, mais qu'il doit verser une pension alimentaire à ses enfants, ce qui ne lui laisse pas suffisamment d'argent pour rester en EHPAD.

Le fait de ne plus être en EHPAD ne lui manque pas, car il explique qu'il se sentait diminuer, petit à petit, car il n'avait personne avec qui interagir ».

Ainsi, l'âge, la situation économique et la situation administrative des personnes en situation de précarité et vieillissantes, sont autant de freins à leur accès aux structures médico-sociales de droit commun. En effet, celles-ci sont trop âgées pour les structures médicosociales relevant du handicap ; trop jeunes pour celles relevant du grand âge ; trop pauvres pour assumer les coûts d'hébergement de ces structures ; ou trop isolées pour pouvoir avoir recours à la solidarité familiale de leurs « *obligés alimentaires* » (Figure 27).

II. LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANTES, FACE AU CADRE NORMATIF DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES DES SECTEURS PERSONNES AGEES ET DU HANDICAP

Aux difficultés administratives, il est nécessaire d'ajouter la prise en compte de la réalité de ces potentielles structures d'accueil, ainsi que les souhaits des personnes concernées, qui peuvent parfois diverger, comme le suggère la fin de l'extrait précédent dans lequel l'homme indique que son passage au sein d'un EHPAD, par manque d'interaction sociale, détériorait sa santé mentale.

En effet, l'écart d'âge entre la personne en situation de précarité et vieillissant prématurément et les personnes hébergées dans un EHPAD est l'un des arguments avancés par les personnes accompagnées enquêtées dans ce travail pour exprimer le fait qu'elles ne souhaitent pas intégrer ce type d'établissement : « *L'EHPAD c'est pour les très vieux, il faut des structures pour les plus jeunes* » (Café discussion – RA ; Association 5).

Cet argument est également compris par les professionnels qui les accompagnent : « *Bah et après vu qu'ils sont quand même assez, bah c'est enfin voilà, ils sont pas vieux. Enfin je veux dire 40, 50 ans, aller en EHPAD, même si, enfin c'est compliqué, ou aller en, en structure, en MAS⁵⁰, en FAM⁵¹* » (TISF – CHRS).

Rares sont donc les personnes accompagnées qui souhaitent intégrer ce type d'établissement :

⁴⁹ Acronyme pour centre d'hébergement d'urgence dans cet extrait

⁵⁰ Maison d'accueil spécialisée

⁵¹ Foyer d'accueil médicalisé

« Oui, J, le dernier qui est décédé, qui était en fauteuil roulant, il ne voulait absolument pas aller en EHPAD. Il était bien esquinté. Par contre, excusez-moi, à un moment, je trouve qu'il n'avait plus sa place ici » (Résidente 1 – PF) ;

« C'est un mouroir » [en parlant d'un EHPAD] (Résident - Café discussion – PF).

Ce refus d'intégrer un EHPAD, outre les inquiétudes liées à l'âge – qui fait que les personnes ne se sentiraient pas à leur place - tient également à sa représentation négative de « *mouroir* », couramment perçue dans notre société, et retrouvée dans les représentations des personnes accompagnées de la présente enquête, mais également dans celles des résidents de pension de famille enquêtés par C. Doubovetzky (Doubovetzky, 2016). Considéré comme une institution totale⁵², ces établissements essayent cependant de faire évoluer leur image ces dernières années, notamment avec une volonté de s'ouvrir sur l'extérieur. Pour ce faire, par exemple, la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie – dites loi « Bien vieillir » - tend à réaffirmer le droit d'emmener son animal de compagnie en EHPAD⁵³. Des financements sont aussi dédiés à la rénovation des locaux ou encore à la création de tiers-lieux⁵⁴. Cependant, améliorer l'image de ces structures prend du temps, d'autant plus dans un contexte où des scandales sur le traitement réservé aux résidents de certains EHPAD de groupe éclatent et renforcent la mauvaise réputation de ces derniers (tels que le groupe Orpea⁵⁵).

Si les personnes en situation de précarité vieillissant prématurément dévient de la norme de ces établissements par leur âge (Figure 27), le cadre normatif de l'EHPAD peut également être mal vécu par ces personnes.

En s'appuyant sur l'enquête annuelle « Aide sociale » de la DREES il est possible de brosser le portrait majoritaire des résidents d'EHPAD. Celui-ci est une femme, puisque plus de la moitié des résidents d'EHPAD sont des femmes (Muller, 2017) ; veuve, puisqu'elles sont 90% à être sans conjoint ; de plus de 88 ans ; et fortement dépendante puisque le groupe iso-ressources (GIR) de plus de la moitié des résidents est évalué à 1 ou 2 (Leroux et al., 2022a).

Or, dans une étude réalisée au sein de l'EHPAD François 1^{er} - un EHPAD accueillant 60% de personnes en situation de grande précarité – les auteurs brossent un portrait de ces publics bien différent. Ils décrivent un

⁵² « Lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968).

⁵³ <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A17336>

⁵⁴ « Un tiers-lieu est un lieu inspirant et stimulant pour les résidents de l'EHPAD ou de la résidence autonomie, une « place du village » qui fait entrer dans l'établissement des personnes et des activités inédites : couture, maraîchage, gym douce ou théâtre, café associatif, échanges de services... Il répond aussi aux besoins d'animation de la vie locale du territoire » - <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/lieux-et-cadre-de-vie/tiers-lieux> - consulté le 16/01/2025.

⁵⁵ La sortie du livre « Les fossoyeurs » de Victor Castanet en 2022 a mis en lumière les maltraitances que subissent les personnes âgées dans les EHPAD du groupe Orpea tenant à « la financiarisation » des EHPAD dans le but d'optimiser les coûts et générer un maximum de profits. La forte audience médiatique a obligé les pouvoirs publics à se saisir de la problématique.

public qui « n’entre qu’avec difficulté dans une organisation de groupe avec des règles communautaires, et ne fait confiance qu’à un nombre limité de personnes » ; avec « une faible appétence pour les contacts avec autrui ou le groupe » ; et ayant subi l’isolement face à la société, « qu’il reproduit [alors] en entrant dans la microsociété qu’est l’EHPAD » en s’autoexcluant, c’est-à-dire en mettant « en place des stratégies d’isolement, en engendrant des phénomènes de rejet et de fugues » (Delarue & Jolly, 2023). C’est un public qui consomme généralement de l’alcool et/ou du tabac ; qui présente des comportements et a des habitudes de vies « considérées comme déviantes des us de l’institution », tels que, par exemple, un besoin, dans un premier temps, de dormir au sol (pour certains) ; un besoin de « mobilité, de la liberté d’aller et venir », de sortir à l’extérieur de l’établissement ; ou encore des habitudes de vie qu’« il entend bien [...] conserver, par habitude, mais aussi parce qu’ils sont l’expression d’une capacité d’autonomie qui le différencie des “vieux” qui cohabitent avec lui dans l’institution », telles que pouvoir faire ses courses seul et/ou pouvoir conserver et cuisiner ses aliments dans sa chambre, comme il pouvait le faire dans son hébergement ou logement du secteur de l’AHIL (Delarue & Jolly, 2023). Les auteurs décrivent également un public pour qui « la toilette, la propreté, l’entretien de sa chambre n’est ni un sujet ni une habitude », pouvant alors engendrer différents problèmes tels qu’une « hygiène insuffisante, associée à des odeurs qui dérangent les autres résidents, [des] affections cutanées qui peuvent être transmissibles, [une] insalubrité de la chambre » ou encore des refus de laisser un professionnel intervenir pour nettoyer la chambre (Delarue & Jolly, 2023).

Il est alors aisé de comprendre, à l’aide des deux derniers exemples, comment le public en situation de grande précarité peut alors transgresser les codes normatifs des établissements spécialisés dans l’hébergement de public âgé, ici, des EHPAD : les chambres d’EHPAD ne sont généralement pas équipées pour pouvoir cuisiner, et l’hygiène dans les chambres est un point essentiel des EHPAD, établissement médico-sociaux, pour lesquels, tant dans leurs financements que dans leurs effectifs, « la part médicale et sanitaire est largement dominante » (Delarue & Jolly, 2023) (Figure 27).

De la même manière, C. Doubovetzky montrait en 2016 dans son enquête auprès des résidents d’une pension de famille Iséroise, que le cadre normatif des institutions médicosociales, notamment les EHPAD, empêchait les personnes concernées de se projeter en leur sein : « Les résidents de la pension de famille V soulignent principalement la question de l’adaptation à de nouvelles règles, à des normes dont ils sont éloignés depuis longtemps. Cela se rapporte principalement aux conduites addictives. [...] A la question des conduites addictives s’ajoutent d’autres habitudes de vie que les résidents se disent ne pas être prêts à changer : l’absence d’horaire pour les visites, de jour comme de nuit, la possibilité de s’absenter, la présence d’animaux de compagnie... » (Doubovetzky, 2016).

Si ces publics sont éloignés des normes des EHPAD (tant par leur âge que par leur comportement et habitudes de vie), ils risqueraient, dans les structures du secteur du handicap, de subir une double stigmatisation, puisqu’elles pourraient alors y être perçues à la fois comme « vieilles » et comme « précaires » (du fait à la fois

de leurs ressources financières et habitudes de vie acquises au cours de leur parcours de précarité), caractéristiques s'éloignant là aussi de la norme des publics pris en charge par ce secteur (Figure 27).

En effet, « la pyramide des âges des personnes accompagnées en structures médico-sociales est très concentrée sur les âges intermédiaires de la vie, tandis que les âges les plus bas et les plus élevés sont très peu représentés » (Leroux et al., 2022b). En effet, seuls 9 % des usagers des structures pour adultes handicapés ont 60 ans ou plus. Les plus âgés (60 ans ou plus) y sont ainsi largement sous-représentés par rapport à la population générale, qui compte 34 % de personnes de ces âges (Bellamy & Bergeron, 2022). A titre d'exemple, la moyenne d'âge des résidents de FAM est de 47,4 ans et celle des MAS est de 45 ans (Bellamy & Bergeron, 2022).

Ainsi, si l'âge biologique de certaines des personnes en situation de vieillissement prématuré, pourrait correspondre à la moyenne d'âge des résidents de ces établissements, leur âge biographique, lui, apparaîtrait comme plus vieux (du fait de leur apparence physique et de leur perte d'autonomie).

De plus, le secteur du handicap – même s'il n'a pas été enquêté⁵⁶ – semble ne pas être, lui non plus, indiqué pour la prise en charge du public en situation de précarité et vieillissant prématurément, car l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes questionne également ces structures depuis peu. En effet, deux des enjeux qui traversent actuellement ce secteur sont de déterminer comment faire évoluer les dispositifs accompagnant les personnes en situation de handicap et vieillissantes (ANCREAI, 2018), et d'être en mesure de diagnostiquer l'apparition de la maladie d'Alzheimer chez ces dernières (évoqué lors du 19^{ème} colloques national de démographie : handicaps et autonomies – du 6 au 9 juin 2023 à Rennes), puisque, par exemple, la part des personnes en situation de handicap et âgées de plus de 60 ans accueillie dans les FAM est passé de 7% en 2006 à 21% en 2018 (Bellamy & Bergeron, 2022).

⁵⁶ L'enquête n'a pas porté sur les acteurs du secteur du handicap et de la gérontologie, il n'est pas question de porter leur parole dans ce travail.

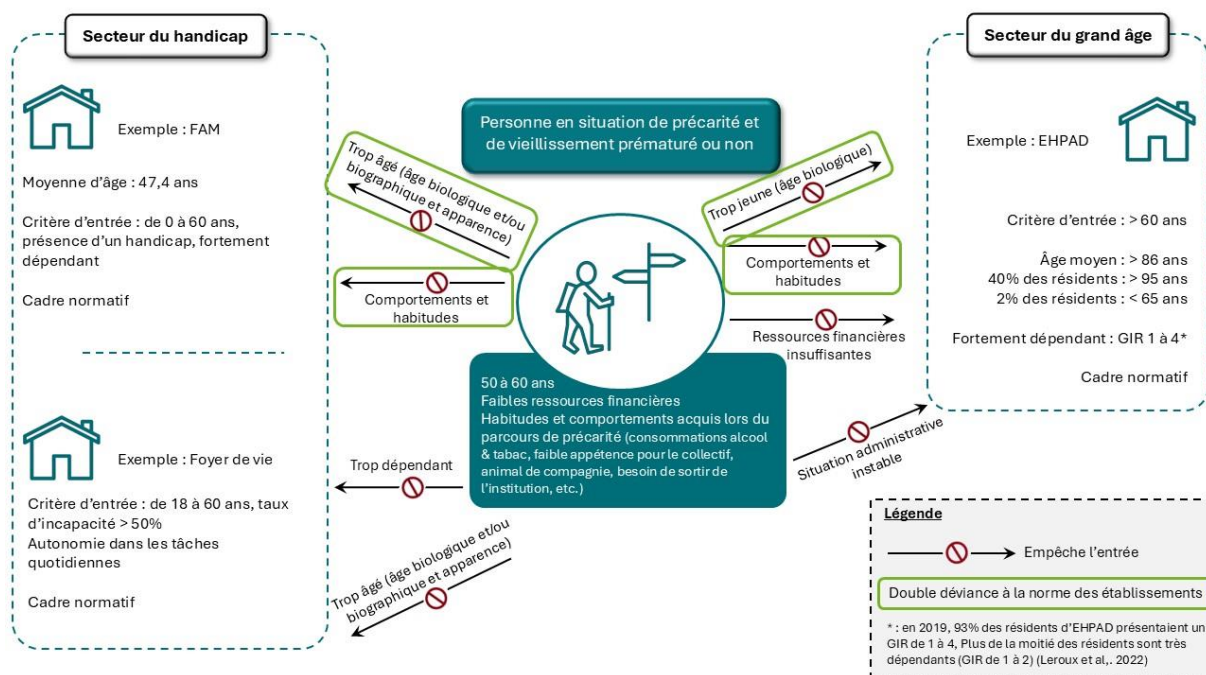


Figure 27 : Les personnes en situation de précarité et présentant un vieillissement prématuré ne remplissent pas les critères d'admission ni des structures du secteur du handicap, ni de celles du secteur personnes âgées

Elles sont ou paraissent trop âgées pour le secteur du handicap, trop jeunes pour le secteur du grand âge, et présentent des comportements et des habitudes de vie qui dévient de la norme de ces établissements, pouvant représenter un frein à leur intégration dans ces lieux de vie collectif. Elles présentent donc une double déviance face aux normes de ces établissements, à la fois du fait de leur âge, mais également du fait de leurs habitudes de vie acquises au cours de leurs parcours de précarité.

Note : les foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont destinés à recevoir des personnes dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante.

Ainsi, les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément se situent dans une forme de **double déviance à la norme de ces établissements** : du fait de leurs habitudes de vie et comportements acquis lors de leur parcours d'errance et de précarité d'une part ; et d'autre part, du fait leur âge - biologique pour les établissements du secteur du grand âge, et biologique et/ou biographique pour les établissements du secteur du handicap (Figure 27).

Les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, s'éloignent donc drastiquement des profils des publics majoritairement présents sur ces structures médico-sociales, qu'elles relèvent du champ du handicap ou du secteur du grand âge, tant par leur situation de précarité que par leur âge (trop âgées pour le premier, trop jeunes pour le second).

Mais, si ces publics sont éloignés – voire exclus – de ces structures, ce n'est pas seulement en raison de ce décalage de profil et de cette double déviance à la norme de ces établissements, mais également parce que ces derniers ne sont pas adaptés à ses spécificités.

Comme vu précédemment, les personnes vieillissant prématurément, c'est-à-dire à un âge précoce, sont minoritaires dans les EHPAD : 0.7% des personnes hébergées en EHPAD ont moins de 60 ans et 5% ont moins de soixante-dix ans en Bretagne (Mulliez et al., 2019).

Trois principaux freins individuels empêchant leur entrée dans ces institutions, ont été identifiés dans ce travail : **leur âge, leur situation économique, et leur situation administrative.**

De plus, du fait d'habitudes de vies et de comportements acquis au cours du parcours d'errance, ces personnes peuvent transgresser la norme des établissements d'accueil pour personnes âgées ou en situation de handicap, les éloignant encore plus des établissements de droit commun pouvant potentiellement répondre à leurs besoins.

Ainsi, ces publics se trouvent être **trop âgées pour les structures médicosociales relevant du handicap ; trop jeunes pour intégrer des structures relevant du grand âge ; trop pauvres pour assumer les coûts d'hébergement de ces structures ; trop isolées pour pouvoir prétendre à la solidarité familiale** de leurs « *obligés alimentaires* », **trop déviantes à la norme de ces établissements** pour pouvoir espérer y avoir une place et y être intégrée.

CONCLUSIONS GENERALES - PARTIE 1 (Résultats de l'enquête)

Les premières parties de ce travail (chapitre 1 et 2) montrent que tous les types de structure du secteur de l'AHIL sont concernées par le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité (hébergements d'urgence, hébergements d'insertion, hébergements médicalisés (structures médicosociales de soins résidentiels), logements adaptés, dispositifs santé-précarité, accueils de jour, etc.) et que le nombre de personnes concernées représente en moyenne près d'un quart des personnes accompagnées par celles-ci.

Elles montrent également que différentes formes de vieillissement co-existent dans les représentations des personnes accompagnées, allant de la figure du doyen (vieillissement correspondant au parcours de vie formalisé dans les normes sociales) au vieillissement prématuré (associé à la maladie et à la perte d'autonomie). Chez les professionnels, le vieillissement prématuré n'est perçu comme un problème que lorsqu'il est concomitant à une perte d'autonomie et est souvent associé à la présence de problématiques de santé.

Ce travail a également permis de dessiner les contours d'un idéal-type dans la figure de « monsieur incasable », dont la présence sur une structure du secteur social, du fait de son vieillissement prématuré, engendre de nombreuses conséquences à la fois sur son accompagnement social (mise en danger individuelle, errance médicale, difficultés d'orientation vers des structures adaptées) ; sur les autres personnes accompagnées et la structure elle-même (mise en danger collective) ; ainsi que sur les professionnels qui l'accompagnent (mise en place de « bricolages », dépassement des missions, dégradation de leur santé au travail, remise en cause de leur identité professionnelle).

L'accompagnement par le secteur AHIL des personnes en situation de précarité vieillissant prématurément ou non, induit, par une absence de solution d'hébergement/logement plus adaptée à leurs besoins, une augmentation du temps de séjour au sein des structures d'hébergement, conduisant alors à leur engorgement. Face aux difficultés d'orientation de ce public, la problématique se cristallise dans les pensions de famille, considérées (à tort) par nombre de travailleurs sociaux comme le meilleur compromis d'orientation faute de solution plus adaptée. Celles-ci voient alors la moyenne d'âge de leurs résidents augmenter, avec, en parallèle, une hausse de l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques.

Enfin, ce travail a également permis de montrer que le secteur social peine à nouer des partenariats avec les secteurs spécialistes du grand âge, de la gérontologie et/ou de la fin de vie, - et du secteur sanitaire de manière plus large. Cette difficulté est la conséquence d'un travail cloisonné et d'un manque de formation et de sensibilisation à la prise en charge des publics en situation de précarité, qui est lui-même causé par une construction des différentes politiques publiques (santé, grand-âge, sociales) en silos.

Dans le chapitre 3, nous avons pu voir que, faute de solutions adaptées, et des refus de prise en charge de ces publics par les structures du grand âge (mais également, dans une moindre mesure, au refus des personnes concernées de les intégrer) la gestion de la fin de vie des personnes concernées incombe alors au secteur social.

Les décès des personnes accompagnées et vieillissant – prématurément ou non – font maintenant partie des réalités professionnelles des salariés des structures du secteur de l'AHIL (pouvant s'élever à 6 décès dans une année), alors même que ceux-ci ne sont formés ni à la gestion des décès, ni à la gestion de la fin de vie.

Enfin, le dernier chapitre montre que les personnes vieillissant prématurément sont minoritaires dans les EHPAD : 5% des personnes hébergées en EHPAD ont moins de soixante-dix ans en Bretagne. En effet, ces publics sont malheureusement considérés comme trop âgées pour le secteur du handicap ; trop jeunes pour le secteur du grand âge ; trop pauvres pour assumer les coûts d'hébergement de ces établissements ; trop isolées pour pouvoir bénéficier de la solidarité familiale ; trop éloignées de la norme de ces établissements pour y être accueillies (du fait d'habitudes de vies et de comportements acquis au cours du parcours d'errance).

Ce travail montre, *in fine*, que l'origine de toutes ces difficultés qu'engendre le vieillissement prématuré de ces publics, réside dans le fait que ceux-ci se trouvent dans un angle mort des différentes politiques publiques (de lutte contre les exclusions, du grand âge, de la santé), empêchant alors la construction de solutions adaptées pour ces personnes. Ainsi, si ces publics sont éloignés – voire exclus – de ces structures, ce n'est pas seulement en raison du décalage de leur profil transgressant la norme des établissements d'accueil, ou de facteurs individuels, mais également – et surtout - parce que ces derniers ne sont pas adaptés à leurs spécificités.

DEUXIEME PARTIE

-

PRECONISATIONS

Dans cette partie, les verbatims issus de l'enquête seront la plupart du temps contextualisés comme suit : (Fonction de la personne ; type de structure d'appartenance).

Si le verbatim est issu d'un café discussion ou extrait des réponse aux questionnaire, il sera alors précisé, respectivement : « café discussion » ou « questionnaire ».

Abréviations utilisées pour contextualiser les verbatims :

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AES : Accompagnant éducatif et social

CESF : Conseiller en économie sociale et solidaire

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

LAM : Lit d'accueil médicalisé

LHSS : Lit halte soins santé

PF : pension de famille

RA : Résidence autonomie

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

PRECONISATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE DIGNE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET VIEILLISSANT PREMATUREMENT OU NON

Ce travail a permis de dresser un état des lieux des différentes difficultés internes et externes que peut poser d'accompagnement de personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non que rencontrent les structures de l'AHIL en Bretagne. Il a aussi permis de relever les besoins des professionnels et des personnes accompagnées quant à cette thématique. Ce travail a permis de montrer que la catégorie des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément n'est pas homogène. L'âge auquel apparaît leur perte d'autonomie, les politiques dont elles relèvent, leurs envies et leurs besoins, sont aussi divers que leurs parcours de vie.

Il ne peut donc exister une seule et unique réponse à cette problématique.

C'est pourquoi, à l'issue de ce travail, la FAS Bretagne propose une série de préconisations afin de répondre au mieux à la diversité de situations que revêt la thématique du vieillissement - prématuré ou non – des personnes accueillies au sein de l'AHIL dans cette région.

Les 19 préconisations qui suivent s'articulent autour de cinq grands axes :

- Former et décloisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial
- Adapter le secteur de l'AHIL
- Adapter le secteur du grand âge
- Créer des solutions innovantes
- Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclu des différentes politiques publiques

I. FORMER ET DECLOISONNER LES SECTEURS SOCIAL, SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL

I.1. Développer des formations à destination des professionnels du secteur social et des professionnels du secteur sanitaire et médicosocial, en particulier du grand âge

La présente enquête a mis en évidence les dépassements de missions réalisés par les professionnels du social dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, mais aussi leur manque de formation pour accompagner ce public, on l'a vu, si spécifique (Partie 1 – chapitre 2 - I.1 et II.1.1). Certains d'entre eux, au travers du questionnaire ou des entretiens ont exprimé leur souhait – ou besoin - de bénéficier de formation sur le public vieillissant (aucune ne leur est actuellement proposée).

En 2015, l'observatoire de la fin de vie constatait que le manque de formation à la gestion de la fin de vie des professionnels acteurs du social (par exemple en CHRS, pensions de famille, ou ACT) était un frein à l'accompagnement à la fin de vie des résidents dans ces structures (ONFV, 2015). Par exemple, 44% des pensions de famille enquêtées manifestaient alors leur besoin de formation à la gestion de la fin de vie.

La FAS Ile de France propose à ses adhérents des formations qui ont comme objectifs pédagogiques opérationnels de :

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

De la même manière, il paraît intéressant pour la région Bretonne **de former les équipes sociales à la notion de vieillissement, et de fin de vie, et de les outiller pour pouvoir mieux accompagner les personnes concernées**. Ces formations devraient être adaptées aux différents territoires, notamment en fonction des différents acteurs du grand âge et de la fin de vie présents sur celui-ci.

Cependant, la présente enquête montre que tous les professionnels du social ne souhaitent pas être formés, notamment par crainte de voir reposer sur le secteur social les missions du secteur sanitaire et du secteur de la gérontologie :

« Et en tout cas pour les formations, pour ta question de tout à l'heure, il faudrait pas que ça arrive sur un glissement de tâches non plus en fait. C'est bien d'être formé, mais il faudrait pas que ça soit un glissement de tâches parce qu'on est formé et que voilà, du coup ça devienne un peu une structure autre » (TISF – CHRS).

Il convient alors de penser ces formations, non pas pour que le secteur social prenne en charge les missions qui incombent aux secteurs sanitaire et personnes âgées, mais pour les outiller dans leurs accompagnements des personnes concernées, et pour leur permettre d'identifier les partenaires adéquates sur leur territoire.

Préconisation 1 : Déployer une formation à destination des professionnels du secteur social pour les outiller dans leurs accompagnements des personnes concernées et pour leur permettre d'identifier les partenaires adéquates sur leur territoire.

Ce travail a également mis en évidence un défaut de connaissance des spécificités des publics en situation de précarité de la part des professionnels du secteur sanitaire, confirmant les résultats d'autres enquêtes. Par exemple, l'enquête menée par l'ONFV met en évidence un manque de formation et de sensibilisation des professionnels de santé exerçant en HAD sur les questions de précarité : « [...] pour 28% des services d'HAD, un ou plusieurs professionnels éprouveraient un besoin de formation concernant la précarité » (ONFV, 2015).

Ainsi, il apparaît comme primordial de **former et sensibiliser les acteurs du sanitaire, et en particulier ceux du champ du vieillissement et/ou grand âge, aux spécificités du public en situation de grande précarité et au fonctionnement des structures sociales, notamment celles du champ de l'hébergement/logement.**

Préconisation 2 : Déployer une formation à destination des professionnels du secteur sanitaire et particulièrement du grand âge, pour les sensibiliser aux spécificités des publics en situation de grande précarité et leur permettre d'identifier les partenaires sociaux de leurs territoires.

La nécessité de ces formations – à savoir former les professionnels du secteur sanitaire et personnes âgées aux spécificités des publics en situation de précarité d'une part ; et former les professionnels du social aux questions liées au vieillissement d'autre part – étaient déjà portée dans le plaidoyer de la Fédération des acteurs de la solidarité 2023. Elle est également retrouvée dans le plaidoyer réalisé par l'UNIOPSS et parut en 2025 : « Proposer des formations sur les besoins des personnes âgées vieillissantes précaires aux professionnels du secteur PA [personnes âgées] et des formations sur la manière d'adapter l'accompagnement à l'arrivée de la perte d'autonomie au secteur Hébergement Logement » (UNIOPSS & DIHAL, 2025).

I.2. Décloisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial pour un accompagnement efficace des publics en situation de précarité et vieillissant

Tout au long de ce travail, le cloisonnement des pratiques sociales et des pratiques sanitaires et le manque de connaissance respectives des deux secteurs empêchant un travail pluriprofessionnel et coordonné est ressorti comme un frein majeur à la prise en charge du public en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non (voir en particulier Partie 1 - chapitre 2 - II.1.3).

Ainsi, non seulement les deux secteurs peinent à travailler ensemble à l'accompagnement social et sanitaire des personnes, mais ils se connaissent également mal l'un l'autre. En effet, la présente enquête a montré que les professionnels du social connaissaient peu les différents dispositifs de soin pouvant prendre en charge ce public (et lorsqu'ils en ont connaissance, éprouvent des difficultés à entrer en lien avec ces derniers) ; et, « si l'on se place du côté des acteurs du champ sanitaire, les professionnels de santé ont une méconnaissance de la situation sociale des personnes, et plus encore des dispositifs et des ressources du champ social » (ONFV, 2015)

(expliquant en partie les difficultés de coopération entre les deux secteurs)⁵⁷. « Le cloisonnement de notre système de santé apparaît évident et totalement inopérant puisqu'il rend les acteurs du soin et de la santé aveugles aux réalités » (ONFV, 2015).

Ainsi, une première base de coopération entre secteur du social et secteur sanitaire (et particulièrement du champ de la vieillesse et des personnes âgées) est d'apprendre à se connaître mutuellement. D'une part, le secteur social, et particulièrement celui de l'hébergement/logement doit être sensibilisé aux actions que peuvent mener les différents dispositifs disponibles sur leurs territoires tels que les services d'hospitalisation à domicile, les SSIAD, les équipes de soins palliatif, les EHPAD, les EHPA, les unités de soins de longues durées, etc. D'autre part, les secteurs sanitaire et/ou médicosocial, doivent apprendre à connaître les différents dispositifs d'hébergement/logement et les publics qu'ils accompagnent.

Il est donc primordial de travailler cette interconnaissance locale dans chaque territoire afin de favoriser un travail décroisé, interdisciplinaire et coordonné.

Si l'on considère que les deux secteurs ont chacun besoin de formation pour être outillés à la prise en charge – sociale pour l'un, sanitaire pour l'autre – des publics en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, mais également pour s'acculturer l'un à l'autre, il serait alors intéressant de **développer des formations interdisciplinaires**, permettant de réunir, sur un même territoire, acteurs du social et acteurs de la vieillesse et du grand âge.

Dans cette même optique, **des stages croisés pourraient être organisés**. Ces actions pourraient alors permettre à chacun d'identifier, sur son territoire, les ressources mobilisables pour travailler ensemble, de manière interdisciplinaire et efficace pour l'accompagnement des personnes concernées.

Préconisation 3 : Travailler l'interconnaissance locale entre secteur du social et secteur du sanitaire ou médicosocial (en particulier le champ du grand âge) pour favoriser un décroisement et un travail d'accompagnement social et sanitaire interdisciplinaire, intersectoriel et coordonné, à l'occasion, par exemple, de formations interdisciplinaires ou de stages croisés.

Là aussi, l'importance de favoriser l'interconnaissance entre ces différents secteurs faisait déjà partie des axes de travail préconisés par la FAS et la FEHAP en 2023, puis par l'Observatoire national de la fin de vie en 2015, et, plus récemment par l'UNIOPSS.

⁵⁷ D'autres facteurs limitent les coopérations entre ces deux secteurs : les secteurs social et sanitaire sont tous deux en crise, du fait d'un manque d'attractivité de leurs professions respectives ; de coupes budgétaires répétitives ; de contraintes temporelles toujours plus pressantes ; et enfin d'une injonction à la rentabilité.

Tableau 8 : Synthèse des préconisations de l'axe « Former et décloisonner les secteurs social et sanitaire »

Axe 1 : Former et décloisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial
• Déployer une formation à destination des professionnels du secteur social pour les outiller dans leurs accompagnements des personnes concernées et pour leur permettre d'identifier les partenaires adéquates sur leur territoire. • Déployer une formation à destination des professionnels du secteur sanitaire et médicosocial et particulièrement du grand âge pour les sensibiliser aux spécificités des publics en situation de grande précarité et leur permettre d'identifier les partenaires sociaux sur leurs territoires. • Travailler l'interconnaissance locale entre secteurs du social, secteur sanitaire et médicosocial (en particulier le champ du grand âge) pour favoriser un décloisonnement et un travail d'accompagnement social et sanitaire interdisciplinaire, intersectoriel et coordonné, à l'occasion, par exemple, de formations interdisciplinaires ou de stages croisés.

II. ADAPTER LE SECTEUR DE L'AHIL

II.1. Adapter le bâti des structures du secteur de l'AHIL

Le bâti est apparu comme inadapté au public précaire vieillissant dans de nombreuses structures enquêtées (présence d'escaliers, marche haute pour accéder à la salle de bain et au lit, absence d'ascenseur) et nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire ont signalé un bâti de leur structure inadapté aux problématiques inhérentes au vieillissement des personnes (problématique de mobilité par exemple) (voir Partie 1 - Chapitre 2 - I.1).

Le vieillissement, prématuré ou non, des personnes hébergées dans le secteur de l'AHIL est un phénomène qui a tendance à s'accroître, comme le signalait déjà en 2008 la DGAS dans son rapport d'évaluation des maisons relais (ancienne pension de famille) (DGAS, 2008).

Il apparaît alors primordial de **permettre aux structures de rénover leur bâti ou à minima de le rendre conforme notamment aux normes PMR** (personnes à mobilité réduite) et de **mettre en place des aménagements adaptés à ces publics**.

Préconisation 4 : Donner des moyens financiers aux structures pour qu'elles puissent rénover leur bâti ou à minima le rendre conformes notamment aux normes PMR (personnes à mobilité réduite) et mettre en place des aménagements adaptés à ces publics.

Cependant, au-delà des aménagements pour faciliter l'autonomie des personnes rencontrant des difficultés de mobilités, comment faire pour celles présentant des problématiques cognitives qui les empêchent, par exemple de se repérer dans l'espace ?

La complexité et la diversité des conséquences de la problématique du vieillissement et du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité sont telles qu'une seule adaptation du bâti, bien que nécessaire, ne peut suffire à constituer une solution. D'autres adaptations du secteur sont elles aussi à réfléchir.

II.2. Inclure des professionnels médicaux dans les structures du secteur de l'AHIL

L'enquête par questionnaire révèle la nécessité d'inclure des professionnels soignants dans les équipes socio-éducatives du secteur de l'AHIL. En effet, dans celle-ci, il était demandé aux répondants de réfléchir à la nécessité ou non de l'inclusion de professionnels de la santé dans les structures sociales pour pallier l'absence de solution pour le public vieillissant prématurément ou non. Les répondants au questionnaire sont quasi-unanimes. Ils sont 30 sur 31, soit 97 % à répondre par la positive (Figure 28).

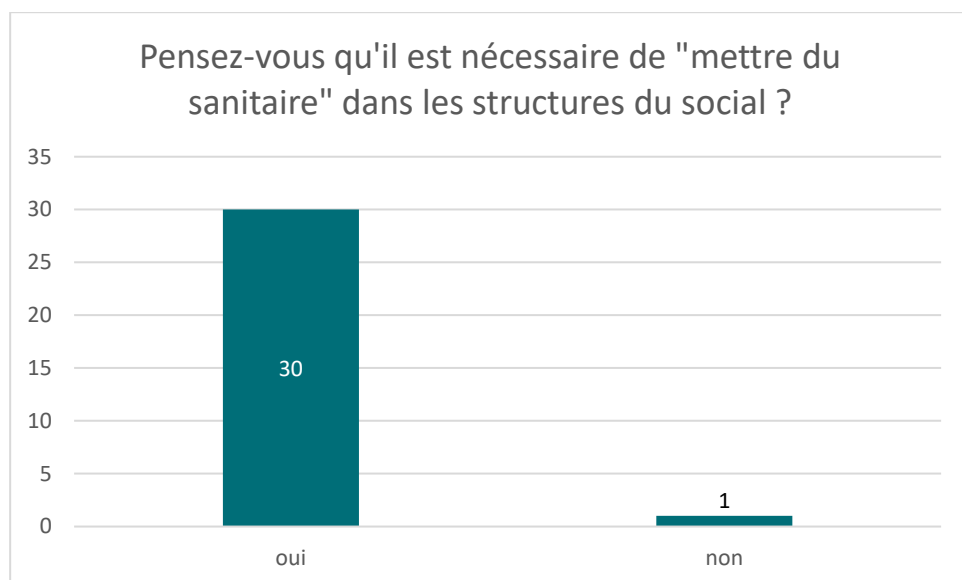


Figure 28 : L'inclusion de professions sanitaires dans le secteur social est perçue comme une nécessité pour répondre aux problématiques engendrées par le nombre croissant de personnes en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non – dans les structures

Les répondants affirment que :

« une présence de temps médical est nécessaire au sein de nos structures. Cela pourrait permettre d'anticiper les dégradations [de l'état de santé des personnes concernées], d'accompagner davantage vers le médical, de faire du lien avec les structures médico-sociales et les établissements pour personnes âgées » (Coordinatrice – PF - questionnaire) ;

« pour accompagner au mieux les personnes ayant des troubles psychiques, addictions, public vieillissant... » (Intervenante sociale – PF - questionnaire) ;

« Au vu des différentes pathologies et des profils des personnes, des professionnels de santé sont nécessaires pour accompagner au mieux » (Responsable de service – LHSS, ALT - questionnaire).

Ils insistent néanmoins sur la nécessité, pour ces professionnels du soin, de connaître le public spécifique en situation de précarité et vieillissant : « Au vu de la dégradation du public accompagné, un poste d'IDE et/ou passage de médecins (ayant la connaissance de ce public particulier) sur la structure seraient bénéfique dans l'accompagnement » (AES – CHRS - questionnaire).

D'autres professionnels insistent sur la complémentarité des deux secteurs « Nous sommes complémentaires et aujourd'hui il paraît difficile de faire sans » (Intervenante sociale – urgence, PF - questionnaire), et sur l'importance, pour ce public si spécifique, de travailler de manière pluriprofessionnelle voire en exercice coordonnée :

« le social peut arriver à ses limites quand les personnes accompagnées ont des polypathologies, perte d'autonomie, vieillissement prématuré, nécessitant une coordination médicale » (IDE – ACT - questionnaire) ;

« Je pense que le fait de mettre du sanitaire dans le social est primordial afin de pouvoir répondre de façon adaptée et personnalisée aux besoins d'un public qui vieillit de façon précoce » (Intervenante sociale – urgence, PF, CHRS - questionnaire).

Les répondants au questionnaire jugent également la présence de psychologues dans les structures comme nécessaire pour accompagner ces publics :

« Oui il semble important qu'il y ait au moins la présence d'IDE au sein des structures sociales, voire de psychologues. En effet, précarité, isolement social et santé sont étroitement liés et le bien-être va de pair avec l'habitat quel qu'il soit (logement, collectif, etc.) » (IDE – CHRS, ALT, urgence - questionnaire).

Les professionnels de structures ayant, au sein de leurs effectifs, un ou une infirmière, à temps plein ou à temps partiel, décrivent ce poste comme une aide précieuse pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et vieillissant – prématurément ou non - et montrent toute la plus-value que peut avoir ce poste au sein des équipes sociales :

« Bénéfice des infirmières à temps plein visible. Enormément de besoins pour ces personnes qui sont peu mobiles ou que nous devons accompagner à chaque rendez-vous » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;

« Nous avons la chance d'avoir un mi-temps infirmier ainsi qu'un temps plein TISF qui intervient sur la vie quotidienne et dans le logement. Ces derniers sont très actifs sur ce type de situation : évaluation de l'autonomie, relai vers une aide technique, mise en place d'intervenants au domicile » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire) ;

« La population précaire (vieillissante ou non), a de multiples problèmes de santé alors qu'en parallèle l'accès au soin devient de plus en plus difficile (privatisation, manque de médecins,

dégradation de l'hôpital public notamment des soins en psychiatrie etc...).
Des postes comme le mien permettent un double accompagnement de la personne, de croiser les regards sur les pratiques, d'amener des analyses de santé sur ce que vit la personne, d'amener de la compréhension de son comportement en regard de ses troubles. Etc... Cela soulage l'accompagnement du travailleur social qui est déjà conséquent et permet de le déléguer à une personne plus experte. Comme infirmière, j'ai plus de connaissance pour faire de la médiation avec les partenaires de santé. Nous parlons le même langage, et ma parole est plus entendue. Je peux également échanger plus facilement des informations médicales confidentielles et ainsi débloquer plus aisément la situation des personnes » (IDE – équipe mobile - questionnaire).

De son côté, l'enquête de terrain confirme l'importance de ce besoin d'inclure des professionnels médicaux et/ou paramédicaux au sein des équipes des structures de l'AHIL, plus précisément dans les pensions de famille et les CHRS. Les CHU ayant été très peu enquêtés, il n'est pas possible de les exclure de ce besoin de professionnels paramédicaux.

En effet, celle-ci montre que le public en situation de précarité se trouve souvent en rupture avec le secteur du soin, et qu'il est difficile, pour les travailleurs sociaux, de l'inscrire ou le réinscrire dans un parcours de soins. D'autre part, le vieillissement du public impose une part croissante de coordination médicale dans les missions des équipes socio-éducatives des structures. Or, ces dernières ne possèdent ni la littérature en santé, ni les connaissances du secteur sanitaire et/ou médico-social, à la différence des IDE : « *Elle a des connaissances médicales que nous on a pas* » (Monitrice éducatrice – PF).

Ainsi, **développer des postes d'IDE au sein des structures de l'AHIL afin de prendre en charge ce rôle de coordination médicale** est un moyen de redonner aux travailleurs sociaux du temps pour les accompagnements sociaux individuels, mais surtout d'aider les personnes concernées à se réinscrire dans un parcours de soins. Les réinsérer dans un parcours de soins pourrait ainsi permettre de prévenir l'apparition de certaines pathologies et de les prendre en charge avant qu'elles ne deviennent incurables. En effet, ces publics ont tendance à consulter tardivement, dans une logique curative plus que préventive (Benoist, 2008).

Un poste d'IDE est par exemple financé par l'ARS Bretagne à hauteur de 0,2 ETP au sein de la pension de famille de l'association 4. Sa présence est décrite de manière positive, autant par les professionnels que par les résidents. Ces derniers déclarent mieux comprendre le rôle de chacun et identifient l'IDE en question comme une interlocutrice de confiance pour aborder leurs problématiques d'ordres divers : « *Ça rassure d'avoir M [IDE], on peut parler facilement de tout avec elle, c'est pas un médecin psychiatre, on peut parler de tout* » (Résident - Café discussion - PF).

Cependant, si les professionnels du secteur, professionnels de terrain et directions, s'accordent sur les bénéfices que peuvent procurer les IDE aux structures, équipes et personnes accompagnées, la raison principale de leur absence dans la majorité des structures de l'AHIL est d'ordre financier. En effet, l'ARS Bretagne

n'accorde que dans de très rares cas des financements pour des postes d'IDE au sein des structures sociales, et ces postes ne sont pas non plus financés ni par l'aide sociale de l'Etat, ni par la DREETS ou les DDETS, etc ; obligeant alors les associations désireuses de recruter du personnels médical ou paramédical de recourir à leurs fonds propres :

« Alors non. En ça a été un choix de la direction. Mais on n'a pas en fait, il y a eu une demande de financements auprès de l'ARS et l'ARS a refusé disant que l'ARS en fait elle met en avant plutôt comment dire de développer des maisons médicales. Donc de l'aller vers, or nous ce qu'on voit, c'est que quand justement l'infirmière elle est dans le service, eh bien, comment dire, entre guillemets, elle fait partie des murs et du coup, ça démystifie un petit peu l'image de l'infirmière, de la blouse blanche, et donc ça facilite en fait la, la mise en place des soins » (Cheffe de service – CHRS, PF, LHSS, ACT).

La présente enquête montre que les infirmiers et infirmières incluses dans les équipes des structures d'hébergement/logement telles que les CHRS ou pension de famille réalisent pour tout ou partie des tâche de médiation en santé. Ainsi, la proposition d'inclure des professionnels de la santé tels que des infirmiers dans ces équipes rejoint l'une des préconisations de l'UNIOPSS qui est de « mettre en place des médiateurs en santé au sein des pensions de famille » afin de « favoriser un continuum de prise en charge des personnes âgées précaires pour éviter les ruptures de parcours » (UNIOPSS & DIHAL, 2025).

Qu'est-ce que la médiation en santé ?

Selon la Haute autorité de santé (HAS), la médiation en santé est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer : (i) l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; (ii) le recours à la prévention et aux soins ; (iii) l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ; (iv) la prise en compte, par les acteurs de la santé des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public (HAS, 2017). Elle désigne ainsi la fonction d'interface de proximité facilitant d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus vulnérables ; et d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé (HAS, 2017; Soleymani et al., 2022). Ainsi, les médiateurs en santé créent du lien et participent à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder du fait de diverses vulnérabilités.

Elle a donc pour finalité, au travers d'une vision globale ou holistique de la santé, de lever les freins à l'accès aux soins et d'éviter les ruptures des parcours de soins (Barbier-Bouvet & Rey, 2025). Les médiateurs en santé – qui peuvent avoir divers profils, à savoir un profil pair, ou un profil de travailleur social ou infirmier – a finalement pour mission d'accompagner les personnes vers le soin, d'agir sur le système de soins et d'accompagner les personnes sur les déterminants de santé individuels et/ou collectifs.

L'enquête montre qu'un temps plein n'est pas nécessaire dans toutes les structures et que les IDE rencontrées ont un emploi du temps qui les amène à se rendre sur plusieurs dispositifs d'une même association au cours d'une même semaine. Un même poste d'IDE peut donc être mutualisé sur plusieurs structures ou dispositifs.

Il paraît important que les institutions ayant autorité en la matière considèrent de près les bénéfices de tels postes (infirmiers, psychologues, médiateurs en santé) au sein des équipes professionnelles sur les structures du secteur de l'AHIL, et donnent les moyens aux structures de recruter un temps médical, à minima infirmier et/ou médiateur en santé - un temps psychologue s'avère également très utile pour la gestion des comorbidités psychiatriques et addictives - aux seins de leurs équipes.

Une fois les financements obtenus, il est recommandé aux équipes de préparer les personnes accompagnées en amont de l'arrivée du professionnel médical, afin que celui-ci soit bien identifié autant pas les personnes accompagnées que les autres membres de l'équipe, et alors perçu comme une personne ressource.

Préconisation 5 : Donner les moyens aux structures de recruter, à minima un ETP médical (infirmier) et/ou de médiation en santé, au mieux un ETP médical et un ETP paramédical (Infirmier et psychologue par exemple) aux seins de leurs équipes.

Tableau 9 : Synthèse des préconisations de l'axe « Adapter le secteur de l'AHIL »

Axe 2 : Adapter le secteur de l'AHIL	
	Donner des moyens financiers aux structures pour qu'elles puissent rénover leur bâti ou à minima le rendre conforme notamment aux normes PMR (personnes à mobilité réduite) et mettre en place des aménagement adaptés à ces publics.
	Donner les moyens aux structures de recruter, à minima un ETP médical (infirmier) et/ou de médiation en santé, au mieux un ETP médical et un ETP paramédical (Infirmier et psychologue par exemple) aux seins de leurs équipes.

Cependant, si l'inclusion de personnel médical a largement été plébiscité autant au cours de l'enquête de terrain que de l'enquête par questionnaire, certains répondants au questionnaire mesurent leurs propos en rappelant que si l'inclusion d'un professionnel du sanitaire dans l'équipe est une ressource supplémentaire pour l'équipe, celle-ci n'est pas salvatrice pour autant :

« Nous avons déjà une infirmière à mi-temps mais cela n'est pas suffisant, il faut ouvrir des places en EPHAD pour des personnes sortantes de CHRS » (Cheffe de service – accueil de nuit, CHRS - Questionnaire) ;

« A petites doses. On ne peut pas "médicaliser" tous les problèmes. Impression que l'apport du sanitaire dans les structures sociales vient parfois substituer un manque

de prise en soin en amont ou d'inclusion dans le droit commun. Important de mettre du sanitaire pour "aller vers" mais risque de filiarisation et d'éloignement du droit commun » (Médecin – LHSS, LAM - questionnaire).

Il apparaît donc que l'inclusion de professionnels de la santé dans les équipes sociales n'est pas une solution miracle et doit être couplée à tout un arsenal de propositions.

Ces premières préconisations (1 à 5) consistant majoritairement à adapter le secteur social à la problématique, à former ses effectifs et favoriser un travail décroisé entre social, sanitaire et médicosocial (Tableau 9) ne sont pas des solutions miracles à l'accompagnement du public en situation de précarité et vieillissant, mais peuvent permettre de faciliter le travail des professionnels et de préserver leur bonne santé au travail.

Néanmoins, les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non se trouvent à l'interface de différentes politiques publiques. Il convient alors de réfléchir, au-delà du secteur du travail social, à des solutions relevant d'autres champs d'action, et, notamment du secteur du grand âge, tant en termes d'aménagement de l'existant que de développement de solutions innovantes.

III. ADAPTER LE SECTEUR PERSONNES AGEES

III.1. Faciliter l'accès à l'EHPAD

Cette enquête a montré que les professionnels du secteur social font face à de lourdes difficultés d'orientation des personnes qu'ils et elles accompagnent vers les structures de droit commun spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie, telles que les EHPAD (voir Partie 1 - chapitre 2 -I.2), et ce, que les personnes concernées soit en vieillissement prématuré (avant l'âge de 60 ans) ou non. Pour rappel, 0,7% des personnes hébergées en EHPAD en Bretagne ont moins de 60 ans et 5 % ont moins de 70 ans (Mulliez et al., 2019).

Cependant, une bonne interconnaissance entre professionnels de différents secteurs (ici du social et des personnes âgées), ainsi qu'un accompagnement de la part des travailleurs sociaux dans la période de transition entre AHIL et EHPAD peut faciliter l'orientation. En effet, il existe, à Paris, Nantes, Caen, Lyon et Grenoble, des dispositifs qui facilitent l'orientation des personnes hébergées dans le secteur social vers les établissements spécialisés dans la prise en charge de personnes en perte d'autonomie : les « Missions Interface ».

Leur mission consiste, après évaluation du projet de vie des personnes, à faciliter l'accès aux structures de droit commun des personnes âgées en situation de précarité de plus de 60 ans (ou 58 ans à Nantes) qui sont hébergées dans le dispositif Urgence-Insertion. Elles sont constituées d'une équipe de coordinateurs sociaux qui interviennent à la demande des équipes accueillant et accompagnant des personnes dans des structures n'étant plus adaptées à leur âge ou à leur état de vieillissement potentiellement prématuré. Elles font alors le lien avec des structures de droit commun pour personnes âgées du territoire (EHPAD, résidences autonomie),

puis préparent et accompagnent l'accueil des personnes concernées dans ces établissements, tant en travaillant l'adhésion de la personne concernée ; qu'en levant les réticences qu'ils pourraient y avoir du côté des professionnels qui y travaillent.

Elles ont donc un rôle d'intermédiaire et de coordination entre le secteur personnes âgées, les secteurs de l'hébergement/logement et insertion, et les personnes concernées. Elles permettent alors de faire le lien entre ces trois acteurs, de les accompagner dans cette transition (du secteur de l'urgence-insertion au secteur du grand âge) et de garantir un suivi post-admission d'une durée d'un à plusieurs mois au cours duquel la mission est en appui à la fois de la personne concernée ; à la fois des professionnels de l'établissement d'accueil (Extrait carnet de terrain – Journée vieillissement précarité ; FAS Pays de la Loire).

Elles « engage(nt) le secteur Urgence-Insertion à réaccueillir les personnes accompagnées, si l'intégration au sein de la structure pour personnes âgées n'est pas satisfaisante, au terme d'une période probatoire définie » (Maison de la veille sociale de Loire-Atlantique, 2011), rassurant ainsi les établissements d'accueil pour personnes âgées.

Ainsi, si les missions Interface facilitent l'accès des personnes concernées aux structures de droit commun du secteur du grand âge, elle y assure également leur maintien.

Enfin, ces missions Interface assurent également un rôle de conseil aux structures sociales sur des questions relatives d'orientation, de procédure d'admission ou sur l'éligibilité d'une personne accompagnée aux établissements du secteur du grand âge.

Les Missions Interface apparaissent donc comme des acteurs favorables au décroisement des secteurs du social, du médico-social et du secteur personnes âgées, puisqu'elles permettent un travail coordonné et décroisé, brisant ainsi l'effet « silo » des constructions des différentes politiques publiques, frein important à l'accompagnement des personnes concernées.

Sur le modèle de ce qui se fait en Île de France et en Pays de la Loire, il serait alors pertinent de **créer une Mission Interface en Bretagne**. La région pourrait s'inspirer du modèle du Samu Social de Paris en dotant **chaque département d'un coordinateur, tous les quatre supervisés par un même responsable**. Néanmoins, un travail sur la lisibilité de ce dispositif sera nécessaire afin que les acteurs ne le confondent pas, par exemple, avec les DAC. Ce cumul des dispositifs est à prendre en considération dans la possible mise en place d'une telle mission sur la région bretonne et dans le choix de la figure juridique la portant, afin de ne pas accentuer les difficultés de lisibilité du système.

Préconisation 6 : Créer une mission Interface en Bretagne, permettant de faciliter l'accès et le maintien des personnes en situation de précarité et de vieillissement prématuré ou non à des structures de droit commun spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.

En complément de la mise en place d'une mission Interface en Bretagne, il pourrait être intéressant de proposer une découverte des établissements de droit commun aux personnes en situation de précarité et vieillissantes. Cela leur permettrait de déterminer si elles pourraient s'y sentir à l'aise et ainsi favoriser leur adhésion à ce type d'établissements, mais également, par une rencontre mutuelle, de faciliter leur accueil en levant potentiellement les freins et réticences que pourraient avoir les professionnels qui y travaillent.

Ainsi, il pourrait leur être proposé de découvrir ces structures en y passant, par exemple, quelques jours par semaine sur une période donnée, sur le modèle des accueils de jour pour personnes âgées qui peuvent être réalisés dans certains EHPAD⁵⁸. Ces visites leur permettraient alors non seulement de découvrir l'environnement, mais également de découvrir les professionnels qui y travaillent.

Préconisation 7 : Permettre des visites des établissements pour personnes âgées aux personnes concernées, afin que celles-ci puissent appréhender aussi bien l'environnement de l'établissement, que les professionnels qui y travaillent, et puissent déterminer, *in fine*, si elles pourraient s'y sentir à l'aise. Ces visites découvertes pourraient être appréhendées comme un premier pas vers des accueils temporaires et progressifs (voir préconisation 15).

III.2. Faire évoluer les EHPAD

La mise en place d'une mission interface en Bretagne ne saurait suffire, à elle seule, à orienter vers les établissements du grand âge et de la perte d'autonomie l'entièreté des personnes en situation de précarité qui le nécessiteraient. En effet, l'enquête a montré des freins supplémentaires à l'orientation des personnes concernées vers ces établissements, autres que le manque de sensibilisation des professionnels de ces établissements aux publics en situation de précarité et le manque d'interconnaissance intersectoriel auxquels la missions Interface permettrait de répondre.

En effet, ces établissements se montrent réticents à accueillir ces personnes en raison de leur âge trop éloigné de la moyenne d'âge de leurs résidents ; en raison de leur manque de ressources financières ; de leurs troubles psychiatriques et/ou d'addiction pour certains ; en raison d'une crainte de surcharge de travail ; de leurs situations administrative ; ou encore de leur comportement et habitudes de vies – supposés ou réels – qui dévient de la norme de ces établissements (voir Partie 1 - chapitre 2 - 0 et chapitre 4).

De surcroît, l'enquête a également montré que les personnes concernées elles-mêmes pouvaient également être réticentes à intégrer ce type d'établissement, en raison de leurs habitudes de vies qui transgresseraient la norme de ces établissements et qu'elles souhaitent conserver ; de la crainte de devoir s'adapter à de nouvelles normes ; de la représentation négative de « mouvoir » que portent ces établissements ; du souhait de finir sa

⁵⁸<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-d-accueil-temporaire/aller-a-l-accueil-de-jour>, consulté le 21/02/2025

vie sur la structure d'hébergement/logement actuelle ; de la crainte de devoir déménager et de se couper de la vie sociale qu'elles ont pu se construire ou encore de la crainte de vivre avec des personnes plus âgées qu'elles (voir Partie 1 - chapitre 2 - I.2.1 et chapitre 4 - II).

Il est cependant possible de pallier certains de ces freins.

En effet, une étude menée sur l'EHPAD François 1^{er}, situé dans la ville de Villers-Cotterêts, nous apporte deux enseignements. Tout d'abord, **l'intégration d'un éducateur ou d'une éducatrice spécialisée dans les équipes soignantes des EHPAD permet de faciliter l'inclusion des personnes en situation de précarité au sein du groupe de résidents et facilite l'adaptation de ces personnes à ce nouvel environnement** (Delarue & Jolly, 2023). En effet, cela permet, par exemple, de construire un lien de confiance entre le public et l'institution ; de négocier des ajustements auprès des deux parties pour que le séjour se passe au mieux ; de travailler les situations sociales des personnes ; d'amener petit à petit les personnes vers la vie collective ; de soulager les autres professionnels de l'équipe ; ou encore de travailler la gestion des addictions avec les personnes concernées.

De plus, cette même étude a montré que **l'inclusion au sein des résidents d'un EHPAD, d'au moins 10% de résidents ayant connus une situation de précarité, facilite leur intégration au sein du groupe de résidents et permet une bonne cohabitation entre ces derniers et les résidents non précaires** (Delarue & Jolly, 2023) :

« dans les autres EHPAD qui accueillent des personnes précaires en nombre, les équipes, désireuses d'alléger des problématiques récurrentes, investissent du temps et de la patience dans la compréhension de ce public spécifique, de ses besoins, et dans l'élaboration de techniques d'accompagnement *ex nihilo*. Les résidents précaires, se reconnaissant entre eux, peuvent établir des communautés de langage et/ou de trafic, reproduisant ainsi leurs repères. De même, lors des visites de préadmission ou des visites de « dédramatisation » de l'institution organisées par [la mission Interface] à l'EHPAD François 1^{er}, la personne issue de la précarité va vite repérer des « compères » et déclarer se sentir presque « chez elle » : cela permet de mieux accepter et de faciliter son orientation en institution » (Delarue & Jolly, 2023).

A l'inverse, une inclusion d'une proportion moins importante (<10%) de personnes en situation de précarité au sein des effectifs de résidents conduisait, dans cette étude, à l'auto-exclusion de ces dernières par une mise en place de « phénomènes de rejet et de fugue » ; et mettait en difficulté les équipes de professionnels face à « la compréhension et [...] la résolution des problèmes » (Delarue & Jolly, 2023).

Intégrer des travailleurs sociaux au sein des équipes des EHPAD et intégrer au moins 10% de personnes en situation de précarité au sein des effectifs de résidents devient ainsi une façon de travailler de manière décloisonnée à l'accompagnement de ces publics dans le droit commun.

Ainsi, si la création d'une mission interface en Bretagne permettrait de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non aux établissements de droit commun pour personnes âgées, il n'en serait pas moins nécessaire de mettre en place des solutions pour faciliter l'intégration

de ces dernières ainsi que pour faciliter le travail des professionnels de ces structures en **intégrant des travailleurs sociaux, et notamment des éducateurs spécialisés dans leurs équipes**, et en veillant à ce que ces établissements **intègrent, parmi leurs résidents, au moins 10% de personnes issues de la grande précarité**.

Préconisation 8 : Intégrer un ou des travailleurs sociaux, notamment des éducateurs spécialisés, dans chaque équipe d'établissement d'accueil pour personnes âgées.

Préconisation 9 : Intégrer au moins 10% de personnes issues de la grande précarité parmi les résidents d'établissement pour personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.

Enfin, l'intégration des publics en situation de précarité et vieillissant, prématurément ou non, dans des établissements pour personnes âgées et/ou en perte d'autonomie devra s'accompagner d'une adaptation de ces derniers aux spécificités du public à l'image de structures présentes dans d'autres régions.

L'EHPAD l'Escale à La Rochelle, bénéficiant d'un financement traditionnel et du soutien du Conseil départemental, via le financement intégral des places avec aide sociale, prend en charge des personnes à partir de soixante ans, et avant cette âge barrière dans le cas où une dérogation d'âge est obtenue. Ouvert depuis 2010, il dispose de 19 places - occupées en intégralité par des personnes en situation de précarité - pour une équipe de 15 professionnels soignants (Le Barbier, 2024).

Ainsi, le ratio important d'accompagnement par les salariés, plus important que dans un EHPAD classique, permet aux professionnels de prendre le temps avec les résidents, et de proposer un accompagnement plus flexible. En effet, les personnes peuvent par exemple continuer leurs habitudes de vie, à l'image de certains résidents qui continuent de faire la manche, et la structure dispose d'une politique de réduction des risques et des dommages alcool (RdRD-A), mise en pratique par de la cogestion (l'établissement stocke les bouteilles d'alcool des résidents lorsqu'ils rentrent dans l'établissement et leur restitue lorsqu'ils sortent ponctuellement de la structure) (Extrait carnet de terrain – Journée vieillissement précarité ; FAS Pays de la Loire). La cogestion permet d'éviter les alcoolisations massives avant le retour des personnes sur l'établissement et ainsi d'empêcher des événements indésirables telles que des mises en danger individuelles ou des comportements pouvant mettre en danger le collectif (Lanquette et al., 2017).

L'approche/stratégie de RdRD, qui vise à s'appuyer sur les expériences, les ressources et les compétences des usagers pour agir sur leur qualité de vie (Fieulaine, 2017) offre des perspectives intéressantes pour répondre aux problématiques de conduites addictives au sein des structures d'hébergement, y compris du secteur personnes âgées. En effet, plusieurs expérimentations de mise en place de stratégies de RdRD, notamment alcool, menées dans des structures du secteur de l'AHl (LAM, LHSS, CHRS) (Bach et al., 2020; Benech et al., 2021; Lanquette et al., 2017) ont montré de nombreux effets bénéfiques, tels qu'une amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes hébergées, une diminution du sentiment de honte ou encore de meilleures conditions de dialogue au sujet des consommations. Les retours d'expérience montrent également un

apaisement des tensions sur les structures, une réduction des consommations, une réduction des violences physiques et verbales, un renforcement du lien de confiance entre résidents et professionnels, une création de lien social entre résidents, des professionnels qui se sentent mieux équipés et outillés pour appréhender les conduites addictives avec les personnes qu'ils accompagnent, ainsi qu'une facilitation de l'accompagnement social (Bach et al., 2020; Benech et al., 2021; Passavant, 2022).

En 2022, la Haute autorité de santé préconisait donc aux établissements de repérer les addictions chez les résidents et de développer des approches de RdRD dans les établissements pour personnes âgées dans son guide des bonnes pratiques et recommandations pour la prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages dans les ESSMS du secteur des personnes âgées (HAS, 2022). Cependant, la mise en place de telles approches permettant de « proposer un cadre d'accompagnement protecteur », nécessite de repenser en amont le projet d'établissement en y intégrant un axe « prévention et accompagnement des conduites addictives » et de former les professionnels (HAS, 2022).

Si l'EHPAD de l'Escale est un établissement spécifiquement dédié au public en situation de précarité, à l'image de deux autres EHPAD en France à Nanterre et à Marseille, il n'empêche que **la mise en place d'une politique de RdRD-A dans les EHPAD, même dits classiques, qu'elle s'illustre par une cogestion ou une levée de l'interdiction des consommations sur site, permettrait de faciliter le maintien et l'accompagnement social et sanitaire des personnes concernées tant par la précarité que par l'avancée en âge ou le vieillissement prématuré.**

Préconisation 10 : Mettre en place des politiques de réduction de risques et des dommages (notamment alcool) dans les établissements pour personnes âgées.

III.3. Intensifier le soin à domicile / sur le lieu de résidence

Certaines personnes, hébergées ou logées dans le secteur de l'AHIL, souhaitent, comme bon nombre de personnes dans la population générale, finir leurs jours dans le lieu qu'elles considèrent comme leurs « chez soi ». Il convient alors d'intensifier les dispositifs de soins à domicile promue par l'orientation des politiques publiques de l'autonomie et leur « virage domiciliaire » qui privilégient le maintien à domicile des personnes âgées, en ouvrant les possibilités de ces dispositifs de se rendre sur les lieux d'hébergement et/ou de logement des personnes en situation de précarité et vieillissantes.

Dans le cadre de ce virage domiciliaire, nombre de dispositifs de soins et d'aide à domicile ont été mis en place :

Les SSIAD⁵⁹ (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Ils contribuent à accompagner les personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale. Les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins, etc. Ils s'adressent aux personnes de plus de 60 ans malades et/ou en perte d'autonomie et aux personnes de moins de 60 ans atteinte d'une pathologie chronique ou en situation de handicap. Les SSIAD réalisent des soins infirmiers ainsi que des soins d'hygiène et de confort.

Les ESSIP (équipe spécialisée de soins infirmiers précarité), sont une adaptation des SSIAD aux public en situation de précarité. Elles dispensent donc des soins infirmiers, d'hygiène et de confort aux personnes en situation de grande précarité afin d'éviter une dégradation de leur état de santé (ou de la ralentir) et favoriser le maintien dans leur lieu de vie. Ces équipes peuvent se déplacer dans tout lieux de vie, qu'ils relèvent de l'hébergement ou du logement, y compris la rue. Ils prennent en charge les personnes quel que soit leur situation administrative.

Les SAAD⁶⁰ (Service d'aide et d'accompagnement à domicile) ont pour objectif de favoriser ou de maintenir l'autonomie des personnes âgées en permettant une aide pour accomplir les tâches quotidiennes. Certaines aides, telles que la PCH ou l'APA, peuvent permettre de financer cette prestation. Les SAAD s'adressent à toute personne qui a besoin d'une aide, que ce soit de manière ponctuelle ou permanente.

Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) dispensent tout autant des aides à domicile que des soins infirmiers. Ce sont des services qui assurent à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile)⁶¹. Ils s'adressent aux personnes âgées, c'est-à-dire de plus de 60 ans, et aux personnes en situation de handicap.

Les DRAD⁶², (dispositif renforcé d'accompagnement à domicile) qui ont été expérimentés à partir de 2020 par la Croix-Rouge Française et la Mutualité Française, et sont déployés dans le droit commun depuis 2022, sont des dispositifs d'EHPAD à domicile ou d'EHPAD « hors les murs ». Ils permettent de mettre en place les mêmes activités que celles proposées par les EHPAD, telles que les aides aux repas, les aides à la toilette, des séances de kinésithérapie, y compris des sorties et activités culturelles. Ils délivrent des prestations de sécurisation du domicile et d'adaptation du logement, de gestion des situations d'urgence ou de crise, de coordination renforcée en continuité du projet de vie, de lutte contre l'isolement et de soutien de l'aidant. Ces dispositifs permettent d'assurer une prise en compte globale de la personne allant jusqu'à la prévention et la promotion

⁵⁹<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile> - consulté le 21/02/2025

⁶⁰ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/les-services-d-aide-a-domicile> - consulté le 21/02/2025

⁶¹ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-spasad-services-polyvalents-d-aide-et-de-soins-a-domicile> - consulté le 21/02/2025

⁶²<https://www.info.gouv.fr/politiques-prioritaires/batir-de-nouveaux-progres-et-refonder-nos-services-publics/permettre-aux-personnes-agees-de-vieillir-chez-elles-le-plus-longtemps-possible> - consulté le 21/02/2025

de la santé (Braverman et al., 2021). Ces dispositifs s'adressent à toute personne de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou cognitive.

La HAD (Hospitalisation à domicile) permet, quant à elle, d'assurer des soins à domicile sur une durée limitée afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation.

Cependant, la présente enquête a révélé que les populations en situation de précarité sont souvent exclues de ces dispositifs par manque de place dans ces derniers ; par méconnaissance des publics ; ou encore par priorisation d'un public en logement personnel plutôt qu'en hébergement. De surcroît, la plupart de ces dispositifs s'adressent à des personnes à minima âgées de 60 ans, excluant, de fait, une partie de la population en situation de précarité, celle qui vieillit prématurément (avant 60 ans).

Il convient alors de **permettre et de faciliter l'intervention de ces dispositifs au sein des structures d'hébergement/logement du secteur de l'AHIL, voire sur tout lieux de vie des personnes, à l'image des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**. Il convient également de **permettre l'accès à ces dispositifs aux personnes en présentant le besoin, basé par exemple sur le critère de la perte d'autonomie, plutôt que sur un critère d'âge**, particulièrement les DRAD (Partie 2 - V – préconisation 19).

Enfin, il serait intéressant de **doter tous les territoires bretons de ces dispositifs**.

Préconisation 11 : Permettre une intervention effective des dispositifs d'aide à domicile et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) au sein des structures d'hébergement/logement du secteur de l'AHIL. Pour cela il convient, au-delà d'inscrire les structures du secteur AHIL dans leur champ d'intervention, d'augmenter leurs moyens RH et financiers, et de former les professionnels de ces équipes à la grande précarité.

Préconisation 12 : Permettre l'accès aux dispositifs d'aide et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) sur un critère de perte d'autonomie au lieu d'un critère d'âge.

Préconisation 13 : Développer les dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile (DRAD) et les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) en région Bretagne.

Axe 3 : Adapter le secteur personnes âgées

- Créer une mission Interface en Bretagne, permettant de faciliter l'accès et le maintien des personnes en situation de précarité et de vieillissement prématuré ou non à des structures de droit commun spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.
- Permettre des visites des établissements pour personnes âgées aux personnes concernées, sous format accueil de jour, afin que celles-ci puissent appréhender aussi bien l'environnement de l'établissement, que les professionnels qui y travaillent, et puissent déterminer, *in fine*, si elles pourraient s'y sentir à l'aise. Ces visites découvertes pourraient être appréhendées comme un premier pas vers des accueils temporaires et progressifs (voir préconisation 15).
- Intégrer un ou des travailleurs sociaux, notamment des éducateurs spécialisés, dans chaque équipe d'établissement d'accueil pour personnes âgées.
- Intégrer au moins 10% de personnes issues de la grande précarité parmi les résidents d'établissement pour personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.
- Mettre en place des politiques de réduction de risques et des dommages (notamment alcool) dans les établissements pour personnes âgées.
- Permettre une intervention effective des dispositifs d'aide à domicile et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) au sein des structures d'hébergement/logement du secteur de l'AHIL. Pour cela il convient, au-delà d'inscrire les structures du secteur AHIL dans leur champ d'intervention, d'augmenter leurs moyens RH et financiers, et de former les professionnels de ces équipes à la grande précarité.
- Permettre l'accès aux dispositifs d'aide et de soins à domicile (SSIAD, ESSIP, SAAD, SPASAD, DRAD, HAD) sur un critère de perte d'autonomie au lieu d'un critère d'âge.
- Développer les dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile (DRAD) et les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) en région Bretagne.

IV. CREER DES SOLUTIONS INNOVANTES, PASSERELLES ENTRE LES SECTEURS AHIL, PERSONNES AGEES ET SOINS PALLIATIFS

IV.1. Créer des dispositifs intermédiaires, entre l'AHIL et les EHPAD

Du fait de l'âge élevé des publics en EHPAD, des spécificités des personnes en situation de précarité et vieillissantes, de leurs difficultés pour obtenir une prise en charge dans les établissements du droit commun, et de la diversité des souhaits des personnes concernées ; la création d'une structure d'accueil intermédiaire entre les structures de l'AHIL et les EHPAD est envisagée tant par les professionnels enquêtés lors de ce travail que par les personnes accompagnées :

« Quand le vieillissement est là. Parce qu'ici, ils sont pas... Ils peuvent pas s'en occuper, c'est pas possible, H24 quoi, l'infirmière est là que le matin et le soir. Et c'est là qu'il manque quand même quelque chose entre ici et la maison de retraite. Tout le monde ne peut pas aller en maison de retraite, et pour trouver une maison de retraite, il faut des mois et des mois. Il manque quand même cette structure-là où les gens pourraient être mieux accueillis que dans des centres où c'est des gens qui vont déjà pas bien, où il n'y a pas assez de monde pour s'occuper, ils sont encore plus paumés quoi » (Résidente 2 – PF) ;

« il manque clairement une structure entre nous et l'EHPAD » (Monitrice éducatrice – PF).

« Il est possible et même souhaitable que ces personnes continuent à vivre dans un logement personnel avec l'étayage nécessaire, puisque souvent c'est leur souhait, leur demande, leur liberté de consommer par exemple étant préservée. Il faudrait multiplier les structures de type maison relais mais avec une vigilance soignante : médicale et dans le soin du quotidien au même titre que les foyers de vie » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

« Je rêve d'une structure pour ces personnes de moins de 60 ans, ayant des addictions actives, des troubles cognitifs, où ils puissent vieillir sous un toit avec un accompagnement pluriprofessionnel digne de ce nom. Nous réfléchissons souvent en équipe à des habitats alternatifs type tiny-house, entre le logement et la rue, un peu comme le projet "zone libre" à Villeurbanne » (IDE – équipe mobile - questionnaire).

Cette structure intermédiaire est le plus souvent imaginée par les travailleurs sociaux comme une évolution du modèle de la pension de famille, c'est-à-dire une structure dans laquelle les personnes auraient leur propre logement et pourraient évoluer de façon relativement autonome, tout en offrant des opportunités d'espace collectif, un accompagnement social ainsi qu'un cadre sécurisé et sécurisant assuré par des professionnels de santé.

Il existe actuellement des habitats inclusifs qui se développent sur le territoire : « les habitats intermédiaires permettent aux personnes âgées de vivre à domicile tout en bénéficiant d'un environnement adapté et sécurisé garantissant notamment l'inclusion sociale. [...] L'habitat inclusif et la résidence autonomie constituent des solutions intéressantes pour conjuguer intégration dans la vie de la cité et vie autonome en milieu ordinaire. L'habitat inclusif, solution destinée aux personnes handicapées et aux personnes âgées faisant le choix d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, et assortie d'un projet de vie sociale et partagée, est un élément clé de la revitalisation des centres-villes et des bourgs »⁶³. Les habitats inclusifs sont, selon la CNSA des formes « “d’habiter” complémentaire au domicile (logement ordinaire) et à l'accueil en établissement (hébergement). Il s'agit de logements dans lesquels les habitants vivent seuls ou en couple ou en colocation, souhaitent partager des temps de vie ensemble. Les diverses solutions d'habitat inclusif se caractérisent ainsi par des espaces de vie individuelle et par des espaces de vie partagée, dans un environnement adapté, sécurisé et propice au lien social. Il est destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes »⁶⁴.

Toutefois, comme le rappelle l'UNIOPSS, l'habitat inclusif présente des points de vigilance et limites à la prise en charge d'un public en situation de précarité et vieillissant (UNIOPSS & DIHAL, 2025), telles que le sous-financement de nombre d'aspect de l'habitat inclusif (coordination, animation, etc.) ; et la difficulté, pour les personnes accompagnées, de passer d'un CHRS à l'habitat inclusif, qui peut être brutale. En revanche l'habitat inclusif peut paraître comme une bonne solution après la pension de famille, si tant est que son cadre soit adapté, notamment en regard de ces financements pour faciliter la construction de nouveaux habitats inclusifs ; faciliter leur fonctionnement ; et faciliter les départs vers des structures plus adéquates lorsque la perte d'autonomie s'installe (UNIOPSS & DIHAL, 2025).

Inspiré de ce modèle, il pourrait être intéressant de **créer des structures intermédiaires entre la structure d'hébergement / logement du secteur AHIL et l'EHPAD**, pouvant accueillir un public en situation de précarité et présentant une perte d'autonomie moindre que celle des personnes relevant de l'EHPAD : « *ouvrir un dispositif d'accueil dédié aux personnes en situation de grande précarité présentant une problématique de vieillissement précoce (entre 50 et 60 ans)* » (questionnaire – intervenante sociale LHSS).

Cependant, aux vues des diverses problématiques rencontrées par le public en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, et du constat de la cristallisation de la problématique en pension de famille (logement autonome, équipe sociale, manque de professionnels médicaux – voir Focus n° 3), il apparaît important, à la différence des habitats inclusifs existant aujourd'hui, de doter ces futures structures d'équipes

⁶³ <https://solidarites.gouv.fr/soutenir-loffre-de-residences-et-logements-intermediaires>

⁶⁴ <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/lieux-et-cadre-de-vie/habitat-inclusif#:~:text=L%20habitat%20inclusif%20est%20un,%C3%A0%20l%27ext%C3%A9rieur%20du%20logement>

médicales qui puissent intervenir en cas de difficultés : « *Création de structures adaptées aux personnes en situation de vieillissement prématuré ayant des addictions* » (Intervenante sociale – CHRS - questionnaire).

Une autre façon d’imaginer un liant entre structures du secteur de l’AHIL et EHPAD pourrait être de favoriser un **accueil temporaire et progressif** des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non dans les établissements pour personnes âgées, permettant ainsi des aller-retours entre l’EHPAD et la structure d’hébergement ou logement.

Il existe actuellement des dispositifs d’accueil de jour en EHPAD pour les personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer (ou pathologies apparentées) et/ou pour les personnes en perte d’autonomie physique. Si l’objectif de ces accueils de jour est actuellement de « permettre aux personnes âgées en perte d’autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel [et de] de préserver [leur] autonomie grâce aux activités adaptées proposées »⁶⁵, ils permettraient également, dans le cas présent, de permettre une découverte de l’EHPAD, de son équipe et de ses résidents ainsi qu’une potentielle adaptation en douceur à ce nouvel environnement : « *permettre l'accès aux accueils de jour EHPAD aux personnes plus jeunes : créer du lien, travailler la mémoire, la motricité et l'autonomie* » (Intervenante sociale – LHSS, ACT - questionnaire).

Préconisation 14 : Créer des structures intermédiaires entre la structure d’hébergement ou logement du secteur AHIL et l’EHPAD, pouvant accueillir un public en situation de précarité et présentant une perte d’autonomie moindre que celle des personnes relevant de l’EHPAD, permettant à la fois une vie dans un logement individuel et une vie collective, dans des structures dotées d’équipes d’accompagnements social et de professionnels médicaux.

Préconisation 15 : Permettre et favoriser un accueil temporaire et progressif des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non dans les établissements pour personnes âgées permettant ainsi des allers-retours entre la structure du secteur de l’AHIL et l’EHPAD. Ces accueils temporaires peuvent se faire uniquement sur la journée (type accueil de jour) ou bien sur des durées de séjour un peu plus longues.

IV.2. Créer des équipes mobiles de soins palliatifs - précarité

Ce travail a montré que la fin de vie des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non incombe parfois, faute de solutions plus adaptées, aux structures de l’AHIL, que celle-ci suive un déclin lent, graduel ou rapide (Partie 1 – chapitre 3). Les professionnels du secteur n’étant pas formés à la gestion de la fin de vie, et, de surcroît, celle-ci ne faisant pas partie des missions du travail social, il apparaît alors primordial de proposer des solutions innovantes sur ce sujet. Les pouvoirs publics pourraient s’emparer du sujet et s’inspirer

⁶⁵<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-d-accueil-temporaire/aller-a-l-accueil-de-jour>

d'une initiative Canadienne qui permet à des équipes mobiles spécialisées dans la gestion de la fin de vie de se déplacer au sein des structures d'hébergement/logement (Programme PEACH : Palliative Education and Care for the Homeless) (ONFV, 2015).

Il existe actuellement en France des équipes mobiles de soins palliatifs qui sont définies par la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs comme des équipes « multidisciplinaire[s] et pluriprofessionnelle[s] rattachée[s] à un établissement de santé qui se déplace[nt] au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Ses membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge la personne malade dans le service ou qui a fait appel à l'équipe mobile »⁶⁶. L'équipe mobile exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services de santé qui font appel à elle.

A l'opposé de ces équipes mobiles françaises, les équipes mobiles du programme canadien PEACH se déplacent en structure d'hébergement (et non seulement en service de santé) et réalisent des soins médicaux, curatifs et palliatifs : « Fondée sur le principe du libre-choix des personnes, dans la mesure du possible, de leur lieu de décès, les ressources en soins se déplacent vers les publics précarisés, plutôt que de déplacer les publics vers les structures » (ONFV, 2015). L'accompagnement vise, outre à délivrer des soins, à maintenir la personne dans un hébergement où elle peut trouver un soutien de la part de son entourage (professionnels et autres résidents) ; à aider la personne à se repérer dans le système de santé ; et, si elle le souhaite, l'aider à reprendre contact avec ses proches (ONFV, 2015).

Mettre en place, en Bretagne ou plus largement en France de telles **équipes mobiles de soins palliatifs** qui, non seulement, dispensent des soins curatifs et palliatifs, mais également **se déplacent sur les lieux de vie des personnes** pourrait à la fois permettre un accès aux soins palliatifs aux personnes concernées ; outiller et soulager les professionnels du secteur AHIL ; et permettre de respecter les choix de fin de vie des personnes concernées.

Préconisation 16 : Mettre en place, des équipes mobiles de soins palliatifs – précarité, qui non seulement, dispensent des soins curatifs et palliatifs, mais également se déplacent sur les lieux de vie des personnes, pourrait permettre un accès aux soins palliatifs pour les personnes concernées ; pourrait outiller et soulager les professionnels du secteur AHIL ; et pourrait permettre de respecter les choix de fin de vie des personnes concernées.

⁶⁶ Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Tableau 10 : Synthèse des préconisations de l'axe « Créer des solutions innovantes »

Axe 4 : Créer des solutions innovantes
• Créer des structures intermédiaires entre la structure d'hébergement ou logement du secteur AHIL et l'EHPAD, pouvant accueillir un public en situation de précarité et présentant une perte d'autonomie moindre que celle des personnes relevant de l'EHPAD, permettant à la fois une vie dans un logement individuel et une vie collective, dans des structures dotées d'équipes d'accompagnements social et de professionnels médicaux. • Permettre et favoriser un accueil temporaire et progressif des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non dans les établissements pour personnes âgées permettant ainsi des allers-retours entre la structure du secteur de l'AHIL et l'EHPAD. Ces accueils temporaires peuvent se faire uniquement sur la journée (type accueil de jour) ou bien sur des durées de séjour un peu plus longues. • Mettre en place, des équipes mobiles de soins palliatifs – précarité, qui non seulement, dispensent des soins curatifs et palliatifs, mais également se déplacent sur les lieux de vie des personnes, pourrait permettre un accès aux soins palliatifs pour les personnes concernées ; pourrait outiller et soulager les professionnels du secteur AHIL ; et pourrait permettre de respecter les choix de fin de vie des personnes concernées.

V. CREER DES POLITIQUES GLOBALES DE SOLIDARITE EN PRENANT EN COMPTE CE PUBLIC ACTUELLEMENT EXCLU DES DIFFERENTES POLITIQUES PUBLIQUES

Le manque de données statistiques sur les personnes sans-domicile fixe et, d'autant plus, sur les personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non, est un frein important à l'élaboration de politiques publiques, de programmes, ou d'actions publiques permettant à la fois une prise en compte du public précaire et vieillissant et la construction d'une réponse adaptée aux différentes problématiques soulevées tout au long de ce travail. En effet, « la difficulté à identifier qui appartiendrait à la catégorie des personnes sans domicile âgées complique autant la définition de cette population que l'élaboration de concepts et de modes d'intervention adaptés » (Coulomb, 2021).

Il est donc d'ores et déjà nécessaire de brosser un portrait statistique de ce public pour pouvoir adapter les futures politiques publiques au plus près des besoins de cette population et des professionnels qui l'accompagnent ; élaborer des réponses adaptées aux besoins de ce public, tant au niveau régional que national ; et ainsi permettre un accompagnement et un suivi de parcours qui soit tout autant coordonné qu'efficace.

Le public sans domicile fixe fait l'objet de peu d'études statistiques. La dernière en date a été menée par l'INSEE en 2012 (Yaouancq et al., 2013). Cependant une nouvelle étude « Enquête sans domicile 2024-2025 » est en cours de réalisation (INSEE, 2024). Une des thématiques de cette enquête porte sur la santé et l'accès aux soins du public sans domicile fixe. Ces données pourront peut-être être analysées dans la perspective de créer des actions de prévention afin de lutter contre son vieillissement prématuré.

La DRESS réalise tous les quatre ans les enquêtes ES DS qui sont menées auprès des centres d'hébergement (généralistes et relevant du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés) ainsi que des établissements de logement adapté. Ces enquêtes ont pour objectif, entre autres, de dresser le profil des personnes hébergées ou logées dans les structures enquêtées.

Au vu de l'importance grandissante de la problématique du vieillissement des personnes en situation de précarité, il serait intéressant d'y interroger cette variable. Cependant, un consensus sur les critères d'appartenance à la catégorie des personnes précaires vieillissant prématurément doit être préalablement obtenu.

La **prise en compte de ce public dans les études statistique** permettrait de visibiliser ce public et les difficultés auxquelles il peut faire face, ainsi que les problématiques engendrées par le vieillissement – prématuré ou non – des personnes en situation de précarité.

Préconisation 17 : Obtenir un consensus sur des critères d'objectivation du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité et des critères de catégorisation du public en situation de précarité vieillissant prématurément ou non afin de pouvoir visibiliser ce public dans les études statistiques telles que les enquêtes ES DS menées par le DREES.

Au-delà d'un portrait statistique, une meilleure prise en compte de ce public dans les recherches portant sur la vieillesse dans les différentes disciplines des sciences humaines et de la santé publique pourrait permettre une meilleure compréhension des besoins du public en situation de précarité et vieillissant pour ainsi espérer à termes, une adaptation de l'action publique. Un élargissement des connaissances produites à ce sujet ainsi qu'une évolution des normes afférentes à la définition de la vieillesse et du vieillissement sont nécessaires, puisque tant que les spécificités du public précaire vieillissant de manière prématurée ne seront pas prises en compte et reconnues par les politiques publiques, aucune action concrète ne pourra voir le jour sur les différents territoires.

Ainsi, comme le soulignait V. Caradec : « Un enjeu des recherches à venir consiste dès lors à étudier les modalités particulières du vieillir des personnes définies par la position qu'elles occupent dans les rapports sociaux de genre, de classe ou ethniques ou situées au croisement de plusieurs d'entre eux, comme y invite la perspective intersectionnelle. Cette orientation de la recherche apparaît prometteuse si elle parvient à éviter deux écueils : d'une part, ne pas revenir à une approche statique des vieillesse, en perdant de vue l'intérêt de

l'étude dynamique de l'avancée en âge ; d'autre part, ne pas déboucher sur une vision trop éclatée des vieillissements, qui empêcherait d'en avoir une perception d'ensemble » (Caradec, 2022).

Préconisation 18 : Donner les moyens à la recherche fondamentale et appliquée portant sur la vieillesse de prendre en compte ce public (en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non), en développant, finançant ou proposant, des recherches en sciences humaines et/ou santé publique sur le sujet.

Même si des initiatives locales émergent, et que les actes de déconcentration/décentralisation donnent certaines prérogatives aux régions et départements, l'orientation des financements et les grandes décisions restent à la charge de l'État.

Du fait de changements sociétaux engendrant des parcours de vie différenciés, certains auteurs remettent en cause la pertinence de la « police des âges » et de l'institutionnalisation des parcours de vie qu'elle « impose ». C'est notamment le cas de Anne-Marie Guillemard, qui, grâce à ses travaux comparatifs aux seins de plusieurs pays comme le Japon, la Suède et la France, montre que l'utilisation de l'âge comme variable de catégorisation de la population dans l'action publique n'est pas forcément la plus pertinente ou adaptée (Guillemard, 2022). En effet, tout au long de ce travail nous avons pu montrer que du fait, notamment, des situations de précarité passées ou actuelles, les corps des personnes concernées présentent des signes cliniques et sociaux imputés habituellement à l'avancée en âge, tels que l'apparition de polypathologies chroniques, une perte d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne ou une apparition de démence. Nous avons également pu voir que du fait de leur âge, ces personnes ne pouvaient bénéficier de prestations ou d'aides dont elles auraient besoin au vu de leur état de santé, si ces signes apparaissent avant l'âge dit « barrière » de 60 ans (ou de 65 ans suivant l'aide ou la prestation concernées).

Dans certains des pays étudiés par Anne-Marie Guillemard (2022), les politiques publiques de soutien à l'autonomie sont envisagées au travers de paniers de biens et services distribués en regard des besoins des personnes et non selon un critère d'âge. En effet, aucune condition d'âge n'est mise en place comme seuil d'éligibilité. AM. Guillemard décrit alors ces politiques comme « finalistes », accessibles à tous, et dans lesquelles la prise en charge est conçue en fonction des besoins des personnes - et non causalistes, dans lesquelles la prise en charge varie selon la cause de l'incapacité (ici l'âge) telles qu'elles sont pensées en France (HCFEA, 2024).

En effet, il existe une opposition entre deux approches de politiques publiques de soutien à l'autonomie : l'approche « causaliste » est fondée sur le principe d'une réponse variable selon l'origine du besoin de soutien à l'autonomie ; et l'approche « finaliste », qui vise quant à elle à répondre à ce besoin, quelle qu'en soit la cause (HCFEA, 2024).

A titre d'exemple, le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge montrait dans ses travaux comparatifs des organisations des politiques de l'autonomie de 9 pays ayant un vieillissement démographique similaire (France, Allemagne, Suède, Danemark, Belgique, Italie, Québec, Japon et Pays-Bas), que seuls la France, la

Belgique et le Japon adoptaient une approche causaliste dans laquelle étaient appliquée une différenciation de ses politiques d'autonomie selon l'âge : 65 ans en Belgique et au Japon, 60 ans pour la France (HCFEA, 2024).

L'approche finaliste adoptée par les autres pays présente quant à elle une entrée par les besoins de la personne et « repose sur le postulat selon lequel l'incapacité n'amène à la perte d'autonomie que si l'environnement humain, social et matériel n'a pas été adapté. Selon cette approche, c'est à la société de s'adapter pour que la personne exerce son droit à vivre de façon autonome, dans la dignité et le bien-être, et en pleine citoyenneté » (HCFEA, 2024). Par exemple, les dispositifs de soutien à l'autonomie allemands s'adressent « à toute personne, quel que soit son âge, présentant un déficit d'autonomie nécessitant des soins et un soutien prolongés » (HCFEA, 2024).

Il apparaît alors pertinent de s'inspirer des politiques publiques de l'autonomie des autres pays, et **supprimer l'âge barrière des 60 ans comme critère d'accès à l'action publique portant sur l'autonomie**.

Actuellement, différents outils co-existent pour évaluer la perte d'autonomie des personnes : la grille Aggir est utilisée pour les personnes âgées d'au moins 60 ans ; et l'évaluation du taux d'incapacité est utilisée pour les personnes avant cet âge barrière, c'est l'outil utilisé dans le champ du handicap pour définir le niveau de dépendance d'une personne.

En cas de suppression de la barrière d'âge des 60 ans, et en édifiant des politiques publiques de l'autonomie fondées sur une approche finaliste et non plus causaliste, discriminer ainsi les outils en fonction de l'âge des personnes concernées ne sera plus utile. Un seul et même outil pourra permettre d'évaluer, chez une personne, son niveau de perte d'autonomie – ou son niveau de dépendance – et ainsi de déterminer quels sont les dispositifs, aides et prestations sociales auxquelles elle peut prétendre. Ceux-ci seront alors déterminés selon une évaluation des besoins réels de la personne en prenant en compte son contexte de vie (environnement, situation sociale, etc.) et non plus en fonction d'un critère arbitraire qu'est son âge.

Préconisation 19 : Supprimer la barrière de l'âge des 60 ans comme critère d'accès à l'action publique de soutien à l'autonomie et penser les politiques publiques de l'autonomie dans une approche « finaliste » plutôt que « causaliste ».

Tableau 11 : Synthèse des préconisations de l'axe « Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclus des différentes politiques publiques »

Axe 4 : Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public actuellement exclu des différentes politiques publiques
• Obtenir un consensus sur des critères d'objectivation du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité et des critères de catégorisation du public en situation de précarité vieillissant prématurément ou non afin de pouvoir visibiliser ce public dans les études statistiques telles que les enquêtes ES DS menées par le DREES. • Donner les moyens à la recherche fondamentales et appliquée portant sur la vieillesse de prendre en compte ce public (en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non), en développant, finançant ou proposant, des recherches en sciences humaines et/ou santé publique sur le sujet. • Supprimer la barrière de l'âge des 60 ans comme critère d'accès à l'action publique de soutien à l'autonomie et penser les politiques publiques de l'autonomie dans une approche « finaliste » plutôt que « causaliste ».

Ce travail aborde la problématique du vieillissement prématuré ou non du public sans domicile fixe – hébergé et logé - dans les structures de l’AHIL et structures médicosociales de soins résidentiels en Bretagne. Il a pour objectif d’éclairer la complexité de la prise en charge de ce public, ainsi que la mise en place d’un parcours de soins coordonné répondant à ses besoins.

Empruntant sa méthodologie à la discipline de la sociologie (immersions et questionnaire), ce travail a montré que tant les structures de l’AHIL que celles des secteurs de la gérontologie et du handicap, ne sont pas pensées pour l’accompagnement du public de cette étude. **Ce travail est finalement révélateur d’un impensé des politiques publiques, plaçant alors les personnes concernées dans un angle mort de ces dernières.**

Ce travail a mis en lumière les nombreuses problématiques induites par le vieillissement – qu’ils soit prématuré ou non – des personnes en situation de précarité hébergées ou logées dans le secteur de l’AHIL. En effet, celle-ci induit de nombreuses conséquences :

- sur l’accompagnement social des personnes concernées (mise en danger individuelle, errance médicale, difficultés d’orientation vers des structures adaptées) ;
- sur les autres personnes accompagnées et la structure elle-même (mise en danger collective) ;
- sur les professionnels qui les accompagnent (mise en place de bricolages, dépassement des missions, dégradation de leur santé au travail, remise en cause de leur identité professionnelle) ;
- sur le secteur AHIL et structures de soins résidentiels (augmentation du temps de séjour des personnes concernées induit par une absence de solutions d’hébergement/logement plus adaptée à leurs besoins, conduisant alors à leur engorgement ; une gestion de la fin de vie incombant au secteur du travail social).

Ce travail montre, *in fine*, que l’origine des difficultés qu’engendre le vieillissement prématuré de ces publics, résident dans la construction des différentes politiques publiques en silos (de santé, de l’autonomie, sociales et de luttes contre les exclusions) et dans le fait que les personnes concernées se trouvent dans leur angle mort, empêchant alors la construction de solutions adaptées pour à leurs besoins.

Ainsi, si ces publics sont éloignés – voire exclus – des structures de droit commun pour personnes âgées, ce n’est pas seulement en raison du décalage de leur profil transgressant la norme des établissements d’accueil, ou de facteurs individuels, mais également – et surtout - parce que ces dernières ne sont pas adaptées à leurs spécificités.

Ces publics sont malheureusement considérés comme trop âgées pour le secteur du handicap ; trop jeunes pour le secteur personnes âgées ; trop pauvres pour assumer les coûts d’hébergement de ces établissements ; trop isolées pour pouvoir bénéficier de la solidarité familiale ; trop éloignées de la norme de ces établissements pour y être accueillis (du fait d’habitudes de vies et de comportements acquis au cours du parcours d’errance).

Il est possible de spéculer que les difficultés concernant cette thématique vont continuer à prendre de l'ampleur, puisqu'elle n'est, en premier lieu, pas uniquement spécifique à la région bretonne ; que la crise du logement va surement faire augmenter le nombre de sans-domicile fixe ; et que, même si leur espérance de vie reste significativement inférieure à celle de la population générale, celle-ci continue néanmoins d'augmenter.

Il apparaît alors plus que nécessaire de rendre visible sur la scène médiatique cette partie de la population afin que ces « incasables » puissent enfin avoir pleinement accès à leurs droits fondamentaux, et ainsi, aux dispositifs de droit commun.

Ainsi, au-delà du constat et de l'analyse réalisés dans ce travail (Partie 1), ce rapport livre quelques pistes d'action pour une meilleure prise en compte de ces publics par et dans l'action publique. Ainsi 19 préconisations ont pu être retenues par la FAS Bretagne pour :

- Former et décroisonner les secteurs social, sanitaire et médicosocial (Partie 2 - I – p. 119)
- Adapter le secteur de l'AHIL (Partie 2 - II – p. 123)
- Adapter le secteur du grand-âge (Partie 2 - III – p. 129)
- Créer des solutions innovantes (Partie 2 - IV – p. 138)
- Créer des politiques globales de solidarité en prenant en compte ce public, actuellement exclu des différentes politiques publiques (Partie 2 - V – p. 142).

I. ANNEXE 1 : RECAPITULATIF DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS REALISES DANS L'ENQUETE

Association	Structure / Évènement	Modalité	Fonction	Durée de l'échange
Association A	Point santé	Présentiel	IDE	1h
Association 4	Pensions de famille	Présentiel	Coordinatrice PF	2h
Association M		Distanciel	Cheffe de service pôle précarité – service santé	54 min
	Groupe de travail vieillissement	Présentiel Collectif	2 TS Association 2 1 TS Association 3	2h15
Association D	Point H	Distanciel	Psychologue clinicienne	40 min
Association 1	CHRS	Présentiel	Cheffe de service	1h13
	LHSS		AES	1h55
	CHRS		TISF	30 min
			IDE	1h10
	Résidence accueil		Monitrice d'atelier	1h09
	Pensions de famille		Assistance sociale	
Association 2	CHRS	Présentiel	Educatrice spécialisée	1h03
	Pensions de famille		Responsable maison relais	1h37
	CHRS		IDE	1h43
Association 3	Pension de famille	Présentiel	Educatrice spécialisée	1h10
			Directrice adjointe	1h32
		Présentiel, collectif	Café discussion : 6 personnes accompagnées	1h
Association 4	Pensions de famille	Présentiel, collectif	Café discussion : 9 personnes accompagnées	1h
		Présentiel	Monitrice éducatrice -	1h08
		Présentiel	Résidente 1	38 min
		Présentiel	Résidente 2	1h14

Association 5	Pensions de famille	Présentiel	Référente maison relais	1h10
	LHSS		Educatrice spécialisée	58 min
	Résidence autonomie		Référente sociale RA	1h33
	CHRS		IDE	1h37
	LHSS		IDE	58 min
	Résidence autonomie	Présentiel, collectif	Café discussion : 7 résidents	Environ 1h
Association 6	Pensions de famille	Présentiel	TISF	1h04

II. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES PROFESSIONNELS DES STRUCTURES DE L'AHIL

❖ **Présentation :**

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

Quelle est votre fonction ?

Quelles sont les missions afférentes à votre poste ?

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

❖ **Présentation de la structure enquêtée :**

Quelles sont les missions/objectifs de [dire nom de la structure] ? Quelles sont les conditions pour être pris en charge par la structure ? Combien de personnes sont accompagnées sur la structure ?

Est-ce que le public accueilli est mixte ?

❖ **Le vieillissement (prématuré) dans les structures :**

Qu'est-ce que le vieillissement pour vous ?

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

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

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

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

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

❖ **Les orientations post-structure :**

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

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

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

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

❖ **Besoins/ améliorations à apporter selon les professionnels :**

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

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

III. ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES RÉSIDENTS DE PENSIONS DE FAMILLE

❖ **Présentation :**

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

Est-ce que vous acceptez de me parler de votre parcours de vie ? Comment êtes-vous arrivés dans cette structure ?

Êtes-vous allée sur d'autres structures avant la pension de famille ?

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

❖ **La vie en pension de famille :**

C'est comment de vivre en Pension de famille ?

Est-ce que vous y aimez ?

Est-ce que vous vous entendez bien avec les autres résidents ? Quelles activités faites-vous pendant la semaine ?

❖ **Le vieillissement :**

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

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

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

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

❖ **Souhaits de la résidente :**

Où souhaitez-vous vieillir ?

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

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

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

IV. ANNEXE 4 : AFFICHE UTILISEE POUR ANNONCER LES CAFE-DISCUSSION DANS L'ASSOCIATION 4

Pour deux des cafés discussion, une affiche a été réalisée pour annoncer aux résidents la tenue d'un café-discussion sur le sujet du vieillissement.

**Jeudi 14 et
Vendredi 15 mars**

**C'est quoi le
vieillissement ?
Et si on en parlait...**



Bonjour à toutes et tous,
Je m'appelle Marina et je réalise une étude sur ce que représente le vieillissement au sein des Pensions de Famille. Je viens donc à votre rencontre pour que nous puissions échanger sur la manière dont vous vous représentez ce sujet 😊
A très vite !

Pour cela je vous propose :

- Entretien individuel
- Goûter et discussion collective



V. ANNEXE 5 : AFFICHE UTILISEE POUR ANNONCER LE CAFE-DISCUSSION DANS
L'ASSOCIATION 5

Mercredi 24 avril

Vivre en Résidence autonomie Et si on en parlait...



Bonjour à toutes et tous,
Je m'appelle Marina - je suis étudiante - et je réalise une étude
sur ce que signifie vivre en Résidence autonomie. Je viens donc à
votre rencontre pour que nous puissions échanger sur la manière
dont vous vous représentez ce sujet 😊
A très vite !

Pour cela je vous propose :

- 13h30 : jeux de cartes (tarot)
- 16h : café discussion



VI. ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE

- **Section 1 : La structure / le dispositif.**

Question 1 : Pour quel adhérent répondez-vous ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 2 : Dans quel département se situe votre structure / dispositif ? (Choix unique)

☐ Côtes-d'Armor

☐ Finistère

☐ Ille-et-Vilaine

☐ Morbihan

Question 3 : Dans quelle ville se situe votre structure / dispositif ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 4 : Pour quel type de structure / dispositif souhaitez-vous répondre ? (Choix multiple)

☐ Accueil de jour

☐ Accueil de nuit

☐ CHU

☐ CHRS

☐ Pension de famille / Maison relai

☐ LHSS

☐ LAM

☐ ACT

☐ Place de stabilisation

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question Champ conditionnel 4a : Indiquez le nom

Si Accueil de jour Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Accueil de nuit Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si CHU Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si CHRS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Pension de famille / Maison relai Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si LHSS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si LAM Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si ACT Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Place de stabilisation Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Autres Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champs conditionnel 4b : Indiquez le nombre de places

Si Accueil de jour Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Accueil de nuit Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si CHU Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si CHRS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Pension de famille / Maison relai Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si LHSS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si LAM Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si ACT Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Place de stabilisation Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si Autres Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **Section 2 : Le vieillissement.**

Question 5 : Repérez-vous des problèmes liés à l'âge chez le public que vous accompagnez ? (Choix unique)

☐ Oui

☐ Non

Question champ conditionnel 5a : Si oui, de quel(s) ordre(s) ? (Choix multiple)

☐ Evolution de la moyenne d'âge

☐ Vieillesse prématurée / précoce

☐ Handicap(s)

☐ Perte de mobilité

☐ Perte d'autonomie

☐ Polyopathologies

☐ Pathologies chroniques

☐ Sénilité

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 6 : Combien de personnes dites en vieillissement prématuré estimez-vous que votre structure / dispositif accueille actuellement ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 7 : Combien de personnes de plus de 60 ans estimez-vous que votre structure / dispositif accueille actuellement ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 8 : Le public concerné par cette problématique cumule-t-il d'autre(s) vulnérabilité(s) ? (Choix unique)

☐ Oui

☐ Non

Question champ conditionnel 8a : Si oui, quelles sont-elles ? (Choix multiple)

☐ Addiction(s)

☐ Problème(s) de santé mentale

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 9 : Quelles sont les difficultés majoritaires que rencontrent ce public ? (Choix multiple)

☐ Perte d'autonomie dans les gestes du quotidien (hygiène, lever, coucher, alimentation...)

☐ Perte d'équilibre, chute

☐ Perte de mobilité / problème d'accessibilité

☐ Observance des traitements

☐ Isolement

☐ Problématiques d'incontinence

☐ Problématiques de cognition

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 10 : Pensez-vous que votre structure / dispositif est adaptée à ce type de public ? (Choix unique)

☐ Oui

☐ Non

Question champ conditionnel 10a : Si oui, pouvez-vous développer ci-dessous ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champ conditionnel 10b : Si non, pouvez-vous développer ci-dessous ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 11 : Quelle est la durée moyenne de séjour dans votre structure / dispositif pour les personnes concernées par le vieillissement ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 12 : Pour quelles raisons les personnes vieillissantes quittent-elles votre structure / dispositif ? (Choix multiple)

- ☐ Perte d'autonomie et/ou de mobilité
- ☐ Mise en place de soins / visites à domicile
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Admission en structure de type pension de famille / maison relais
- ☐ Admission en établissement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, USLD,...)
- ☐ Décès
- ☐ Sorties sèches
- ☐ Exclusion
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 13 : Un relais est-il mis en place pour accompagner cette transition ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question champ conditionnel 13a : Si oui, lequel ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 14 : Avez-vous déjà rencontré des difficultés face à une orientation vers un établissement d'hébergement des personnes âgées ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question champ conditionnel 14a : Si oui, quelle en était le plus souvent la cause ? (Choix multiple)

- ☐ Un refus de la part de la personne
- ☐ Un refus de la part de la structure
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champ conditionnel 14a-a : Si « un refus de la part de la personne », Quels sont les motifs de refus de la personne ? (Choix multiple)

- ☐ Ne souhaite pas être vivre avec des personnes plus âgées qu'elle
- ☐ Ne veut pas changer de ville
- ☐ Souhaite finir sa vie sur la structure, qu'elle considère comme chez elle
- ☐ Manque de ressources financières
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champ conditionnel 14a-b : Si « un refus de la part de la structure », Quels sont les motifs de refus de la structure ? (Choix multiple)

- ☐ Manque de places
- ☐ En raison de l'âge
- ☐ Refus pour cause d'addiction
- ☐ Refus pour cause de problèmes de santé mentale
- ☐ Ressources financières de la personne insuffisantes
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 15 : Combien de personnes en situation de vieillissement prématuré sont décédées cette année (2023) sur votre structure / dispositif ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 16 : Quel(s) impact(s) le vieillissement produit-il sur votre structure / dispositif ? (Choix multiple)

- ☐ Impact sur les pratiques professionnelles
- ☐ Impact sur le rythme de la structure
- ☐ Impact sur le collectif
- ☐ Impact sur les activités proposées
- ☐ Impact sur l'accompagnement et les projets individuels
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 17 : Ces impacts ont-ils engendré des adaptations dans votre structure / dispositif ? (Choix multiple)

- ☐ Adaptation des pratiques et postures des professionnels
- ☐ Dépassement du cadre des missions des professionnels
- ☐ Développement d'analyse de la pratique
- ☐ Aménagement du bâti, des espaces collectifs et privés
- ☐ Développement de partenariats
- ☐ Mise en place de formations
- ☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 18 : Entretenez-vous des partenariats avec le secteur du vieillissement et/ou de la gérontologie ?

☐ Oui

☐ Non

Question champ conditionnel 18a : Si oui, De quels types de partenariats s'agit-il ? (Choix multiple)

☐ Travail en réseau pour le suivi des personnes

☐ Orientation des personnes vers les partenaires

☐ Partenaire de ressource

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champ conditionnel 18b : Si oui, Avec quel(s) partenaire(s) ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question champ conditionnel 18c : Si non, Si non, pour quelles raisons ? (Choix multiples)

☐ Manque de connaissances de l'existant

☐ Manque d'interconnaissance (difficultés à rentrer en contact, contact direct)

☐ Manque de temps

☐ Absence de réponse adaptée

☐ Absence de réponses suites aux sollicitations

☐ Incompréhensions entre le secteur sanitaire et social

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **Section 3 : Le répondant.**

Question 19 : Quelle fonction occupez-vous au sein de la structure / dispositif ?

☐ IDE

☐ Médecin

☐ Intervenant / Intervenante social (Assistant social, Educateur spécialisé, CESF, moniteur éducateur, ...)

☐ Responsable de service

☐ AES

☐ Veilleur : Veilleuse de nuit

☐ Autres - Précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 20 : Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette structure ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 21 : Est-ce que le vieillissement du public accompagné impacte votre travail et/ou votre bien-être au travail ?
(Choix unique)

☐ Oui – Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Non

Question 22 : Pensez-vous qu'il est nécessaire de "mettre du sanitaire" dans les structures du social ? (Choix unique)

☐ Oui – Précisez votre réponse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Non - Précisez votre réponse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Question 23 : Avez-vous autre(s) chose(s) à ajouter / idées de solutions / problématiques non traitées dans ce questionnaire ?

Question 24 : Acceptez-vous d'être contacté afin d'échanger sur la question du vieillissement ?

☐ Oui

☐ Non

Question 25 : Si oui, pouvez-vous indiquer votre mail / n° de téléphone

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- ANCREAI. (2018). *Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?* (p. 20).
- ANCREAI. <https://www.creai-bretagne.org/wp-content/uploads/2022/01/SYNTHESE-Recherche-PHV-2018-1.pdf>
- Bach, C., Jeannes, I., Hébert, J., Le Clanche, P.-O., Lanquette, A., Terrien, R., & Raynal, F. (2020). *Réduction des risques alcool en centre d'hébergement* (Repères pour l'action). Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risque.
- Balavoine, A. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019* (Etudes et résultats No. 1237; p. 8). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
- Barbier-Bouvet, C., & Rey, E. (2025). *Enquête et préconisations pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne* (p. 147). ARS Bretagne & FAS Bretagne. <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2025/04/enquete-mediation-en-sante-Bretagne-VF.pdf>
- Bellamy, V., & Bergeron, T. (2022). *312 000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018* (Etudes et résultats No. 1247). DREES.
- Benech, G., Reynaud, M., & Basset, B. (2021). *La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions*. Addictions France.
- Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26(3), 5-34. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0301>
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Les éditions de minuit.
- Braverman, L., Dufour-Kippelen, S., & Fermon, B. (2021). Un dispositif Ehpad « hors les murs » : L'utilisation par ses bénéficiaires. *Gérontologie et société*, 43165(2), 263-277. <https://doi.org/10.3917/gs1.165.0263>
- Brunel, B., & Eidelman, J.-S. (2022). *La sociabilité et l'isolement social des seniors*. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p07dgq8z>

- Bruneteaux, P., & Lanzarini, C. (1998). *Les entretiens informels*. <https://doi.org/10.3406/socco.1998.1853>
- Caradec, V. (2022). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* (4^e éd., Vol. 154). Armand Colin.
<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/sociologie-vieillesse-et-du-vieillessement-0>
- Coldefy, M., & Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : Une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 237.
<https://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>
- Collectif des morts de la rue. (2023). *Mortalité des personnes sans domicile 2022 : Déénombrer et décrire* (No. 11^{ème} rapport annuel). https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2023/10/Rapport_CMDR_2022.pdf
- Coulomb, L. (2021). Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux. *Retraite et société*, 85(1), 61-81. <https://doi.org/10.3917/rs1.085.0062>
- Cusset, P.-Y. (2022). *Protection sociale : Le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?* (No. 111; La note d'analyse). France stratégie.
- Damon, J. (2018). Chapitre III. Vers un « social rationnel » ? In *L'exclusion* (Presse universitaire de France, p. 83-118). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/l-exclusion--9782130813620-page-83>
- De Wever, E., Quaglino, V., Czternasty, G., Valot, L., Lecercle, C., & Vandromme, L. (2011, septembre 7). *Les effets de l'alcoolisme sur le vieillissement des fonctions cognitives. [Communication orale]*. Congrès de la Société Française de Psychologie, Metz.
https://www.researchgate.net/publication/255990127_De_Wever_E_Quaglino_V_Czternasty_G_Valot_L_Le_cercle_C_Vandromme_L_2011_Les_effets_de_l'alcoolisme_sur_le_vieillessement_des_fonctions_cognitives_Communication_Orale_Congres_de_la_Societe_Francaise_de_
- Delarue, P., & Jolly, L. (2023). Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : Les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad. *La Revue De Gériatrie*, Vol. 48, n° 1, 7-22.
- DGAS. (2008). *Evaluation nationale du dispositif Maisons Relais, rapport final*. 122.
- DIHAL. (2015). *Les pensions de famille et résidences accueil : Du modèle aux réalités d'aujourd'hui* (p. 175) [Retour d'étude synthèse]. DIHAL.

https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2015_12_pensions-de-famille-ecran.pdf

DIHAL, & DIPLP. (2020). *Appel à manifestation d'intérêt. Accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective*. <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/nouvelle-aquitaine/irecontenu/telechargement/72873/472322/file/AMI%20Grande%20marginalit%C3%A9%202020.pdf>

Dobovetzky, C. (2016). *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* [Mémoire]. Université Grenoble Alpes.

Dobovetzky, C. (2020). Vieillesse et précarité : Des inégalités au regard des représentations. *Gérontologie et société*, 42162(2), 71-82. <https://doi.org/10.3917/g1.162.0071>

Dobovetzky, C. (2022). Quand le vieillissement vient questionner la place des résidents en pension de famille. In *La politique du Logement d'abord en pratique* (p. 170-176). Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.chamb.2022.01.0171>

DRJSCS. (2019). *Enquête ES 2016 Les établissements et services pour adultes en difficulté sociale en Bretagne* (No. 35; L'info statistique, p. 223). Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne. https://bretagne.dreets.gouv.fr/sites/bretagne.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/infostat_dossiers_enquete_es_2016.pdf

FAS & FEHAP. (2022). *Plaidoyer : Vieillesse et précarité*. <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/12/PlaidoyerVF.pdf>

Fauquette, A., & Pierru, F. (2020). Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique. *Savoir/Agir*, 52(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/sava.052.0011>

Fieulaine, M. (2017). Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, 39(4), 364-372.

- Fondation Abbé Pierre. (2023). *L'état du mal-logement en France 2023* (No. 28; p. 326). Fondation Abbé Pierre.
https://www.fondationpourlelogement.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023_WEB_DEF.pdf
- Galland, O. (1992). *Rémond René, Percheron Annick (éd.), Age et politique*. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_2_4151
- Ged Lafon, M. (2016). *Les pensions de famille à l'épreuve de la santé et du vieillissement de leurs résidents : Constats et perspectives d'évolution en Bretagne* [Mémoire, Ecole des hautes études en santé publique].
<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/iass/lafon.pdf>
- Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen* (p. 231). La Documentation française.
<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00452211>
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Les éditions de minuit.
- Grignon, C., & Passeron, J.-C. (1989). *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*. Seuil.
- Guillemard, A.-M. (2022). La catégorie d'âge n'est plus une catégorie pertinente de l'action publique. *Revue française des affaires sociales*, 3, 147-163. <https://doi.org/10.3917/rfas.223.0147>
- HAS. (2017). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* (Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques). Haute autorité de santé.
- HAS. (2018). *La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : La place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/la_coordination_des_parcours_des_personnes_confrontees_a_des_difficultes_specifiques._la_place_des_lhss-des_lam_et_des_act-n.pdf
- HAS. (2022). *Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS -Secteur de l'inclusion sociale*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention__rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf
- Haut-commissariat au plan. (2023). *Vieillesse de la société française : Réalités et conséquences* (ouverture No. 13).

- HCFEA. (2024). *Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population. Travaux du Conseil de l'âge sur les conditions du bien vivre et bien vieillir à domicile*. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.
- INSEE. (2024). *Enquête Sans Domicile. Étude auprès des personnes fréquentant des services d'aide*. <https://www.insee.fr/fr/information/7634303>
- Jaeger, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social—3e éd.. Travail social et psychiatrie*. <https://doi.org/10.3917/dunod.jaeg.2012.01>
- Lanquette, A., Moulius, F., & Lebourdais, P. (2017). *Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques Alcool De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée. Rapport intermédiaire*.
- Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). *Samenta : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* (p. 228). Observatoire du Samu social. <https://inserm.hal.science/inserm-00471925>
- Le Barbier, A. (2024, novembre). *Accompagner le vieillissement des personnes en situation de précarité—FAS Pays de la Loire*.
- Le Noc Soudani, M., & Miot, C. (2020). Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue. *La revue de gériatrie - ISSN : 0397-7927*, 45(5), 304-307.
- Leroux, I., Abassi, E., Abdouni, S., Amrous, N., Balavoine, A., Baradji, E., Bellamy, V., Bergeron, T., Boneschi, S., Bonnet, E., Tidiane Diallo, C., Echegu, O., Gonzales, C., Pirus, C., Vinceneux, K., & Yankan, L. (2022a). L'aide sociale aux personnes âgées. In *L'aide et l'action sociales en France—Edition 2022. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion* (p. 71-126). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie%2C%20handicap%2C%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20C3%89dition%202020_1.pdf
- Leroux, I., Abassi, E., Abdouni, S., Amrous, N., Balavoine, A., Baradji, E., Bellamy, V., Bergeron, T., Boneschi, S., Bonnet, E., Tidiane Diallo, C., Echegu, O., Gonzales, C., Pirus, C., Vinceneux, K., & Yankan, L. (2022b). L'aide sociale aux personnes handicapées. In *L'aide et l'action sociales en France—Edition 2022. Perte d'autonomie, handicap,*

protection de l'enfance et insertion (p. 127-170). DREES. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie%2C%20handicap%2C%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020_1.pdf)

[06/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie%2C%20handicap%2C%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020_1.pdf)

[%20Perte%20d%E2%80%99autonomie%2C%20handicap%2C%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020_1.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie%2C%20handicap%2C%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020_1.pdf)

Loison-Leruste, M., Arnaud, M., & Rouillin, B. (2015). *Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile. Etude pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale*. (p. 223).

Maison de la veille sociale de Loire-Atlantique. (2011). *L'accueil en établissement personnes âgées des personnes de plus de 58 ans hébergées dans le dispositif d'urgence et insertion de Loire-Atlantique, facilité par la mise en place de la mission interface*. https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/carte_de_visite_mission_interface_2011_1364224735963.pdf?ID_FICHE=16261&INLINE=FALSE

Marin, I. (2023). *Les SDF se cachent-ils pour mourir ? : Paradoxes des politiques de la précarité* (Erès).

Mauger, G. (1991). *Enquêter en milieu populaire*. <https://doi.org/10.3406/genes.1991.1096>

Maulini, O. (2010). Travail, travail prescrit, travail réel. In *FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation* (p. p23).

Ministère chargé de l'organisation territoriales et des professionnels de santé. (2023). *Fin de vie. Mots et formulations de l'anticipation définis juridiquement ou d'usage coutumier par les professionnels des soins palliatifs*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fin-de-vie_lexique__maj__mars_2023.pdf

Ministère chargé du logement, & Cerema. (2021a). *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/03_fiche_pratique_les-centres-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-_chrs__mai_2021_cle2bb6b1.pdf

Ministère chargé du logement, & Cerema. (2021b). *Pensions de famille (PF)*. https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/03_fiche_pratique_les-centres-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-_chrs__mai_2021_cle2bb6b1.pdf

- Muller, M. (2017). *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015* (Etudes et résultats No. 1015; p. 8). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>
- Mulliez, S., Goby, H., Romon, I., Eon, Y., & Inza, A. (2019). *Focus de l'ARS Bretagne—Entrée précoce en EHPAD : 5 % des résidents entrent avant 70 ans* (Focus de l'ARS Bretagne No. 12; p. 3). ARS Bretagne.
- Observatoire National de la Fin de Vie. (2014). *Fin de vie et précarités. Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France*. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/154000027.pdf>
- ONFV. (2015). *Fin de vie et précarités. Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France. Rapport 2014* (p. 243). Observatoire national de la fin de vie. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/154000027.pdf>
- Palle, C. (2016). *Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007* (Tendances No. 110; p. 8). Observatoire français des drogues et des toxicomanies. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-4111-doc_num--explnum_id-22765-.pdf
- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J.-B., Arwidson, P., & Nguyen-Thanh, V. (2018). *La consommation de tabac en France : Premiers résultats du baromètre santé 2017*. 265-273.
- Passavant, N. (2022). *Améliorer l'accompagnement à la santé des personnes précaires dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale* [Mémoire]. Ecole des hautes études en santé publique.
- Paugam, S. (2010). Méthodes. In *Les 100 mots de la Sociologie* (p. 23-43). Presses Universitaires de France. <https://shs-cairn-info.ehesp.idm.oclc.org/les-100-mots-de-la-sociologie--9782130574057-page-23>
- Percheron, A., & Rémond, R. (1991). *Age et politique*. Economica.
- Raimondeau, J. (2020). Chapitre 2. Déterminants de la santé. In *Manuel de santé publique* (p. 47-72). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0047>
- Ramos, E. (2015). Chapitre 4. Analyser les entretiens : L'analyse thématique. In *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses* (p. 93-111). Armand Collin. <https://shs.cairn.info/l-entretien-comprehensif-en-sociologie--9782200601157-page-93>

- Richmond-Rakerd, L. S., D'Souza, S., Milne, B. J., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2021). Longitudinal Associations of Mental Disorders With Physical Diseases and Mortality Among 2.3 Million New Zealand Citizens. *JAMA Network Open*, 4(1), e2033448. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33448>
- Ricroch, L. (2024). *Ehpad : Un résident sur dix a moins de 75 ans* (Etudes et résultats No. 1302; Etudes et résultats, p. 7). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-08/ER1302MAJ130824.pdf>
- Rouay-Lambert, S. (2006). *La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite*. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>
- Schaerer, R., & Ballanza, C. (2013). Un accompagnement de fin de vie en lits halte soins santé. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 112(1), 91-96. <https://doi.org/10.3917/jalmaalv.112.0091>
- Service Public. (2024). *Handicap : Foyer de vie (ou foyer de vie occupationnel)*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2005>
- Soleymani, D., Hamel, E., & Bouchaud, O. (2022). Médiation en santé : Concepts, définitions, métiers. *La santé en action*, 460, 10-11.
- UNIOPSS, & DIHAL. (2025). *Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné 2023-2024* (p. 57). UNIOPSS. https://www.uniopss.asso.fr/sites/default/files/fichiers/uniopss/Etude_Uniopss_personnes_precaires_veillissantes_CHRSLogement_accompagne.pdf
- Uribelarrea, G. (2021a). La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. *Retraite et société*, 85(1), 43-59. <https://doi.org/10.3917/rs1.085.0044>
- Uribelarrea, G. (2021b). La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. *Retraite et société*, 85(1), 43-59. <https://doi.org/10.3917/rs1.085.0044>
- Walusinski, O. (2021). Histoire d'un symptôme : L'akathisie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(2), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.007>
- Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., & Legleye, S. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. (No. 1455). Insee.