

## Mettre la lumière sur les invisibles

### *Shedding light on the invisible ones*

Galla BRIDIER



**A**u moment où sort ce numéro, notre pays reprend peu à peu le chemin de la normalité. Dans les rues, les cafés, les cinémas, la vie reprend après un silence pesant. Nous semblons nous remettre doucement d'une crise sanitaire sans précédent pendant laquelle nos sujets de préoccupations, nos précon-

çus, nos visions de vies ont été perturbés par le Covid-19. Ce retour à une certaine « normalité » survient partout, à vitesse variable, y compris dans les EHPAD. Cette crise sanitaire sans précédent a tourné les projecteurs médiatiques sur celles et ceux qui, habituellement, ne font pas de bruit, n'attirent pas l'attention : « les derniers de cordée » : les personnes en situation de précarité, les plus vulnérables, les plus vieux ; somme toute, celles et ceux qui ne sont pas considéré.e.s comme moteur de notre système économique et social. Il aura fallu un confinement quasi mondial, un sentiment d'apocalypse approchante pour mettre en lumière les invisibles. Mais cette lumière se détourne à mesure que la normalité revient.

Canicules, crise épidémique, faits divers... les EHPAD n'intéressent épisodiquement que dans les situations tragiques. Biaisée, cette approche tait totalement la nature même de ces établissements : des lieux de vie, des lieux accueillant des vies.

Considérer la population âgée sous l'angle du marché, en tant que consommateurs de produits et de services adaptés ou comme segment de l'électorat particulièrement mobilisé ne permet pas de percevoir la richesse de ce qui s'y joue.

Alors qu'à un moment ou un autre, nous sommes toutes et tous confronté.e.s à la perte d'autonomie de nos parents, de nos grands-parents et ou de proches, notre société s'interroge peu sur le quotidien des résidents et des personnes qui travaillent dans les EHPAD, de ces communautés humaines singulières, fortes de leur diversité, de ces passés et futurs que forment chacun de ces établissements.

Ce dossier fascinant, dense, détaillé, fruit d'un travail de recherche et de compilation inédit traite d'une double invisibilisation, de deux publics oubliés : celui des vieilles et des vieux et celui des personnes sans-abri. Paris qui concentre tant la richesse que la pauvreté, de par sa taille et son statut de capitale, concentre un nombre de personnes vieillissantes en situation de rue que la Nuit de la Solidarité permet d'approcher chaque année (437 personnes de 55 ans ou plus recensés dans la nuit du 30 au 31 janvier 2020). Avec une espérance de vie d'environ 50 ans, peu atteignent le statut de personne âgée. Et chez celles et ceux-là, les stigmates et les traumatismes corporels et psychiques de l'errance appellent une prise en charge singulière. Dans la rue, on vieillit plus vite, on vieillit mal.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les établissements pour personnes âgées accueillent surtout d'anciens travailleurs pauvres, les « autres » sont pris en charge par la préfecture dans des dépôts de mendicité à l'accent carcéral. À la fin de ce même siècle naissent des maisons de retraite pour « vieillard indigent », c'est le cas de Villers-Cotterêts par exemple qui est aujourd'hui toujours géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris. Progressivement, c'est bien une logique d'assistance et de prise de soin ainsi qu'un mélange des publics qui priment dans ces établissements. Dans les années

*Auteur : Madame Galla Bridier, Conseillère de Paris, Adjointe à la Maire en charge des seniors et de l'Autonomie jusqu'au 2 juillet 2020.*

1970-1980, les hospices « s’humanisent »<sup>(1)</sup> pour en faire aujourd’hui des lieux d’accueil de toutes et tous. Longtemps oubliée, l’humanité des « indigents » est redorée. Les EHPAD de la Ville de Paris, fruit de leur histoire, conservent une logique d’accueil inconditionnel et mettent en place, dans chaque structure des approches d’accompagnement et de prise en charge nécessairement adaptées aux personnes qui ont connu la rue. Quel encadrement, quelle cohabitation entre résident.e.s., quelle relation avec les soignants ? Ces questions passionnantes sont abordées dans ce dossier.

Je saisi l’occasion de cet éditto pour saluer le travail du Centre d’Action Sociale de la Ville de Paris à deux titres : pour la qualité de ce dossier qu’il a coordonné, dans des circonstances assez particulières. Mais aussi et avant tout je le remercie pour son travail en matière d’accueil et les missions qu’il assume quotidiennement, dans ces établissements. Le service public s’honore à assurer un accompagnement de qualité pour toutes et tous et il s’élève quand il se place dans une posture réflexive sur ses propres pratiques. Dans une période d’incertitude dans les champs des seniors, liés aux mesures et aux lois maintes fois annoncées et dans un contexte où le service public subit des attaques constantes, il n’est pas inutile de rappeler qu’il est le garant de la dignité de toutes et tous, y compris dans le vieillissement. À l’heure où la vieillesse est un marché, ce dossier nous appelle et appelle les décideurs à s’interroger sur les sujets de

tarification de la prise en charge et de la capacité de notre système à pouvoir accueillir les personnes âgées les moins aisées. Je ne parle pas ici seulement des personnes ayant connu la rue, mais également des personnes âgées en situation de précarité. Rappelons-nous que selon l’Observatoire des Inégalités, les personnes de plus de 60 ans représentent 10 % des personnes pauvres. Pour conclure, je reprends donc quelques mots extraits du dernier article de ce dossier, qui, je l’espère guidera les réflexions futures sur notre système de financement du grand âge - tant au sujet du vieillissement à domicile qu’à propos de l’accueil en établissement : on observe « l’arrivée massive d’une classe d’âge dans le vieillissement et qui veut vieillir autrement que ses aînés, mais surtout une part importante parmi elle de précaires »<sup>(2)</sup>. ■

*Liens d’intérêts : l’auteur déclare ne pas avoir de lien d’intérêt en rapport avec cet article.*

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 261-2.*

## RÉFÉRENCES

---

1. **Normand G.** Une histoire de l’accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne. *Rev Geriatr 2020 ; 45 : 300-3.*
  2. **Rouay-Lambert S.** Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société. *Rev Geriatr 2020 ; In press.*
-

# Précarité des personnes âgées

## Precarious and elderly

Vanessa BENOIT<sup>1</sup>, Patrick DELARUE<sup>2</sup>, Xavier EMMANUELLI<sup>3</sup>, Isabelle FAULQUES<sup>4</sup>, Jacques GAUILLARD<sup>5</sup>, Paul HENRY<sup>6</sup>, Jean-Philippe LEGRAND<sup>7</sup>, Martine LENOC SOUDANI<sup>8</sup>, Marie MALLET<sup>9</sup>, Patrick MILHE POUTINGON<sup>10</sup>, Charlotte MIOT<sup>11</sup>, Papa Oumar NDIAYE<sup>12</sup>, Guillaume NORMAND<sup>13</sup>, Sophie ROUAY-LAMBERT<sup>14</sup>

*Note de la Rédaction : Ce dossier traitant de la précarité chez des personnes âgées est publié en deux parties : la première est présentée dans ce numéro et la seconde le sera dans le numéro de juin.*

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### Introduction

Benoit V, Le Noc Soudani M, Miot C, Rouay-Lambert S. p. 273

#### AXE 1 : LA PRÉSENTATION DU PUBLIC DES PERSONNES ÂGÉES PRÉCAIRES, PROFILS, TRAJECTOIRES ET PARCOURS p. 279

##### Le descriptif des pathologies, l'exclusion et les pistes de réflexion

Emmanuelli X. p. 280

##### Les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

Miot C. p. 284

##### Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD

Henry P, Mallet M. p. 289

##### Les troubles du comportement des résidents d'EHPAD ayant connu un parcours de précarité

Ndiaye PO. p. 297

#### AXE 2 : LA PRISE EN CHARGE, ENTRE HISTOIRE AMBIGUË ET INVENTIVITÉ LOCALE p. 299

##### Une histoire de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne

Normand G. p. 300

##### Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue

Le Noc Soudani M, Miot C. p. 304

1 Sous-directrice de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

2 Directeur de l'EHPAD François I<sup>er</sup>, 1 place Aristide Briand, 02600 Villers-Cotterêts, France.

3 Médecin et homme politique français, fondateur du Samu social de la ville de Paris et Président du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées de 1997 à 2015.

4 Conseillère en économie sociale et familiale, CASVP, Mission sociale en Résidences-services, 7 rue Jean Nicot, 75007 Paris.

5 Psychiatre, Hôpitaux de Saint Maurice, 12-14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint Maurice, France.

6 Contrôleur de gestion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

7 Cartooniste. Sprl Aster Communication Graphique, Sous Wérimont, 22 B4970 Stavelot, Belgique.

### 2<sup>e</sup> PARTIE

#### AXE 3 : LE BESOIN DE DÉVELOPPER UNE PRISE EN SOINS ADAPTÉE

##### La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement ?

Delarue P.

##### Le projet de soins et les soins requis

Gauillard J.

##### Une éthique de la finalité

Milhe Poutingon P.

##### Comment préparer et réussir l'accueil des personnes âgées précaires en EHPAD ?

Faulques I, Miot C.

#### DISCUSSION

##### Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société

Rouay-Lambert S.

#### Conclusion

Miot C, Rouay-Lambert S.

#### RÉFÉRENCES

8 Gériatre, ARS.

9 Contrôleur de gestion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

10 Conseiller technique en travail social, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

11 Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

12 Psychiatre, 10 rue Capit Descamps, 02200 Soissons, France.

13 Archiviste, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

14 Architecte d'intérieur, urbaniste et sociologue, Institut catholique de Paris, 21 rue d'Assas, 75006 Paris.

Auteur correspondant : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

Courriel : charlotte.miot@paris.fr

---

## DOSSIER

---

# Introduction

## Introduction

Vanessa BENOIT<sup>1</sup>, Martine LE NOC SOUDANI<sup>2</sup>, Charlotte MIOT<sup>3</sup>, Sophie ROUAY-LAMBERT<sup>4</sup>

La prise en charge des personnes âgées a été totalement repensée dans la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle. Les hospices se sont transformés en USLD et en EHPAD et, depuis 2008, ces nouvelles structures ont bénéficié d'unités dédiées à la prise en charge des résidents souffrant de maladies neuro-dégénératives dans le cadre des deux plans Alzheimer et PMND. Au cours de ce profond bouleversement, la gériatrie est simultanément devenue une spécialité. Elle s'est imposée dans les EHPAD, tout comme les missions du médecin coordonnateur, et s'est structurée par territoire avec les filières gériatriques.

Les EHPAD actuels sont désormais des lieux de vie et de soins. Mais malgré un maillage très serré de l'offre, EMGE, HDJ, HAD, UGA, SSR, etc., demeurent des oubliés de cette prise en charge globale pluridisciplinaire. Il s'agit des résidents polypathologiques, fragiles, plutôt jeunes mais ayant vieilli prématurément du fait de leurs maladies psychiatriques, neurologiques ou de leur trajectoire de vie. Ils sont admis en EHPAD à partir de 60 ans, parfois moins, grâce à des dérogations départementales. On les retrouve aussi échoués dans des lits d'USLD après une hospitalisation pour une décompensation somatique. Ces personnes, du fait de leur âge, ne sont pas éligibles à la filière gériatrique.

Les résidents dits précaires, auxquels est consacré ce dossier, font partie de ces « jeunes vieux » ayant en sus la particularité d'avoir connu un épisode de vie à la rue. Leur admission fait suite à un long parcours, voire un cheminement pendant des mois et même souvent des années avec un travailleur social, pour enfin obtenir et accepter un hébergement en résidence autonomie ou en EHPAD. Ils sont généralement orientés *via* le Samu social et/ou, à Paris, *via* la Permanence sociale d'accueil (PSA) gérée par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) et peuvent faire valoir leurs droits à l'aide sociale légale pour financer leur

hébergement en institution. Ils défient toutes les catégories habituelles des politiques publiques : c'est un public âgé avant l'heure, marqué par la désaffiliation sociale et l'exclusion, qui ne présente pas nécessairement la perte d'indépendance fonctionnelle caractérisant les résidents d'EHPAD. Ils sont polypathologiques avec un corps altéré et présentent des symptômes psycho-comportementaux liés à des maladies psychiatriques, neurologiques, à des traumatismes psychiques, physiques, à des addictions, ou simplement liés à leur mode de vie marginal, sans domicile fixe, et aux divers manques que l'errance, dans la durée, entraîne. Leur demande d'attention est constante et leurs décompensations fréquentes.

La personne âgée sans-abri dans la rue est invisible ; on ne la voit plus ou pire on détourne le regard. Elle est également invisible aux yeux du système de santé suite à de longues années de renoncement aux soins. La personne âgée sans-abri est l'oubliée des recommandations et des tarifications en EHPAD. Un paradoxe, puisqu'une fois en EHPAD ces résidents précaires sont souvent considérés comme trop visibles, trop opposants, trop chronophages. Ils s'adaptent difficilement aux conditions de vie quotidienne de l'institution, comme les horaires et la sédentarité. Beaucoup font des fugues lors des premiers mois, d'autres encore ont des difficultés à s'habituer à un lit. Leur prise en charge est complexe et bien souvent minimaliste du fait de leurs rapports spécifiques aux soins. Pour autant, leurs pathologies et leurs vulnérabilités nécessitent une prise en charge adaptée et, souvent, un cadre institutionnel, quand bien même celui-ci n'a pas été pensé pour eux.

Ces personnes relèvent-elles pour autant de la gériatrie ? La réponse est *a priori* oui, si nous nous référons à la définition de l'union européenne des médecins spécialistes : « la

<sup>1</sup> Sous-directrice de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

<sup>2</sup> Gériatre, ARS.

<sup>3</sup> Chargée d'étude, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

<sup>4</sup> Architecte d'intérieur, urbaniste et sociologue, Institut catholique de Paris, 21 rue d'Assas, 75006 Paris.

Auteur correspondant : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

Courriel : charlotte.miot@paris.fr

médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus chroniques de réhabilitation de prévention et de fin de vie des personnes âgées. Ce groupe de personnes est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. [...] La médecine gériatrique dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes multidisciplinaires dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie. La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge (des patients pris en charge), mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées »<sup>1</sup>.

Prendre soin de ces « patients » nécessite non seulement une approche globale pluridisciplinaire mais aussi une adaptation du soignant à leur temporalité et à leur non-expression de leur douleur ou de leur inconfort. *De facto*, le gériatre est le praticien le plus armé pour soigner ces personnes précaires et les accompagner afin de redonner un sens à leur vie. Le gériatre sait identifier les fragilités et propose une approche systématique : il évalue les déficiences et les capacités de chacun des appareils - digestif, cardiovasculaire pulmonaire, il est formaté par le 1+2+3 du professeur Jean-Pierre Bouchon<sup>2</sup>, il sait programmer ses examens cliniques et ses examens complémentaires au rythme et aux moments d'adhésion du patient. C'est le praticien du juste soin, ce soin raisonné et raisonnable décrit par le professeur Marc Verny. En EHPAD, le gériatre hospitalier est précieux pour identifier le juste soin de ces résidents précaires et orchestrer le recours à l'expertise et la prise en charge psychiatrique et addictologique. Le médecin coordonnateur, souvent diplômé en gériatrie, est quant à lui à l'initiative du projet de soins élaboré en concertation avec l'ensemble de l'équipe soignante et bien sûr avec la personne<sup>3</sup>. Ce projet de soins est ensuite contractualisé avec le résident précaire, souvent interrompu, réévalué puis redéfini et ainsi de suite...

Cette problématique de l'accueil des personnes vieillissantes ayant eu un parcours de rue ne se limite bien sûr pas aux EHPAD de Paris et sa région. La question de leur offrir une

prise en soins digne et adaptée à leurs besoins se pose dans d'autres structures (foyers logements par exemple), dans d'autres villes en France, et aussi dans d'autres pays. Il est cependant vrai qu'en tant que capitale, Paris enregistre sur son territoire un nombre plus élevé de personnes sans domicile, engendrant des effets spécifiques, dans une moindre mesure, sur les questions liées à la sénescence. Par choix nous nous limitons dans ce dossier à quelques expériences locales qui offrent l'avantage de circonscrire le sujet et de dégager des premières pistes d'approfondissement et d'opérationnalité. Son objectif principal est d'attirer l'attention sur un phénomène qui mérite une réflexion plus globale par le lancement d'études pour prendre de la hauteur et mettre en perspective la situation parisienne bien étudiée ici par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris.

Outre les difficultés liées à sa prise en charge, la particularité de ce public révèle les limites des notions et des outils communément utilisés dans le champ du grand âge et de la dépendance.

## « AUTONOMIE » ET « DÉPENDANCE »... DE QUI ET DE QUOI PARLE-T-ON ?

*« Parce que les mots comptent, parce qu'ils positionnent politiquement et sociologiquement, il est temps de choisir les mots qui préservent la dignité de chacun, dans sa fragilité, permanente ou transitoire »<sup>4</sup>.*

### Qui sont les patients ayant bénéficié de la convention GHU<sup>5</sup>-CASVP ?

Selon Thomas Stojanov, auteur de l'étude, « Il s'agit d'une population différente des résidents habituellement accueillis en EHPAD. Les résidents sont plus jeunes que ceux accompagnés en temps normal, moins dépendants d'un point de vue fonctionnel, mais ayant peut-être moins d'autonomie, notamment dans la prise de décision, d'autant qu'ils semblent peu entourés ». Il est ici question de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques avec, pour beaucoup d'entre elles, un parcours de rue. Il ajoute que « la perte d'autonomie est à bien distinguer de la perte d'indépendance fonctionnelle.

1 Définition de la Médecine Gériatrique Adopté par le Conseil National - le 9 décembre 2011 (suite à la refonte du référentiel adopté le 5 février 2010), in Document de référence en Gériatrie à l'usage des commissions de qualification.

2 Schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée proposé dans : « 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? », Rev Prat 1984 ; 34 : 888-92.

3 Cette expertise peut nécessiter une hospitalisation mais elle sera d'autant plus efficace si elle est nourrie des évaluations et réflexions des soignants des EHPAD et que le résident peut rester dans son lieu de vie accompagné de son soignant-confident. Il s'agit donc, pour le gériatre, d'organiser autrement son activité et de la concentrer lors de télé-expertises ou téléconsultations, voire des télé-concertations, en programmant des investigations ou des soins techniques effectués lors de courts séjours en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) ou en HDJ ou encore en organisant des soins par l'HAD.

4 Pascal Champvert (président AD-PA, rapporteur de la commission vocabulaire du Haut Conseil de l'Âge), Philippe Denormandie (chirurgien neuro-orthopédiste, membre du conseil scientifique rapport LIBAULT et mission EL KHOMRI, conseiller santé nehs), Claude Jeandel (professeur de médecine en gériatrie, membre du conseil scientifique rapport LIBAULT et du directoire de la Fondation Partage et Vie), Alain Koskas (président FIAPA, président de la commission vocabulaire du Haut Conseil de l'Âge) proposent un lexique digne et bienveillant pour en finir avec les mots qui font du mal, février 2020.

5 Groupe Hospitalier Universitaire de psychiatrie & neurosciences, qui regroupe les hôpitaux Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse.

*Dominique Somme décrit cette distinction comme la capacité de choisir versus la capacité de fonctionnement au quotidien : expliciter l'usage de l'expression "perte d'indépendance fonctionnelle" que nous sommes nombreux à préférer à celle de "perte d'autonomie", puisque les personnes qui ont éventuellement une forte limitation de leurs activités peuvent garder la capacité de choisir pour elles-mêmes les risques qu'elles sont prêtes à prendre et donc à faire preuve d'autonomie ».*

Si la langue commune considère que « dépendance » s'oppose à « autonomie », la gérontologie distingue, elle, la perte d'indépendance fonctionnelle qui affecte la capacité physique à effectuer seul les actes de la vie quotidienne, de la perte d'autonomie qui affecte la capacité psycho-cognitive à prendre des décisions pour soi. Or, le public âgé précaire est plus souvent concerné par la seconde, que par la première. Ce que reflètent mal les méthodologies d'évaluation proposées par les grilles AGGIR et PATHOS. Ainsi, puisqu'il semble nécessaire d'entreprendre un travail de réflexion autour de l'identification de la mesure et des outils des caractéristiques de ce public, il importe, avant toute chose, de se pencher sur le sens des mots pour les utiliser à bon escient, pour en utiliser d'autres<sup>6</sup>, voire en inventer de nouveaux afin d'éviter toute confusion. Et suivre l'élan de ce courant insufflé récemment par quatre experts et représentants d'organisations du champ des personnes âgées, qui proposent un nouveau lexique comportant une quinzaine de termes rattachés à une sémantique positive pour parler du grand âge.

Avec en tête de liste, le terme « dépendance », « *derrière lequel se glisse la notion cynique et grave que la personne ne peut rien faire* », déplore Pascal Champvert. « Dépendance » signifie que « *toute réversibilité est impossible* », ajoute Claude Jeandel, qui plaide pour qu'il soit remplacé par « vulnérabilité »<sup>7</sup>. Les personnes vulnérables sont menacées dans leur autonomie, puisqu'un cumul de

dépendances peut aboutir à sa privation ou à son renoncement. Toutefois, l'autonomie est réversible si les facteurs de vulnérabilité ou « fragilité » (tels qu'un déficit en ressources matérielles et sociales) sont traités et si la vie a un sens. Nous pourrions inclure d'autres termes comme « incurie » par exemple, qui est très stigmatisant en langue usuelle (manque d'application, de soin, d'organisation), mais qui a un sens précis en langue médicale puisqu'il s'agit d'un comportement dans lequel un individu néglige ses propres besoins, tels que l'hygiène personnelle, l'habillement, la nourriture ou la médication<sup>8</sup>.

« Autonomie » et « dépendance » prennent encore une autre dimension, car elles sont au cœur du concept de « solidarité », lui-même au fondement de la sociologie en tant que discipline étudiant la nature des liens sociaux qui relient les individus dans une société donnée<sup>9</sup>. Les vulnérabilités/fragilités, qu'elles soient sociales, financières, sanitaires, médicales et psychiatriques, ou qu'elles soient une intrication de ces différentes composantes, constituent des situations de « précarité »<sup>10</sup>, ce qui est le cas pour des personnes âgées ayant connu la rue. Si la pauvreté est principalement définie comme un manque de ressources monétaires, elle renvoie également à un déficit d'éducation et de santé, ou bien à l'absence de liberté, à l'impossibilité de participer à une communauté ou le manque d'un sentiment d'appartenance à une société donnée. C'est également ce qu'ont traversé les résidents issus de la rue.

De même, il existe une distinction entre la « fragilité » et l'« instabilité ». Selon le CREDOC et le CRESGE, il s'agit de deux notions indépendantes : la fragilité qualifie les personnes vulnérables sur le plan social et économique, aux événements de la vie. L'instabilité qualifie des changements fréquents de situation et de statut dans les sphères professionnelles ou privées. L'instabilité serait un rapport incertain à l'avenir, la précarité entraînant une forte instabilité, etc.<sup>11</sup>

6 Tels : « capacitation », « capabilité », « empowerment », autonomisation, « agentiviation » ou « agentivité » à la place d'autonomie par exemple, etc.

7 Le concept de « vulnérabilité » lui aussi fait l'objet d'interrogations récurrentes dans les champs des sciences humaines et sociales : mobilisé par l'étiologie sociale Nord-Américaine dans les années 1970 pour comprendre le nouveau phénomène de « l'itinérance » urbaine ; il est notamment repris en France dans la décennie 1990 par le philosophe et sociologue Robert Castel dans ses travaux sur la précarité et la désaffiliation.

8 Il peut s'agir d'une auto-négligence extrême connue sous le syndrome de Diogène.

9 Serge Paugam, *Le lien social*, PUF 2008 (pp. 8-14).

10 La « précarité » se distingue de la « pauvreté » qui est une norme économique définie autour d'un seuil de ressources suffisantes pour vivre dignement. Ce seuil monétaire de 1 041 euros en 2017 correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population française ; 8,9 millions de personnes dont 7 % des 75 ans ou plus sont en dessous.

11 Depuis plus de trente ans, ces phénomènes sont au cœur de la recherche en sciences sociales et donnent lieu à une profusion d'ouvrages sur la compréhension des parcours de vie sur fond de société en crise.

## ABRÉVIATIONS

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APUR	Atelier Parisien d'URbanisme
ASH	Agent des Services Hospitaliers de la fonction publique ou du privé travaillant dans le milieu hospitalier, sanitaire et social
CASH	Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHAPSA	Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri de Nanterre
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est, en droit français, le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRESGE	Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
DDCS	Direction départementale de la Cohésion sociale
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMGE	Équipe Mobile Gériatrique Externe assure un véritable lien physique entre les EHPAD et l'hôpital
GHM	Groupe Homogène de Malades est un outil de classification des séjours hospitaliers
GIR	Degré de dépendance évalué à l'aide de la grille AGGIR, pour mesurer la perte d'autonomie et fixer l'APA
GRILLE/MODÈLE PATHOS	Outil d'évaluation pour déterminer la prise en charge médicale nécessaire aux résidents des EHPAD ou autres établissements et services accueillant des personnes âgées dont l'état de santé est dégradé
HAD	Hospitalisation à Domicile pour permettre à des patients ayant besoin de soins complexes de nature hospitalière, de les recevoir sur leur lieu de vie (EHPAD compris)
HDJ	Hôpitaux De Jour proposent une alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie
PMND	Plan maladies neurodégénératives (Alzheimer, sclérose en plaques et Parkinson)
PSA	Permanence Sociale d'Accueil dont la mission générale est d'accueillir les personnes sans domicile fixe pour un suivi social global et personnalisé (domiciliation administrative, accès aux droits...)
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UGA	Unité de Gériatrie Aiguë
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (sida)

## SOMMAIRE

La complexité des situations de ces publics vieillissants et l'ampleur croissante de leur nécessaire prise en charge obligent les acteurs en présence à se pencher sur le sujet, à explorer les initiatives émergentes et à déconstruire les représentations et idées reçues. Cette image de la grande précarité est souvent associée à l'alcoolisme, l'agitation, l'agressivité. Nous souhaitons, au travers de ce dossier, lui associer les notions de fragilité et de vulnérabilité, de compétence et d'inventivité, d'accompagnement et du prendre soin. Pour ce faire, nous avons croisé les regards, les méthodes et les disciplines : professionnels et chercheurs ; soignants et administratifs ; médecins, sociologues, et historiens développent ici des analyses complémentaires rassemblées autour de trois grands axes.

### Axe 1 : La présentation du public des personnes âgées précaires, profils, trajectoires et parcours

Xavier Emmanuelli (médecin et homme politique français) décrit les pathologies des personnes âgées dans la rue au travers de la présentation de quatre notions (temps, corps, environnement et altérité) et de leur altération.

Charlotte Miot (chargée d'études) présente les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le CASVP au travers de témoignages de seniors aux histoires jalonnées de ruptures, marquées par l'absence de relais familial, avec focus sur le rapport aux soins (refus et renonciation) de ces publics.

Paul Henry et Marie Mallet (contrôleurs de gestion) proposent une approche du profil des résidents d'EHPAD ayant eu un parcours de rue, à travers l'exploitation des données sociodémographiques et de santé disponibles dans les EHPAD du CASVP.

Papa Oumar Ndiaye (psychiatre) évoque les troubles du comportement de résidents en EHPAD ayant connu un parcours de précarité.

### Axe 2 : La prise en charge, entre histoire ambiguë et inventivité locale

Guillaume Normand (archiviste) propose un historique de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne. L'histoire de la prise en charge de ces publics montre les ambiguïtés qui l'ont longtemps structurée, et dont on trouve encore des traces aujourd'hui. Dans l'établissement François I<sup>er</sup>, héritier de la prise en charge des « indigents », le personnel intègre les apports de cette nouvelle

science qu'est la gérontologie pour créer une prise en soins adaptée aux personnes précaires.

Martine Le Noc Soudani (gériatre) et Charlotte Miot (chargée d'études) font état des savoir-faire innovants des personnels. L'inventivité et la réflexivité, dont font preuve les équipes soignantes d'EHPAD confrontées à la prise en charge d'un public que servent mal les outils et les pratiques habituels, pourraient être capitalisées afin de nourrir de nouvelles approches.

### Axe 3 : Le besoin de développer une prise en soins adaptée

Patrick Delarue (directeur d'EHPAD) s'interroge sur la liberté de fuir comme axe d'accompagnement. Les résidents précaires étant des personnes plutôt non dépendantes d'un point de vue fonctionnel, les accueillir en EHPAD repose la question de la sortie inopinée, dite « fugue » en EHPAD en général.

Jacques Gaillard (psychiatre) revisite le projet de soins et les soins requis vis-à-vis de la spécificité des résidents précaires.

Patrick Milhe Poutingon (conseiller technique en travail social) propose une éthique de la finalité suite aux rencontres organisées avec des personnels d'EHPAD. Ces groupes d'analyse de pratiques avaient pour but de mieux comprendre la façon dont ils appréhendaient leur travail, leurs relations avec les résidents de l'établissement, notamment ceux issus de la rue.

Pour finir, Isabelle Faulques (Conseillère en économie sociale et familiale) et Charlotte Miot (chargée d'études) tenteront de lister quelques fondamentaux, si tant est qu'il y en ait, pour réussir l'admission en EHPAD d'une personne vieillissante ayant eu un parcours de sans domicile.

Enfin, Sophie Rouay Lambert (urbaniste sociologue) clôturera par une mise en discussion des concepts et autres thèmes récurrents repérés dans les articles de ce dossier et étudiés en sociologie (notions d'âge et de génération, de conflit, de déviance, d'institutions totales, d'adaptation, de parcours, etc.). Avec, en guise d'ouverture, un questionnaire plus large sur ce qu'apporte le sujet de la prise en charge des anciens SDF (Sans domicile fixe) devenus retraités pour les institutions qui les accompagnent et les accueillent.

Certains articles de ce dossier sont illustrés par des dessins d'Aster réalisés le 30/06/2016 en direct d'un séminaire CASVP. Aster exerce la profession de cartooniste depuis

une quinzaine d'années. Belge, né en 1976, passionné par le dessin depuis son plus jeune âge, il obtient une Licence en Journalisme et s'intéresse tout naturellement au dessin de presse. À 23 ans, il s'oriente vers la communication d'entreprise, avant de développer l'animation d'événements : il s'agit d'animer les réunions, les séminaires, les congrès au moyen de caricatures réalisées sur le vif, filmées et ensuite projetées à l'écran pour divertir le public et pimenter les présentations. Par son travail, Aster prouve que le dessin humoristique peut être l'allié d'une communication sérieuse, respectable et efficace. ■

*Liens d'intérêts* : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 273-8.*



Ne pas confondre "trouble comportemental" et incapacité (désintérêt) pour certaines tâches.  
Dessiné en direct au séminaire Inter-résidences et EHPAD du CASVP, Paris, le 30/06/2016.

# AXE 1

## LA PRÉSENTATION DU PUBLIC DES PERSONNES ÂGÉES PRÉCAIRES, PROFILS, TRAJECTOIRES ET PARCOURS



*Source iconographique CASVP.*

## Le descriptif des pathologies, l'exclusion et les pistes de réflexion

### The description of pathologies, exclusion and avenues for reflection

Xavier EMMANUELLI

#### RÉSUMÉ

Le phénomène de vieillissement peut être expliqué comme le déclin des performances physiques, physiologiques et psychiques. Les pathologies des personnes âgées en général, celles à la rue en particulier sont décrites en utilisant la présentation des quatre fondamentaux du lien social ainsi que ceux des individus (temps, corps, environnement et altérité), puis de leur altération. Pour finir sont évoquées des pistes pour diagnostiquer et accompagner les personnes en situation d'exclusion, retarder les pertes successives liées au vieillissement et redynamiser les personnes âgées.

**Mots clés :** Vieillesse - Exclusion - Spiritualité

L'exclusion est synonyme de « désaffiliation », c'est-à-dire une rupture des liens implicites et explicites qui unissent les hommes les uns aux autres avec le consensus social du moment. Les liens familiaux, ceux de la parentèle mais aussi ceux de l'amitié, de l'affection, du travail, de la production sont également concernés. Dans ces liens interviennent les références communes : codes, signaux corporels, traditions, usages et coutumes qui ne sont pas ou plus utilisés pour les échanges ou qui ne sont pas compris.

Les situations d'exclusion comportant des atteintes plus ou moins graves sont nombreuses : Les enfants et jeunes de la rue, les migrants, réfugiés ou apatrides en perdition, les très pauvres, marginaux ou

#### ABSTRACT

The phenomenon of ageing can be explained as the decline in physical, physiological and mental performance. The pathologies of the elderly in general, and those who are homeless in particular, are described using the presentation of the four fundamentals of social ties and those of individuals (time, body, environment and otherness), and their alteration. Finally, ways of diagnosing and supporting people in situations of exclusion, delaying the successive losses linked to ageing and revitalizing the elderly are discussed.

*Rev Geriatr* 2020 ; 45 (5) : 280-3.

**Keywords:** Ageing - Exclusion - Spirituality

clochards, les détenus, les malades psychiatriques, les toxicomanes... et tant d'autres.

Mais il est actuellement une catégorie d'exclus qui n'était pas identifiée comme telle par le passé. Ce sont des personnes très âgées en perte d'autonomie et plus généralement victimes d'une exclusion liée au grand âge, à domicile ou en EHPAD et, plus grave encore, à la rue.

Le vieillissement est un processus insidieux qui, comme chez tous les êtres biologiques, commence très tôt et paradoxalement en même temps que l'acquisition des performances physiques, physiologiques et psychiques. Ce mécanisme que l'on peut qualifier d'entropique génère deux courbes qui, bien qu'initialement d'intensité différente, vont croître ensemble. Le vieillissement commence au moment où ces

*Auteur : Monsieur Xavier Emmanuelli, Médecin et homme politique français, fondateur du Samu social de la ville de Paris et président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées de 1997 à 2015. <http://www.xavieremmanuelli.com/contact/>  
Courriel : x.emmanuelli@gmail.com*

courbes s'écartent, au moment où les pertes de performances deviennent plus importantes que les gains et les acquisitions, et l'accumulation des pertes prend inexorablement le dessus.

Toutefois, on peut retarder ces pertes successives et même favoriser l'acquisition de facultés d'ordre psychique et spirituel par des accompagnements professionnels, d'empathie et de technicité.

Car, si la morphologie change, si les différents appareils, cardiovasculaire, digestif, sensoriel, musculaire, ainsi que l'immunité s'affaiblissent, il est indispensable de favoriser la recherche du sens, le développement de l'intériorité, dont la « spiritualité » est un exemple. C'est une acquisition qu'il conviendra, autant que faire se peut, d'encourager ou de favoriser, pour les derniers mois ou années qu'il reste au sujet à accomplir avant sa disparition totale.

Si l'on se réfère au concept développé au XVIII<sup>e</sup> siècle par le médecin Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) qui défendait un matérialisme radical, il faut d'abord considérer l'homme en tant que machine<sup>1</sup>, qu'il situait dans le prolongement de Descartes et son « animal machine » écrit 100 ans plus tôt<sup>2</sup>.

Bien que l'on puisse discuter de la radicalité de tels concepts au plan métaphysique, ils ont permis de faire progresser la médecine durant les siècles suivants de manière fulgurante et, de ce fait, ont fait reculer les limites de la vie humaine. Comparaison oblige, si l'être humain est une machine à l'instar des automates de Jacques de Vaucanson (1709-1782), il va subir ce qu'on attribue à tout « produit » matériel, « l'obsolescence » qui est le sort de tout objet. Cette usure, organe par organe, système par système, globalement ou cellule par cellule, engendre des mécanismes souvent pathologiques - cancer, maladie auto-immune - jusqu'à ce que l'immunité elle aussi vieillissante se manifeste contre son propre organisme. Mais il est une autre conséquence du vieillissement, qui réside dans ce qu'Henri Bergson appelait l'élan vital en 1907 dans son « Évolution Créatrice », probablement héritée du vitalisme, un principe philosophique pouvant être évoqué pour parler de « vigueur » ou énergie vitale. Cette énergie ou vigueur peut être rapportée au Yin et Yang des anciens chinois, les deux phases d'une même énergie.

Les personnes vieillissantes pourraient, si l'on adopte ce point de vue binaire, passer d'une énergie Yang constructive à une énergie Yin déclinante. Il est important de l'évoquer, car la perte de l'énergie constructive, cette usure de vivre, des forces et des vigueurs de l'être, peut être source de conflits ou d'incompréhensions. Notamment, lorsque

pour des raisons de soins ou d'accompagnement sont mis en contact des aidants jeunes et vigoureux animés d'une énergie commençante et des personnes âgées de moins en moins autonomes et de plus en plus désaffiliées à l'énergie finissante.

Parfois on peut même parler de « vampirisation » énergétique, cette interface pouvant entraîner de l'agacement, du rejet, « de l'auto-exclusion », voire de la maltraitance. C'est pourquoi un accompagnement doit être très professionnel.

## **LES QUATRE QUALITÉS FONDAMENTALES DU LIEN SOCIAL**

---

L'exclusion, quels que soient les motifs de l'aliénation qui la constituent, en particulier le vieillissement, va effacer ou en tout cas atténuer les quatre qualités fondamentales qui relient les êtres sociaux :

- le lien ;
- le sentiment d'appartenance ;
- l'estime de soi, envers soi-même et sous le regard des autres ;
- le désir et la créativité.

Le lien affectif et social se transforme en une quête sans cesse réclamée de réassurance, vis-à-vis de l'image que l'on imagine dans le regard des autres et de sa place dans l'environnement social, ainsi que de l'intégrité de son corps.

Le sentiment d'appartenance se manifeste sous la forme d'un récit ou d'une série de clichés souvent archétypaux, d'événements considérés par la personne comme uniques et précieux, dans laquelle elle tient un rôle central d'action mais le plus souvent de victime, un récit qui entraîne la recherche réitérée d'une écoute, d'une tribune, à la mesure de la perte de son importance sociale.

L'estime de soi, envers soi-même et envers les autres. Le sentiment de gêne ou de honte, souvent observé au début des processus de l'exclusion, est peu à peu abandonné. On le voit précisément quand la tribune se traduit par l'exposé du corps : douleurs diffuses, troubles digestifs, tachycardie, lésions de la peau. La recherche persistante de l'image corporelle, qui n'est pas à proprement parler de l'hypocondrie, est une manière de retenir une représentation de son corps qui disparaît peu à peu.

Le désir et la créativité, symboles de l'action, du projet, la projection dans l'avenir, dans le cas du vieillissement, sont

<sup>1</sup> « L'Homme Machine » est un ouvrage de Julien Offray de La Mettrie publié anonymement en 1748.

<sup>2</sup> « L'animal-machine » est une thèse de la métaphysique soutenue par René Descartes au XVII<sup>e</sup> siècle.

impossibles à envisager car les personnes âgées ne peuvent se représenter le futur, qui ne signifie pour elles que la mort. Cependant, désir et créativité peuvent être sublimés par une sorte d'accompagnement empirique vers la spiritualité et le sens, qui doit être encouragé.

## LES QUATRE FONDAMENTAUX DE L'INDIVIDU

Chez chaque être humain, il existe quatre représentations constantes qui permettent de se situer en tant qu'être dans l'espace et dans le temps. Ces représentations ont été immédiatement acquises dès l'enfance et, pour les maintenir intactes tout au long de l'existence, il a fallu qu'elles soient constamment renforcées et sollicitées.

En cas d'exclusion, de quelque nature qu'elle soit, mais en particulier l'exclusion due au grand âge, ces représentations sont amoindries ou disparaissent. Ce sont les représentations :

- du corps ;
- de l'espace ;
- du temps ;
- des codes et des signaux émis par autrui.

*Le corps.* L'image et la conscience de son enveloppe corporelle ont été transmises dès l'enfance par la mère, le toucher, l'allaitement, la caresse, les bains et par la suite par le regard de l'autre. On vérifie constamment son apparence, son aspect dans le regard, on n'existe en tant qu'être social que dans et par le regard de l'autre. Ces allers-retours entre son propre regard, la recherche de son apparence et la séduction permanente pour soi et pour l'autre, maintiennent une construction de l'identité. Lorsque plus personne ne vous regarde, quand vous n'êtes plus tenus à la minuscule séduction pour les autres de votre apparence, alors petit à petit vous ne vous regardez plus et votre corps devient plus ou moins une chose étrange ou douloureuse, une chose vulnérable et fragile, livrée.

*L'espace.* Autour du corps il existe un espace virtuel qu'Edward Hall<sup>3</sup> distingue en quatre parties toutes chargées de signification.

- L'espace du « toucher », c'est l'espace intime du « peau contre peau », c'est l'espace interdit, celui de la mère et de l'enfant, celui des amants mais aussi celui des coups. Dans la vie quotidienne si les circonstances obligent à être corps contre corps, dans les transports en commun, dans l'ascenseur..., la manière d'échapper à la gêne d'être littéralement

collé l'un contre l'autre est de « virtualiser » la situation en évitant le regard du voisin, en regardant au loin d'un regard neutre. Le territoire de l'autre est ainsi neutralisé par une posture d'indifférence.

- Le deuxième espace est dit espace privé. Seuls ceux qui en ont le droit peuvent s'y trouver, très près du corps : amis, parents, camarades proches, amoureux. Si un étranger non « homologué » comme proche, familier ou affectif s'y trouve, cela est vécu comme une intrusion agressive mal venue qui met mal à l'aise. Edward Hall écrit que seuls les intimes ont le droit d'être littéralement sous « l'haleine » de l'autre.

- Le troisième espace, c'est l'espace social, l'espace d'évolution qui permet d'aller et venir dans la neutralité avant d'éventuelles rencontres. Ces rencontres sont très codifiées.

- Le quatrième espace, c'est l'espace public, c'est l'homme confronté à un groupe. C'est une distance acceptée aussi bien par le sujet que par le groupe, elle doit également conserver un caractère de neutralité. Trop petite, elle serait menaçante, trop grande elle prendrait un caractère pédagogique ou politique (assemblée d'étudiants ou meeting).

*Le temps* est évidemment subjectif. Depuis l'enfance, il est perçu comme séquencé par le rythme de l'école, du travail, du sport, des repos, des vacances et de la production...

Dans l'exclusion, comme dans la détention ou le grand âge, il y a de moins en moins de rencontres, d'événements, de séquençage du temps. La notion du temps disparaît peu à peu pour faire place à une sorte de présent immobile et répétitif. C'est d'autant plus vrai que notre perception actuelle du temps a changé par rapport aux sociétés traditionnelles qui vivent au rythme d'un temps cyclique. Celui des saisons, qui permettait de se projeter dans le futur pour le rendez-vous des champs et des cultures au rythme de l'éternel retour. La société moderne vit plutôt un temps linéaire rythmé par l'actualité, qui ne permet pas de se projeter sur le long terme, et donc de mémoriser les événements. C'est le temps de l'immédiateté, façonné il est vrai par les médias, et plus particulièrement par les images. C'est la civilisation du temps englouti, confronté au temps de l'exclusion, du temps « gelé ».

*Les codes et signaux.* Toute rencontre interhumaine est partiellement ou totalement codée.

- Expression corporelle : mimique faciale (sourire ou froncement des sourcils, rétraction...).

- Gestes d'accueil, codes de politesse, mots rituels, gestes de pacification (main tendue).

- Parole, ton neutre ou chaleureux (d'accueil), mais aussi l'harmonie du son.

3 « La Dimension cachée » essai écrit par l'anthropologue américain Edward T. Hall et publié en 1966.

- La reconnaissance de l'autre par le salut (plus ou moins accentué et respectueux selon la place sociale hiérarchique, comme au Japon), le vouvoiement...

Les codes de reconnaissance sont amoindris ou disparaissent en fonction du degré d'exclusion. Ils peuvent être remplacés par des codes de protection, ironiques, familiers ou autoritaires, qui sont à proscrire !

## ÉVOCATION D'UNE NEUROPHYSIOLOGIE SENS DESSUS-DESSOUS DANS LE GRAND ÂGE PATHOLOGIQUE

---

L'usure physiologique entraîne des effets négatifs et néfastes sur les facultés psychiques. Si l'on reprend le concept de « l'homme-machine » de Julien de la Mettrie, on peut considérer que nombre de circuits neuronaux n'étant plus sollicités, ils s'étiolent avec l'avancée en âge. Les facultés mémorielles se transforment. Certains mécanismes répresseurs corticaux étant atteints, affaiblis ou ayant disparu, les centres sous-corticaux, thalamiques ou hypothalamiques normalement réprimés peuvent s'exprimer et laisser les comportements archaïques se manifester. Ainsi, le thalamus et le rhinencéphale, qui génèrent normalement des activités de recherche, de jeu, de partenaire sexuel, de nidification, peuvent peut-être faire apparaître des syndromes de « Diogène », d'exhibitionnisme comme dans la maladie d'Alzheimer ou particulièrement lors de syndromes frontaux, de

dépression ou d'agressivité, tant il est vrai que le déséquilibre des neurotransmetteurs libère des comportements normalement réprimés.

## PRÉCONISATIONS

---

Pour accompagner les personnes en état d'exclusion, il convient de reconnaître les différents signes cliniques et la gravité de l'atteinte que cet état a engendrée. Il faut d'abord évaluer l'existence et la compréhension des quatre codes fondamentaux qui restent de profonds archaïsmes et mesurer leurs modifications.

- Redynamiser le temps, en venant toujours à la même heure, établir un rituel de reconnaissance par des interrogations automatiques, des routines...
- Rétablir les codes, les minuscules codes de politesse, sans user de termes d'infantilisation ou de protection.
- Calculer la distance des soins ; le toucher est une technique, certes, mais doit être accompagné de l'harmonie de la parole.
- Établir une connivence.
- Se soucier de la fragilité émotionnelle et psychique, encourager les questions sur le sens de la vie, sans occulter que l'avenir est, à courte échéance, la disparition et la mort, ne pas éviter ces conversations mais au contraire les encourager. ■

*Liens d'intérêts* : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

## *The lives and institutional backgrounds of homeless elderly people taken in by the Paris Social Action Centre (PSAC)*

Charlotte MIOT

### RÉSUMÉ

Des trajectoires de vie et des parcours institutionnels de personnes âgées issues de la rue prises en charge par le CASVP sont présentés au travers de témoignages de personnes accompagnées (en foyers logements et en EHPAD), de paroles de professionnels, de conférences et de données sur le public vieillissant présent à la rue. Sachant que l'âge moyen de décès des personnes sans domicile fixe se situe autour de 50 ans, ces résidents sont avant tout des survivants. Cet article aborde certaines des problématiques rencontrées en EHPAD avec un public aux parcours jalonnés de ruptures et aux identités meurtries, notamment leur rapport aux soins discontinus (refus et renoncement) mobilisant un investissement de temps conséquent pour les équipes.

**Mots clés :** Rue - Parcours - Soins - Refus - Renoncement - Isolement

Afin d'établir un portrait des plus fidèles des multiples situations rencontrées, plusieurs matériaux ont été réunis pour rendre compte des trajectoires personnelles et des parcours institutionnels de personnes âgées issues de la rue : témoignages de personnes accompagnées (en foyers logements et en EHPAD), paroles de professionnels, conférences et présentations de données sur le public vieillissant présent à la rue.

### ABSTRACT

Lives and institutional backgrounds of homeless elderly people, taken in charge by the PSAC, are presented through testimonies of accompanied persons (in residential homes and in nursing homes), the words of professionals, conferences and data on the homeless aging population. Knowing that the average age of death of homeless people is around 50, these residents are above all survivors. This article discusses some of the problems encountered in nursing homes with a population who has a history of breakdowns and bruised identities, in particular their relationship to discontinuous care (refusal and renunciation) which requires a significant investment of time for the teams.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 284-8.*

**Keywords:** Homelessness - Trajectory - Care - Refusal - Renunciation - Isolation

L'accent est mis sur des problématiques spécifiques à la prise en charge en EHPAD de ce public si particulier comme : le rapport aux soins de personnes souvent polyopathologiques, dans une relation d'opposition, agitées, voire agressives (symptômes psycho-comportementaux), pour qui les soins sont complexes (rapport distant ou déformé au corps, refus et renoncement, ou chronophages) ; l'isolement relationnel et l'absence de relais familial, etc. ; mais aussi sur d'autres

*Auteur : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.  
Courriel : charlotte.miot@paris.fr*

caractéristiques comportementales telles que la honte, la stigmatisation, voire une culpabilité et un repli sur soi, une perte de confiance (en soi, en autrui et en l'avenir), ou un syndrome d'auto-exclusion<sup>1</sup> développés par les résidents ayant vécu à la rue.

Plus largement sont évoquées et mises au centre des réflexions deux questions cruciales des politiques publiques, mais ici de façon totalement intriquée : quelle prise en charge gérontologique<sup>2</sup> de la grande précarité, dans nos sociétés ?

## DÉCOMPTE DE RUE : FOCUS SUR LES 55 ANS OU PLUS RENCONTRÉS AU COURS DE LA NUIT DE LA SOLIDARITÉ

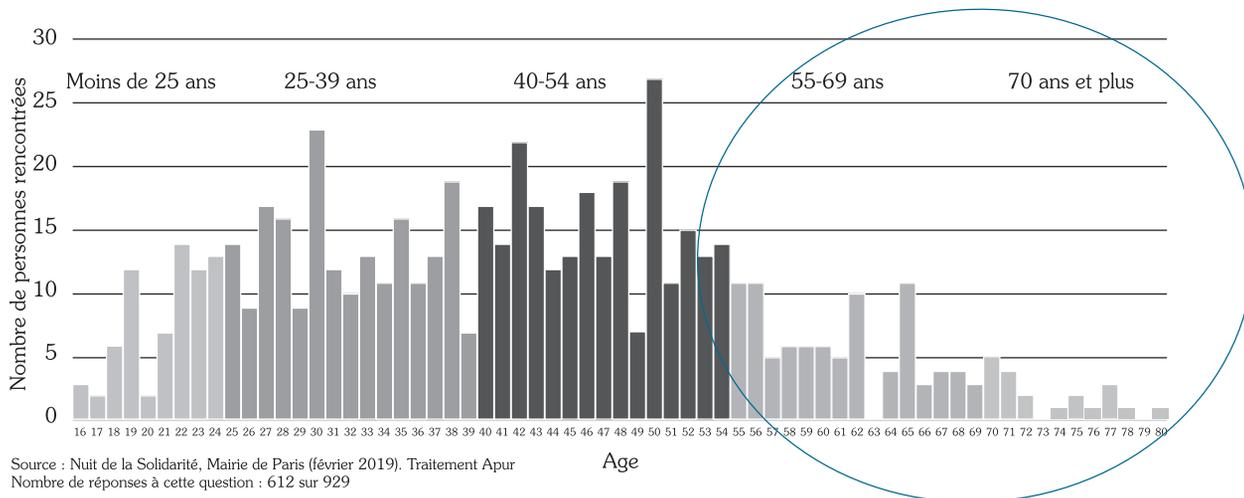
Pour saisir à minima quels parcours et conditions de vie ont traversé ces nouveaux résidents d'EHPAD ayant connu la rue, les données recueillies lors de la Nuit de la solidarité du 7 février 2019 sont utiles.

C'est une opération d'ampleur réalisée dans la capitale par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, ses partenaires et 2 100 bénévoles (professionnels et citoyens), qui décomptent, de manière anonyme, de nuit, des personnes sans-abri. Cette démarche quantitative, qui évalue le nombre de personnes en situation de rue à date donnée, permet

également, *via* la passage d'un questionnaire, de mieux connaître leurs profils et leurs besoins.

Les résultats présentés dans la *Figure 1* permettent d'appréhender le public potentiel de demain, d'abord en estimant le nombre de personnes qui demanderaient une prise en charge, puis de façon plus qualitative leurs profils et parcours.

- Les personnes âgées (55 ans ou plus) sans-abri à Paris lors de l'hiver 2018-2019 représentent 18 % des personnes comptabilisées. Elles sont surreprésentées dans les arrondissements qui longent la Seine et ceux du cœur de la capitale (16<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> arrondissement) ainsi que dans les 14<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> arrondissements.
- Parmi les 55 ans ou plus, un sans-abri sur dix est une femme. Les plus de 55 ans dorment davantage que les autres sans-abri dans la rue, le métro et les gares (ces deux derniers espaces pouvant apparaître comme plus protégés). Ils y dorment majoritairement seuls.
- La durée d'errance des 55 ans ou plus est plus longue et plus ancrée : près de la moitié d'entre eux (45 %) déclarent être à la rue depuis plus de 5 ans (contre 20 % pour les jeunes) et sur le territoire parisien depuis plus de 5 ans pour les trois quarts. En raison de cette durée importante, les trois quarts des plus de 55 ans ont déjà bénéficié d'un hébergement, pour la moitié d'entre eux un centre d'hébergement.
- Le non-recours<sup>3</sup> au Samu social est très marqué chez les personnes de 55 ans ou plus, dont 7 sur 10 déclarent ne



**Figure 1 : Âge exact des 612 personnes ayant répondu à la question lors de la nuit de la solidarité 2019, traitement statistique atelier parisien d'urbanisme (APUR).**

Figure 1: Exact age of the 612 people who answered the question on Solidarity Night 2019. Statistical processing: Parisian Urban Planning Workshop (APUR).

<sup>1</sup> Syndrome d'auto-exclusion développé par Jean Furtos, in *De la précarité à l'auto-exclusion* paru en 2009.  
<sup>2</sup> La « gérontologie » est la médecine des personnes âgées, alors que la « gérontologie » désigne l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique, anthropologique, culturelle, médicale et autres.  
<sup>3</sup> Plus largement sur le phénomène de non-recours, voir la très récente thèse en Science Politique présentée et soutenue par Amélie Mazé L'Action sociale de proximité à l'épreuve du non-recours. Étude du Département du Val de Marne, sous la direction de Philippe Warin, Laboratoire PACTE, Université de Grenoble, janvier 2020.

jamais appeler le 115 de Paris. Non pas parce qu'elles ne connaissent pas le dispositif, mais plutôt en raison de mauvaises expériences passées (115 injoignable, pas de place disponible, conditions d'hébergement peu agréables ou encore vols, etc.). Pourtant, elles sont plus souvent que les autres suivies par un travailleur social.

- Les personnes sans-abri âgées de 55 ans ou plus expriment en moyenne moins de besoins que les moins de 25 ans (3,7 contre 4,6 besoins en moyenne). Si les besoins exprimés sont assez similaires, la nécessité de se soigner ainsi que le besoin d'écoute se démarquent légèrement. 65 % des sans-abri âgés de 55 ans ou plus déclarent avoir des problèmes de santé (contre 32 % de l'ensemble des personnes rencontrées). 49 % des sans-abri âgés de 55 ans ou plus ont rencontré un médecin il y a moins de trois mois (contre 37 % de l'ensemble des personnes rencontrées).

### « TROP VIEUX POUR LA RUE, TROP JEUNES POUR LA MAISON DE RETRAITE »<sup>4</sup>...

Les personnes âgées ayant vécu à la rue vivent parfois difficilement l'entrée en EHPAD. Souffrant souvent d'un vieillissement prématuré (du fait de leurs conditions de vie très dures), elles se retrouvent « jeunes » seniors à côtoyer de « vieux » seniors au sein de l'établissement. Cette mixité peut être source d'inconfort pour ces résidents dont l'âge chronologique ne correspond pas à l'âge biologique. Pour souligner cet écart entre leur âge et leur condition physique, on parle de décalage biographique.

Les résidents d'EHPAD ayant eu un parcours de rue sont avant tout des survivants : en 2017, l'âge moyen de décès des personnes sans domicile fixe signalées au collectif des morts de la rue était de 50,6 ans, soit presque trente ans plus tôt qu'en population générale ! Toutefois, leur entrée en institution provoque souvent une phase de décompensation entraînant une surmortalité assez rapide au cours des premiers mois<sup>5</sup>. Après « avoir tenu », le corps « lâche ».

Les institutions accueillant des personnes âgées en situation de grande précarité manquent, quant à elles, parfois de souplesse. Imposant un cadre normatif, elles remettent en cause, parfois involontairement, les comportements et les pratiques que ces personnes ont façonnés tout au long de leur vie et qui, pour certains, sont devenus constitutifs de leur identité.

La vie en EHPAD nécessite de respecter un certain nombre de règles, ce qui, pour des personnes ayant connu la rue, est particulièrement difficile. Ces institutions de prise en charge sont vues et vécues comme des espaces de contraintes par des personnes qui ont passé leur vie à s'en affranchir. Les résidents avec un parcours de rue entrent donc souvent en négociation avec la norme pour tenter d'arranger leur quotidien.



Le vieillissement, une perception très subjective. Dessiné en direct au séminaire Inter-résidences et EHPAD du CASVP, Paris, le 30/06/2016.

### DES DIFFICULTÉS QUI SE CUMULENT. QUELQUES TÉMOIGNAGES...

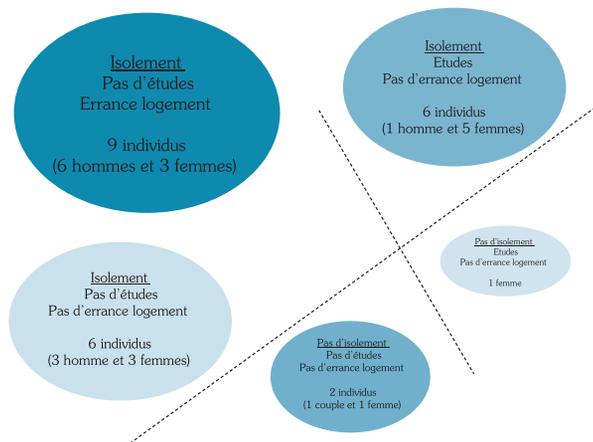


Figure 2 : Schéma représentant une typologie des 24 personnes rencontrées pour l'étude personnes âgées précaires.

Figure 2: Diagram representing a typology of the 24 people met for the Precarious Elderly People study.

<sup>4</sup> Titre repris de l'article de Sophie Rouay-Lambert, « La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite » in *Les Annales de la recherche urbaine*, N° 100, 2006. L'avancée en âge dans la ville, pp. 136-143. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>

<sup>5</sup> Ce phénomène a également été observé dans le suivi des parcours de relogement des SDF de plus de 50 ans pris en charge par la Fraternité Paris Saint-Maur de l'association les Petits frères des Pauvres. 25 % d'entre eux décédaient dans les six mois suivant leur relogement. Ce constat, issu d'un terrain de thèse réalisé en 1999 au sein de l'association a été mis en regard de l'expertise médicale du docteur Jacques Hassin chef du pôle de médecine sociale au centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre et s'expliquait déjà à partir du phénomène de décompensations. Sources : Rouay-Lambert S. *Vivre à la rue et en sortir : pratiques urbaines sans abri et parcours d'insertion sociale par le logement*, thèse de doctorat déposée et soutenue en juin 2001, Institut Français d'Urbanisme, Paris 8.

Les données et témoignages suivants sont tirés d'une étude qualitative réalisée en 2009 auprès de 24 personnes âgées accompagnées par le CASVP.

Cette typologie des personnes rencontrées est dressée à partir de trois critères saillants lors des entretiens : isolement, niveau d'études et errance logement (Figure 2). Comme on peut le voir, le groupe le plus important (constitué de 9 personnes) cumule les difficultés. C'est d'ailleurs le seul groupe à connaître une problématique de logement (autrement dit l'errance logement n'existait pas sans les deux autres critères mis en exergue dans cette étude). Enfin, l'absence de logement personnel apparaissait souvent comme l'étape fatidique ultime en termes de trajectoire individuelle.

### Des parcours de vie jalonnés de ruptures

Les personnes auxquelles nous nous intéressons sont bien souvent célibataires (à la suite de séparations ou de décès). Elles connaissent un isolement familial au sens large (parents, enfants, etc.), ainsi qu'un isolement relationnel (réseau peu solide, disparu depuis, etc.), héritage de leurs trajectoires chaotiques :

« Je me suis marié en 65, j'ai un fils. [...] Pendant quelques années, cela s'est bien passé et après, c'est comme beaucoup de couples, j'ai trouvé une autre dame, j'ai vécu avec elle pendant 15/16 ans jusqu'à ma retraite et après, elle a trouvé quelqu'un, c'est normal, et c'est tout. [...] On s'est séparés, gentiment. Et voilà, depuis cela, je commence à avoir des ennuis. » (Homme, 65 ans).

« J'ai un frère que j'ai revu dernièrement mais que je me demande encore pourquoi je suis allé le voir. Cancer de la prostate, je me suis dit "je vais aller le voir" mais je lui ai fait peur finalement en rentrant dans sa piaule à l'hosto. [...] Rapport zéro avec la famille. [...] Je ne veux même plus savoir. Je ne vois plus personne dans la famille. » (Homme, 66 ans).

### Des identités meurtries

La honte, la stigmatisation, la culpabilité et le repli sur soi, la perte de confiance (en soi, en autrui et en l'avenir) et le syndrome d'auto-exclusion font bien souvent partie des ressentis des personnes vivant dans l'errance :

« Maintenant, je me sens mieux. Depuis que je n'habite plus dans le métro. Je ne me sentais pas. Vous êtes dans le métro<sup>6</sup>, les gens ils passent, ils ne vous voient même pas. Vous êtes invisible. C'est bizarre, oui. L'impression que si tu vas regarder dans une glace, tu ne te verras même pas. J'ai vu cela, mais dans un film de vampires. Ils ne se voient pas dedans. [...] Dans la tête, oui. Je

commence à remarquer debout. On n'est pas bien dans sa tête, quand même. » (Homme, 66 ans).

Ils ne se projettent plus et revendiquent le fait de vivre au jour le jour sans avoir d'attente particulière vis-à-vis de l'avenir. Ils mettent l'âge et les problèmes de santé en avant pour expliquer leur perte d'envie, qui parfois s'apparente à de l'abattement :

« Qu'est-ce que vous imaginez ? À notre âge, on peut plus rien imaginer, c'est fini ça, on n'a plus 50 ans c'est pas la même chose [...] On va pas parler de futur, c'est impossible, aujourd'hui on est là, demain on est plus là. Avec nos maladies et tout ça c'est impossible de parler de futur, c'est fini ça. [...] Pour nous, la vie est presque on va dire, pas finie mais presque. On vit comme ça d'un jour sur l'autre. » (Homme, 72 ans).

« Non [des projets], personnellement non. La seule chose que je veux, c'est finir mes jours, tranquille. Oui, plus de soucis. C'est tout ce que je demande, le restant, ça vient tout seul. Des projets, non. Non, pas à mon âge quand même, non, quand même pas. » (Femme, 67 ans).

### Un rapport aux soins discontinu qui mobilise un investissement de temps conséquent

Le rapport aux soins peut recouvrir plusieurs thématiques. Nous en évoquerons au moins trois différentes avec, pour chacune, un témoignage de personne âgée ou de professionnel. Il va sans dire que le renoncement aux soins, le refus de soins et une prise en soins dite chronophage peuvent se superposer.

**Le renoncement aux soins** Les personnes dont nous parlons n'ont pas toujours eu recours à un praticien alors que le besoin s'en faisait sentir, surtout dans le cas de soins dentaires ou ophtalmologiques :

« En 90-91, un coup, je me suis endormi avec mes lunettes et je les ai cassées. Je n'ai eu des lunettes bien qu'en 95-96 quand je suis arrivé à Emmaüs. J'en ai trouvé une paire et j'ai dit : "je vois mieux avec". Je les ai mises, mais est-ce qu'elles étaient adaptées à ma vue ou pas. Je ne les mettais pas tout le temps, je les mettais quand je voulais voir quelque chose de loin. Cela a abîmé un peu plus les yeux que j'avais. Et des lunettes normales, après avoir vu un opticien ou un ophtalmo, cela doit dater de 99 à peu près. J'ai quand même été 8 ou 9 ans sans lunettes. Je n'avais pas d'argent. » (Homme, 61 ans).

L'absence de soins peut aussi résulter d'une situation de **refus de soins**, dont la cause n'est pas un phénomène

<sup>6</sup> L'espace souterrain aux lumières artificielles et la temporalité du métro rythmée par le passage des rames et des usagers concourent à une désocialisation spécifique et plus rapide que dans d'autres espaces publics. Sur ce point voir plus précisément le travail de Pascale Pichon « Opération Coup de pouce. L'assistance aux sans domicile fixe dans le métro », Réseau 2000, RATP, 88, février 1994, pp. 3-69.

d'arbitrage déterminé par le niveau de ressources (principalement financières), mais plutôt par un déni de la douleur ou du besoin. Afin d'illustrer nos propos, l'exemple ci-dessous d'une prise en charge en EHPAD d'une femme souffrant de pathologie psychiatrique et isolée socialement :

« Cette personne a dû être admise en urgence du fait d'une expulsion. Elle vivait dans une chambre dans un hôtel meublé. Une première rencontre a lieu à son domicile avec la psychologue de l'EHPAD. La dame a reçu l'équipe vêtue uniquement d'un tee-shirt très sale. Elle restait assise sur le bord de son lit. Une odeur nauséabonde régnait dans la pièce dans laquelle des souris et des cafards grouillaient. Ses cheveux étaient longs, sales et mêlés. Ses ongles des orteils et des mains atteignaient dix centimètres de long. La dame s'exprimant dans un très bon français révélait qu'elle avait auparavant dû évoluer dans un milieu social élevé. Il s'avérera qu'elle a été professeur de français, puis femme de chambre dans un hôtel de luxe parisien. Elle est mère de trois enfants, qu'elle a abandonnés à la suite d'un divorce. Son anamnèse médicale fait état de trois hospitalisations en psychiatrie.

Sachant qu'elle allait être expulsée dans les jours suivants, elle a accepté un accompagnement social. L'hôtelier propriétaire de la chambre, qui veillait sur cette dame (en la nourrissant notamment), a collaboré pour son transfert à l'EHPAD en la conduisant à l'établissement.

Lors de son admission les soignants ont passé beaucoup de temps pour réaliser la toilette et la manucure. L'intégration de cette dame a posé des difficultés car elle avait pris l'habitude d'uriner dans des bassines et ne comprenait pas qu'elle ne pouvait pas ne se laver qu'une fois par mois. Elle a longtemps marché pieds nus. Cette dame a fini par accepter les prestations fournies par l'EHPAD, en revanche elle n'adhère que très peu à la prise en charge médicale et a toujours refusé catégoriquement l'intervention chirurgicale pour la cure de son hernie ombilicale proéminente.

Le travail de l'équipe en faveur de cette résidente consiste à assurer un accompagnement médico-social axé sur des soins relationnels, des soins d'hygiène, ceci dans un contexte de refus de soins et de fort risque de décompensation. » (Médecin gériatre, EHPAD).

Ce dernier exemple illustre également l'augmentation conséquente du temps passé avec certains résidents par rapport à une prise en charge dite classique (ici un profil psychiatrique, mais sans parcours de rue<sup>7</sup>, ce qui va parfois de pair), on parle alors de **soins chronophages**. D'où la nécessaire négociation systématique, un des savoir-faire développés par les aides-soignantes au chevet de ces résidents. ■

*Liens d'intérêts* : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

<sup>7</sup> Ce phénomène de « sans-abri logé » est de fait très invisible : ce sont des personnes qui vivent logées (dans des meublés, parfois chez eux, ou dans quelques rares appartements de loi 1948) mais avec des pratiques de rue : elles dorment au sol sur des journaux et cartons, s'éclairent à la bougie, se font à manger avec un petit réchaud à gaz de camping, entassent des affaires autour d'elles, ce qui n'est pas sans risque (incendie notamment), etc. Parfois aidées et repérées par le voisinage, c'est lorsqu'elles ne peuvent plus se suffire à elles-mêmes qu'elles se retrouvent à la rue ou prises en charge en hôpital.

# Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD

## An approach to the profile of residents who experienced homelessness through the use of data available in nursing homes

Paul HENRY<sup>1</sup>, Marie MALLET<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

Les auteurs proposent une approche du profil des résidents d'EHPAD ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données sociodémographiques et de santé disponibles au CASVP. Ces informations permettent d'établir qu'il s'agit plus souvent d'hommes, plus jeunes que la population moyenne en EHPAD, semblant plus isolés d'un point de vue relationnel et affectif. Ces résidents sont en outre moins dépendants fonctionnellement mais plus exposés au risque de perte d'autonomie psycho-cognitive. Ils sont plus fréquemment en situation de vulnérabilité socioéconomique. Enfin ils sont amenés, notamment du fait de leur plus grande jeunesse relative, à rester plus longtemps dans ces établissements où les durées de séjour ne sont pas pensées pour le très long terme. Cet article alimente également une réflexion nécessaire sur les indicateurs existant et ceux à créer afin de pouvoir évaluer au mieux les situations relevant des résidents ayant eu un parcours de rue et de faire financer une prise en soins adaptée à ce public.

**Mots clés :** Indicateur - Sociodémographie - Autonomie - Dépendance - Précarité

Cet article s'attache à déterminer dans quelle mesure il est possible, à travers l'exploitation des données disponibles dans les 15 EHPAD du CASVP, de repérer au sein de la population générale des 2 073 résidents présents au 31 août 2019, certaines caractéristiques spécifiques aux personnes ayant eu un parcours de rue. Précisons

<sup>1</sup> Contrôleurs de gestion, CASVP, Paris, France.

### ABSTRACT

The authors propose an approach to the profile of nursing home residents who have experienced homelessness through the use of socio-demographic and health data available at the PSAC. This information makes it possible to establish that they are more often men, younger than the average nursing home population, who seem more isolated from a relational and emotional point of view. These residents are also less functionally dependent but more exposed to the risk of loss of psycho-cognitive autonomy. They are more frequently in a situation of socio-economic vulnerability. Finally, they are led, particularly because of their relative youth, to stay longer in these institutions where the length of stay is not designed for the very long term. This article also provides much needed food for thought on the existing indicators and those to be created in order to be able to better evaluate the situations of residents who have experienced homelessness and to finance care adapted to this group.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 289-96.*

**Keywords:** Indicator - Sociodemography - Autonomy - Dependence - Precariousness

que l'existence d'un épisode de rue ne constitue justement pas une donnée présente dans les dossiers.

Dans un premier temps, les données administratives de l'ensemble des résidents des EHPAD ont été extraites de manière anonyme du logiciel Actarus. Ce logiciel informatique

Auteur correspondant : Monsieur Paul Henry, Contrôleur de gestion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.  
Courriel : paul.henry@paris.fr

a pour objet le traitement des admissions, des tarifications et des facturations des résidents des résidences autonomie et des EHPAD gérés par le CASVP. C'est donc une photographie anonyme des 2 073 résidents qui sert ici de base à l'étude.

Par la suite, il a été demandé aux médecins de remplir une grille spécifique pour les personnes pour lesquelles ils avaient connaissance d'une expérience de la rue : cette grille contenait les données administratives correspondant au périmètre d'extraction du logiciel Actarus (à renseigner manuellement), et des données de santé (également saisies à la main) issues du logiciel Titan, outil de gestion des résidents en EHPAD (médical, soin, hôtellerie, animation, direction, etc.).

140 résidents, soit 7 % de la population globale, ont été recensés dans cette grille. Parmi ces 140 résidents, 45, soit presque un tiers, résident dans le même EHPAD.

Cette démarche poursuit donc un enjeu de connaissance afin d'établir si les résidents ayant vécu à la rue durant une période plus ou moins longue de leur vie présentent un profil particulier, qui nécessiterait d'adapter les outils et pratiques de leur accompagnement. Il existe en outre un enjeu plus opérationnel visant à identifier les indicateurs, à partir des données fiables et exploitables, permettant de repérer des différences significatives de profil, mais aussi ceux manquant et utiles à construire pour l'avenir.

## THÉMATIQUES CHOISIES POUR LES INDICATEURS

Les 5 thématiques choisies pour les indicateurs sont les suivantes :

- Profil général : tranche d'âge, sexe, situation familiale (ce dernier indicateur permettant une approche de la notion d'isolement) ;
- Trajectoires et parcours : lieu de naissance, ancienneté d'admission, origine de l'orientation en EHPAD ;
- Ressources : résidents à titre payant ou gratuit, aides sociales, prises en charge santé (CMU, CMU-C, mutuelle) ;
- Mesures de la dépendance (GIR) et de l'autonomie (mesures de protections juridiques) ;
- Santé : pathologies, maladies neuropsychiatriques, état de santé.

Les données suivantes établissent un profil comparatif des 140 résidents identifiés comme ayant connu un parcours de rue, et des 2 073 résidents en EHPAD du CASVP.

### Profil général

#### Une surreprésentation des hommes parmi les personnes ayant connu un parcours de rue

Les données exploitées font apparaître dans la Figure 1 que les hommes ne représentent qu'un tiers de la population générale des 15 EHPAD, mais les trois quarts des résidents ayant connu un parcours de rue. Il faut noter que la part de la population féminine dans cette dernière catégorie, 26 %, est cependant importante.

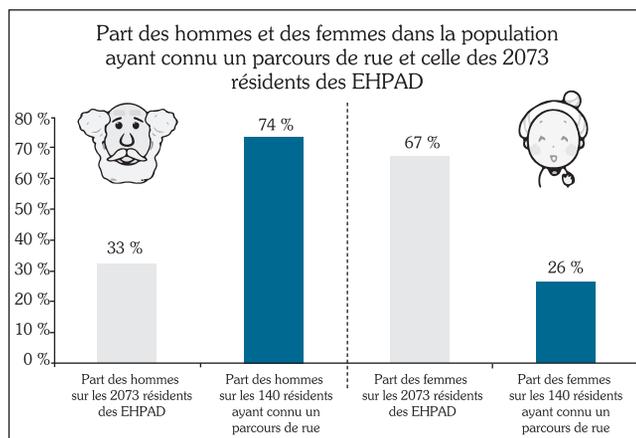


Figure 1 : Part des hommes et des femmes dans la population ayant connu un parcours de rue et celle des 2 073 résidents des EHPAD.

Figure 1: Share of males and females in the French population having experienced homelessness and that in the 2,073 nursing home residents.

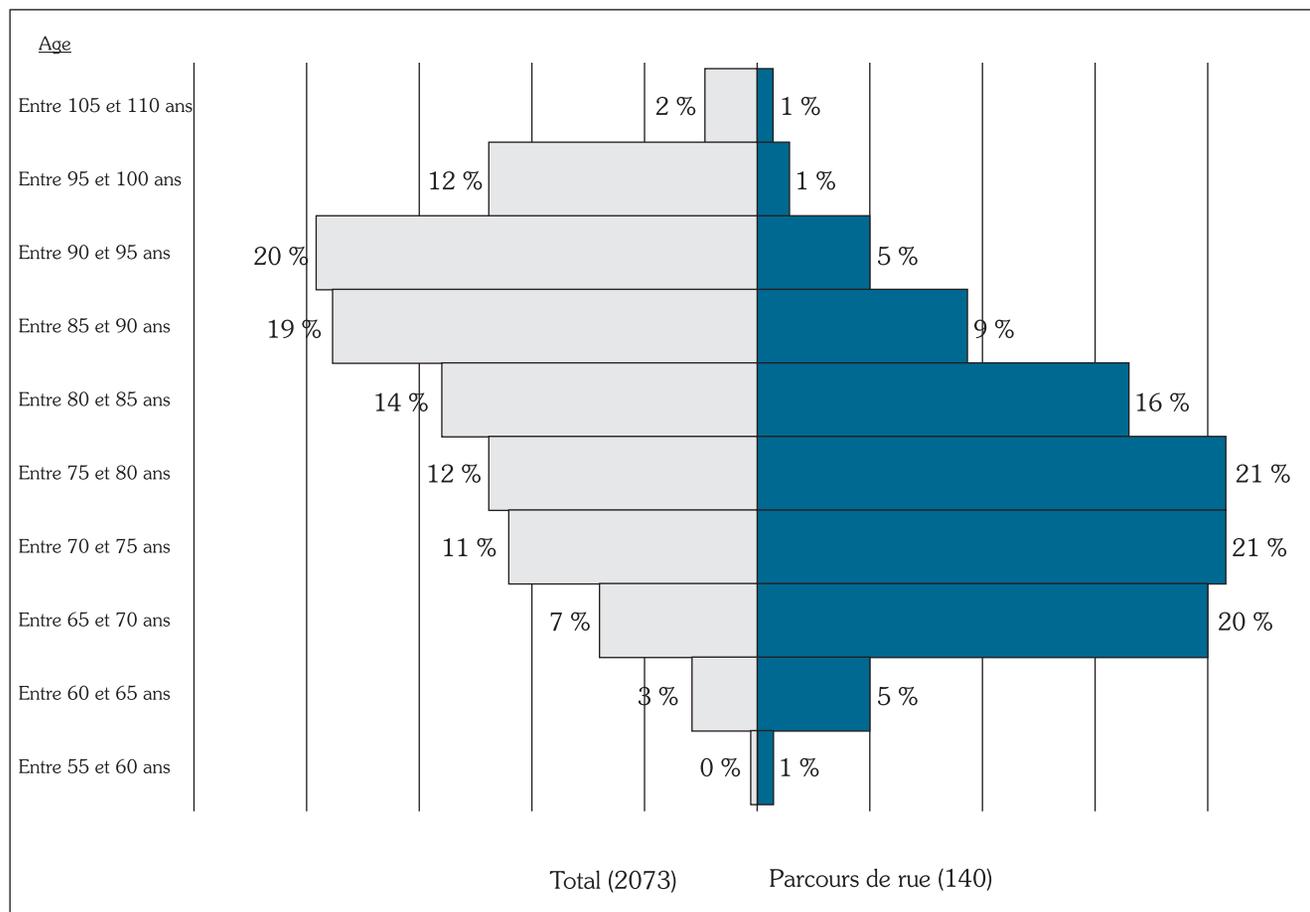
#### Les résidents ayant connu un parcours de rue sont beaucoup plus jeunes que la population globale

La Figure 2 montre que dans la population générale des EHPAD du CASVP, les trois quarts des résidents ont entre 70 et 95 ans (10 % ont moins de 70 ans, et 14 % plus de 95 ans). Parmi eux, deux classes d'âges se distinguent : celle des 85 à 90 ans (19 % du total) et celle des 90 à 95 ans (20 %), ce qui porte à près de 40 % la proportion de personnes ayant entre 85 et 95 ans<sup>1</sup>.

Cette répartition est toutefois sensiblement différente pour la population des 140 résidents ayant connu un parcours de rue, car presque la moitié d'entre eux (46 %, soit 65 personnes) ont moins de 75 ans (et seuls 2 % ont 95 ans ou plus). La pyramide des âges est donc clairement inversée avec en population générale deux-tiers de résidents ayant 80 ans ou plus, alors qu'ils sont deux tiers à avoir moins parmi les personnes ayant eu un parcours de rue.

1 À noter dans les tranches basses : 6 résidents ont moins de 55 ans ; et dans les tranches hautes : 9 ont plus de 105 ans.

**Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD • An approach to the profile of residents who experienced homelessness through the use of data available in nursing homes**



**Figure 2 : Ventilation des résidents par tranches d'âges de 5 ans, en pourcentage de la population des 2 073 résidents et des 140 ayant connu un parcours de rue.**

Figure 2: Breakdown of residents by 5-year age groups, as a percentage of the population of the 2,073 residents and the 140 who experienced homelessness.

**Un isolement *a priori* plus important des résidents ayant connu un parcours de rue**

Dans la population générale, 87 % des résidents ne sont pas ou plus en union : ils sont célibataires (36 %), divorcés ou séparés (19 %), ou veufs (32 %). Cette proportion atteint 97 % dans la population des 140 résidents ayant connu un parcours de rue (respectivement 65 % de célibataires, 24 % de divorcés ou séparés, et 8 % de veufs). Si les écarts constatés sur les situations de veuvage peuvent s'expliquer en partie par les différences d'âge décrites précédemment, ceux observés pour les proportions de célibataires (29 points de plus parmi la population ayant eu un parcours de rue) semblent constituer un indice de parcours relationnels et affectifs différents.

La donnée « nombre d'enfants » n'est pas renseignée obligatoirement dans l'outil informatique, de ce fait la recherche

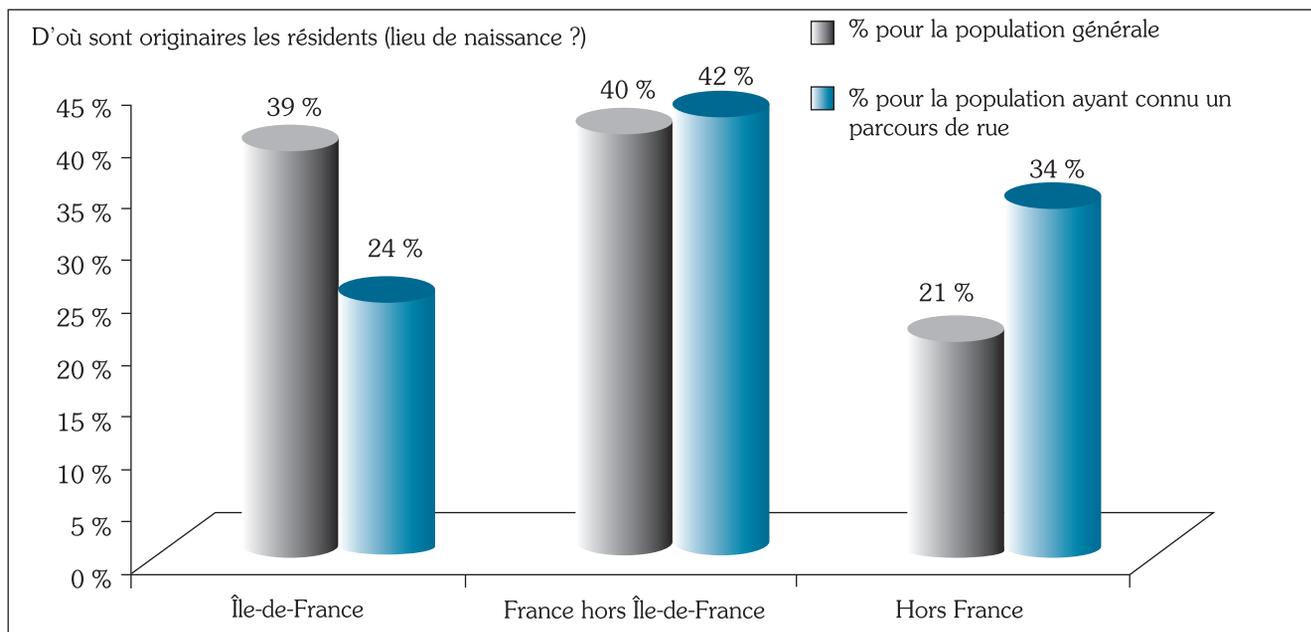
d'objectivation de l'isolement relationnel des résidents n'a pas pu être complétée par cet indicateur.

**Trajectoires et parcours**

**Les personnes ayant connu un parcours de rue sont davantage nées hors de France et moins en Île-de-France que le total des résidents**

La Figure 3 montre que la proportion de résidents nés hors de France est d'un tiers pour la population ayant connu un parcours de rue contre 1/5 seulement pour la population globale des 2 073 résidents. À l'inverse, si 40 % des résidents sont nés en Île-de-France, c'est le cas de seulement un quart des personnes ayant connu un parcours de rue. Autrement dit, les résidents ayant eu un parcours de rue sont davantage nés à l'étranger ou en province et sont moins issus du territoire francilien. Les motifs et conditions de

**Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD • An approach to the profile of residents who experienced homelessness through the use of data available in nursing homes**



**Figure 3 : Ventilation des résidents par origine géographique (lieu de naissance), en pourcentage de la population des 2 073 résidents et des 140 ayant connu un parcours de rue.**

Figure 3: Breakdown of residents by geographical origin (place of birth), as a percentage of the population of the 2,073 residents and the 140 who experienced homelessness.

migration constitueraient alors un facteur de vulnérabilité, comme ont tendance à le démontrer les chiffres de la nuit de la solidarité présentés dans l'article consacré à ce sujet. Le fait de « monter à Paris » participerait du parcours sans-abri, où la date d'arrivée dans la capitale préfigure souvent le début effectif de l'errance.

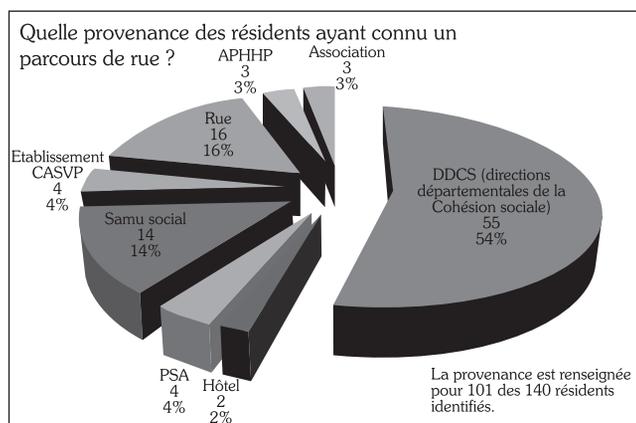
**Des résidents issus de la rue avec une ancienneté dans l'institution plus longue (ventilation selon l'année d'admission)**

Les résidents ayant connu un parcours de rue ont été admis en EHPAD en moyenne il y a plus longtemps que la population globale des résidents : 60 % d'entre y sont entrés avant 2016, ce qui n'est le cas que pour 40 % de la population globale. La majorité des personnes ayant eu un parcours de rue (60 %) sont donc présentes en EHPAD depuis au moins 4 ans, alors que les autres sont au contraire majoritairement (pour 60 % également) résidentes depuis 3 ans au maximum.

En termes de prise en charge et d'accompagnement, il serait d'ailleurs intéressant de tenir compte de cette particularité d'une présence plus longue de ces personnes dans des établissements comme les EHPAD où les durées de séjour ne sont pas pensées dans le très long terme.

**Quelle provenance (dernier domicile connu ou prescripteur d'orientation) des résidents ayant connu un parcours de rue ?**

Comme le montre la Figure 4, plus de la moitié des résidents issus de la rue est orientée par la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) d'un département francilien, ou de l'Aisne pour l'EHPAD François I<sup>er</sup>.



**Figure 4 : Ventilation selon le type d'orientation ayant permis l'entrée en EHPAD des résidents avec un parcours de rue.**

Figure 4: Breakdown according to the type of orientation that allowed residents who experienced homelessness to enter nursing homes.

### Recours aux aides sociales et couverture santé des résidents

Les résidents ayant connu un parcours de rue sont très majoritairement bénéficiaires de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH)

Presque tous les résidents (96 %) ayant connu un parcours de rue sont bénéficiaires de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), alors que cette situation ne concerne que 60 % de la population globale.

Les résidents ayant connu un parcours de rue sont majoritairement bénéficiaires de l'aide légale-Compte d'État - Département (DDCS)

Les résidents dépendent du « compte État » (et donc d'une DDCS) lorsqu'il n'a pas été possible de leur reconstituer un « domicile de secours », c'est-à-dire lorsqu'on n'a pas pu prouver une attache suffisante avec un département pour leur faire prendre en charge l'aide sociale légale. C'est donc un indicateur pertinent d'errance qui témoigne de la très grande précarité des résidents ayant connu un parcours de rue : ils sont 56 % à bénéficier de la tutelle de l'aide légale-compte d'État contre 4 % seulement dans la population globale des résidents.

Ces deux indicateurs complémentaires constituent une caractéristique forte de la population ayant eu un parcours de rue, témoignant de leur plus grande vulnérabilité socio-économique (à l'inverse de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA -), qui enregistre des proportions identiques de bénéficiaires parmi les deux sous-populations étudiées).

### La mesure de la dépendance (GIR) et de l'autonomie (mesures de protections juridiques)

La dépendance des résidents est mesurée par le GIR, donnée normée et saisie systématiquement dans le logiciel des EHPAD. Celui-ci résulte de l'évaluation menée avec la grille

AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources) mesurant la dépendance fonctionnelle de la personne, c'est-à-dire sa capacité ou non à exercer physiquement seule les gestes de la vie quotidienne. Cet indicateur ne reflète pas en revanche le degré d'autonomie de la personne, entendue au sens d'une capacité psycho-cognitive à prendre seule les décisions qui la concernent au quotidien.

Les résidents ayant connu un parcours de rue se distinguent par une dépendance fonctionnelle moindre, car ils sont moins nombreux parmi les GIR les plus faibles. En revanche, leurs capacités à être autonome apparaissent plus fragiles dans les témoignages des professionnels, sans que cette donnée ne puisse être mesurée, mais aussi à travers les données relatives aux dispositifs de protection des majeurs.

La plus grande jeunesse relative des 140 résidents ayant connu un parcours de rue est probablement la raison essentielle expliquant que les GIR 1 et 2 (reflétant le plus fort niveau de dépendance) soient sous-représentés dans la Figure 5. Cela concerne 34 % d'entre eux, contre 56 % en

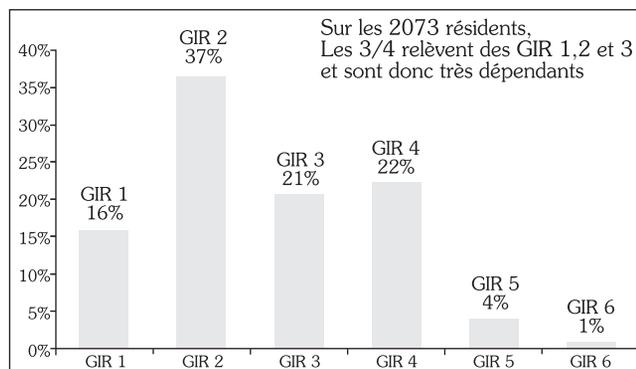


Figure 5 : Ventilation selon le GIR des résidents des 2 073 résidents et des 140 ayant connu un parcours de rue.

Figure 5: Breakdown by frailty level of the 2,073 residents and the 140 who have experienced homelessness.

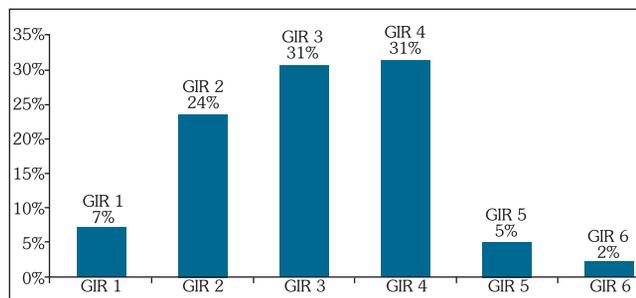


Figure 6 : Ventilation selon le GIR des 140 résidents ayant connu un parcours de rue.

Figure 6: Breakdown by frailty level of the 140 residents who have experienced homelessness.



Face à un trouble du comportement, ne pas se focaliser sur les multiples grilles d'analyse mais estimer la valeur de la description verbale (\* cas des résidents seuls face à leur tête). Dessiné en direct au séminaire Inter-résidences et EHPAD du CASVP, Paris, le 30/06/2016

population générale des EHPAD, alors que les personnes en GIR 3 et 4 sont - logiquement - plus présentes (respectivement 62 % contre 43 %). Les résidents précaires sont donc moins « dépendants » selon l'analyse AGGIR, ce qui ne signifie pas que leur accompagnement n'exige pas autant, voire plus d'investissement humain et financier. C'est en effet ici le rapport à l'autonomie de ces résidents qui est à interroger.

### Les résidents ayant eu un parcours de rue bénéficient davantage d'une protection juridique

L'outil informatique ne permet pas de connaître avec fiabilité le détail des mesures de tutelle et de curatelle, mais il propose un item relatif à l'ensemble des mesures de protection juridique dont peuvent bénéficier les résidents (qui désignent donc à la fois et de manière indistincte les mesures de tutelle et de curatelle). Celui-ci est utilisé ici pour approcher de manière plus objective la question de leur degré d'autonomie. On constate une surreprésentation des personnes protégées parmi les résidents ayant eu un parcours de rue puisque les 2/3 d'entre eux sont concernés par une mesure de tutelle ou de curatelle, contre la moitié des résidents en moyenne.

Ces deux indicateurs semblent donc pertinents pour approcher la spécificité du public ayant eu un parcours de rue accueilli en EHPAD, davantage marqué par la perte d'autonomie (au sens psycho-cognitif) alors qu'il est, on a vu, moins « dépendant » fonctionnellement (au sens du GIR) car plus jeune que la population générale en EHPAD.

### Santé, pathologies et maladies neuropsychiatriques

Les indicateurs qui suivent concernent uniquement les 140 résidents issus de la rue : ils ne sont pas dans l'outil informatique Actarus et ne peuvent donc pas être comparés à la population globale. Ces données sont issues du logiciel Titan et des dossiers médicaux.

#### Maladies neuropsychiatriques déclarées

Cet item est renseigné pour 94 des 140 résidents concernés, soit les 2/3. On relève parmi eux 38 personnes atteintes de psychose, et 11 de démences (dont 9 cas de démence alcoolique ou maladie de Korsakoff et/ou 6 de démence frontale).

#### Occurrence des problèmes d'alcool

La moitié (51 %) des 140 résidents précaires ont des problèmes d'alcool identifiés par le corps médical.

#### Accumulateurs compulsifs, syndromes d'incurie et phénomènes de dénutrition

Cette information n'étant dans la très grande majorité des cas pas saisie, il n'est pas possible d'en déduire ici d'analyse

générale. Notons toutefois que 15 personnes ont été désignées comme « accumulateurs compulsifs », et 30 comme présentant des syndromes d'incurie. Par ailleurs, 20 résidents sur 140 sont désignés comme souffrant de dénutrition.

#### Autres pathologies

Dix catégories de pathologies renseignées pour 132 des 140 résidents ont été retenues. Le graphique *Figure 7* fait ressortir la très forte prévalence des maladies cardiovasculaires (84 % d'occurrences). 37 à 41 % des résidents ayant connu un parcours de rue ont été diagnostiqués avec au moins un cancer, une maladie dermatologique, gastroentérologique, ou bronchopulmonaire. Les occurrences des diagnostics d'HIV et d'hépatite constituent un troisième bloc beaucoup plus faiblement représenté (respectivement 3 et 7 %).

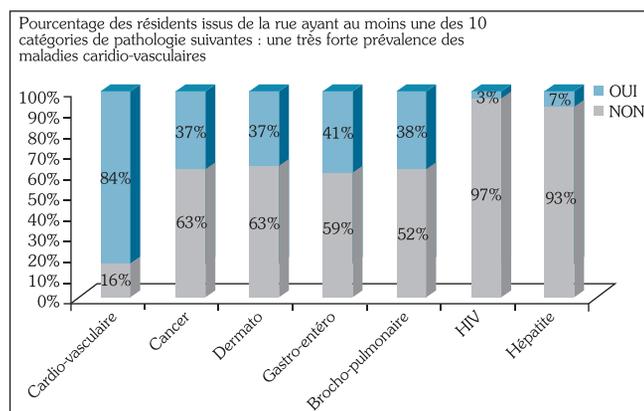


Figure 7 : Pourcentage des résidents issus de la rue ayant au moins une des catégories de pathologie traçables dans leurs dossiers.

Figure 7: Percentage of residents who have experienced homelessness with at least one of the categories of pathology traceable in their records.

Comme précisé plus haut, ces résultats issus de dossiers médicaux de résidents précaires ne peuvent pas être comparés à la totalité des personnes prises en charge dans les EHPAD du CASVP. En revanche, concernant ces autres pathologies, nous pouvons faire le parallèle avec une étude réalisée en 2009 intitulée « Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour » à l'AP-HP<sup>2</sup>.

Cette étude met en lumière, avec la *Figure 8*, la prévalence de certaines pathologies chez les patients SDF par rapport aux autres Groupes homogènes de malades (le GHM, notamment utilisé pour la tarification des séjours hospitaliers). Ainsi, « pour caractériser la spécificité des pathologies associées aux séjours porteurs d'un indicateurs de précarité »,

**Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD • An approach to the profile of residents who experienced homelessness through the use of data available in nursing homes**

Indicateur de	Ligne de produit <sup>a</sup>	Nombre de séjours porteurs de l'indicateur	Part dans l'ensemble des séjours de la ligne de produit %	Part dans l'ensemble des séjours porteurs de l'indicateur %
Aide médicale d'état (n = 946)	Accouchements par voie basse	2 261	8,6	25,3
	Césariennes	718	9,4	8,0
	Affections de l'ante partum	602	9,2	6,7
	Chirurgies de l'utérus et des annexes	301	6,4	3,4
	Chimiothérapies	249	1,9	2,8
Aide médicale d'état – soins urgents (n = 454)	Accouchements par voie basse	55	0,2	12,1
	Maladie VIH	35	1,1	7,7
	Infections respiratoires	26	0,4	5,7
	Affections de l'ante partum	24	0,4	5,3
	Césariennes	22	0,3	4,8
Couverture maladie universelle (n = 8170)	Accouchements par voie basse	396	1,5	4,8
	Chimiothérapies	343	2,6	4,2
	Diabète	245	4,2	3,0
	Infections respiratoires	206	3,0	2,5
	Affectations de l'ante partum	178	2,7	2,2
Couverture maladie universelle complémentaire (n = 22 008)	Chimiothérapies	912	6,9	4,1
	Diabète	729	12,4	3,3
	Toxicomanies et alcoolisme	637	24,3	2,9
	Infections respiratoires	609	8,7	2,8
	Maladie VIH	527	16,7	2,4
Sans domicile fixe (n = 2507)	Toxicomanies et alcoolisme	175	6,7	7,0
	Gastro-entérites et affections du tube digestif	172	2,8	6,9
	Infections respiratoires	169	2,4	6,7
	Affections de la peau et du tissu sous-cutané	125	2,4	5,0
	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	75	1,2	3,0

\*Une ligne de produit OAP est un regroupement de GHM ; par exemple la ligne de produit « Accouchements par voie basse » regroupe les GHM accouchements par voie basse sans complication significative, avec autres complications, avec complications majeures et avec autres interventions. Cette classification permet donc de décrire de manière plus synthétique et explicite l'éventail des cas traités du PMSI.

**Figure 8 : Tableau indiquant les cinq types de pathologies les plus fréquentes pour chaque indicateur de précarité recensé par l'AP-HP dans l'étude « Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour ».**

Figure 8: Table indicating the five most frequent types of pathologies for each indicator of precariousness identified by the Paris University Hospitals in the study entitled "Link between precariousness, length and complexity of hospital stays in the short stay sector".

sont présentées en encadré dans le tableau ci-dessus « les cinq lignes de produit majoritaires », chez les patients SDF, qui « correspondent aux pathologies les plus fréquemment observées dans cette population (atteintes digestives et respiratoires, alcoolisme, affections de la peau) » et ne sont pas sans rappeler nos précédentes observations.

Plusieurs perspectives de conclusion peuvent être tirées de cette tentative d'élaboration d'un profil des résidents ayant eu un parcours de rue à partir des données sociodémographiques et de santé disponibles en EHPAD. Notons que

celle-ci constitue tout d'abord un exercice encourageant dans la mesure où les données présentes dans le logiciel de gestion permettent d'ores et déjà d'établir un profil spécifique des personnes ayant eu un parcours de rue au cours de leur vie (plus souvent des hommes, plus jeunes que la population moyenne en EHPAD), qui semblent plus isolées d'un point de vue relationnel et affectif. Elles sont en outre moins dépendantes fonctionnellement mais plus exposées au risque de perte d'autonomie psycho-cognitive. Enfin, elles sont plus fréquemment en situation de vulnérabilité socioéconomique.

Toutefois, plusieurs informations essentielles ne sont malheureusement pas aujourd'hui disponibles et semblent nécessiter un développement des systèmes d'information sur plusieurs aspects (couverture santé, accès aux aides légales, informations sur les pathologies de résidents, etc.). En parallèle, nous pourrions imaginer que soient développés également des supports visant à davantage quantifier et qualifier les modalités de prise en charge spécifique de ce public, afin de mieux évaluer les impacts sur le fonctionnement des établissements en général, et sur les personnels en particulier. C'est à ce titre que se pose notamment la question essentielle d'un chantier à ouvrir sur l'évolution, qui semble aujourd'hui nécessaire, des modalités de financement des EHPAD afin de favoriser et financer la prise en charge de ce type de personnes, de plus en plus nombreuses (faute de solutions alternatives).

Enfin, ces éléments de connaissance doivent être mis au service d'une réflexion profonde sur les implications de l'accueil de cette population spécifique dans des établissements, les EHPAD, qui n'ont pas été conçus au départ à destination de ces publics. Il semble donc nécessaire aujourd'hui d'avancer dans un travail de refonte des informations et des outils destinés à leur accompagnement.

Plusieurs directions peuvent être envisagées : élaboration d'une grille d'évaluation de la perte d'autonomie psychocognitive<sup>3</sup>, mise en place d'un processus de diagnostic psychiatrique<sup>3</sup>, afin d'ajuster les prises en charge des personnes, et de manière générale la prise en compte des différences en termes de capacités mais aussi de handicaps dans l'ensemble de l'accompagnement proposé (activités, prise en charge médicale et psychothérapeutique, etc.). ■

*Liens d'intérêts* : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

<sup>3</sup> Le docteur et psychogériatre Jean Claude Monfort a établi une grille de cotation et d'appréciation des symptômes et syndromes déconcertants. En cours de publication cette Échelle d'évaluation, chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes DÉconcertants (EPADE) pourrait alimenter nos réflexions et servir de base pour évaluer le public de résidents précaires. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220000496>

# Les troubles du comportement des résidents d'EHPAD ayant connu un parcours de précarité

## Behavioural disorders of nursing homes residents who have experienced a precarious life

Papa Oumar NDIAYE

### RÉSUMÉ

Au travers des troubles du comportement des résidents, sont évoquées les conséquences possibles d'une entrée en EHPAD pour des personnes issues d'une très grande précarité financière, sociale et sanitaire. La première étant de recréer une nouvelle situation de rupture, souvent déjà nombreuses dans leur trajectoire individuelle, pour intégrer un cadre structuré par une temporalité et des règles institutionnelles. Deuxième conséquence observée : une mise à mal de ces règles de vie communautaire par des conduites transgressives (liées aux alcoolisations massives, troubles psychopathologiques, conflictualité agressive...). En troisième, et à l'inverse de la précédente, une résignation mortifère qui s'exprime par un repli, une passivité, un refus de se faire soigner et de s'alimenter. Quatrième et dernière conséquence évoquée, les hospitalisations pour cause de décompensations aiguës en cas de déni des troubles psychiques/psychiatriques ou encore mauvaise observance du traitement.

**Mots clés :** Rupture - Précarité - Psychopathologies - Alcoolisation - Fugue - Décompensation

L'EHPAD François I<sup>er</sup> a historiquement toujours accueilli des Parisiens en grande difficulté sociale. Ces résidents sont orientés pour la plupart par les services sociaux de la ville de Paris ou par le Samu social, généralement après un temps dans un centre d'hébergement. Leur

### ABSTRACT

The behavioural problems of the residents are discussed in terms of the possible consequences of entering a nursing home for people from very precarious financial, social and health backgrounds. The first of these consequences is to recreate a new situation of rupture, often already numerous in their individual trajectory, to integrate a framework structured by a temporality and institutional rules. The second consequence observed is that these rules of community life are undermined by transgressive behaviour (linked to mass alcoholism, psychopathological disorders, aggressive conflictual behaviour, etc.). Thirdly, and contrary to the previous one, a deadly resignation expressed by withdrawal, passivity, a refusal to seek treatment and food. Fourth and last consequence mentioned: hospitalizations for acute decompensation in case of denial of psychic/psychiatric disorders or poor compliance with treatment.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 297-8.*

**Keywords:** Rupture - Precariousness - Psychopathologies - Alcoholism - Runaway - Decompensation

parcours de vie est fréquemment marqué par la rupture et la perte de « l'objet social » (divorce, perte d'emploi, maladies, perte du logement, etc.)<sup>1</sup>. Ces ruptures, par la violence qu'elles véhiculent, sont la cause de souffrances menaçant l'intégrité des sujets âgés en situation de précarité. Comme

Auteur : Docteur Papa Oumar Ndiaye, Psychiatre, 10 rue Capit Descamps, 02200 Soissons, France.  
Courriel : ndiaye.papaoumar@yahoo.fr

<sup>1</sup> Wresinski M.J. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », rapport au conseil économique et social, Journal Officiel du 28 février 1987.

le définit Sigmund Freud<sup>2</sup>, ces souffrances peuvent se situer à trois niveaux :

- au niveau somatique et psychique avec les polyopathologies parfois invalidantes observées chez la majorité d'entre eux ;
- au niveau de l'environnement extérieur souvent source de menaces et d'insécurité ;
- au niveau de leurs relations à l'autre par la dépendance conséquente.

La rencontre avec les services sociaux du sujet âgé fragilisé par la maladie et la précarité se fait souvent dans des moments et des situations chaotiques (expulsion, hospitalisation, maintien impossible dans les structures d'hébergement social, etc.). L'intervention des équipes sociales et médico-sociales permet diverses orientations dont l'EHPAD pour les sujets âgés en situation de rupture.

Cette orientation a plusieurs conséquences. La première est de constituer une nouvelle rupture avec l'environnement habituel qu'est la ville de Paris pour un lieu situé en campagne picarde. La deuxième est l'intégration d'un cadre structuré par une temporalité et des règles institutionnelles. Celles-ci sont parfois vécues comme une nouvelle régression : ainsi le sentiment d'infantilisation induit par les restrictions sur la circulation et la consommation d'alcool dans la structure.

L'adaptation et l'intégration au sein de l'établissement sont souvent empreintes d'une certaine ambivalence. L'identification du lieu comme sécurisant et potentiellement réparateur du lien social compromis n'empêche pas des attaques constantes du cadre institutionnel par des conduites transgressives mettant à mal les règles de vie communautaire. Plusieurs situations peuvent être alors observées :

- souvent, il s'agit de personnes alcoolodépendantes, se mettant en danger fréquemment par des alcoolisations massives, obligeant leur orientation vers l'hôpital ;
- il peut s'agir de personnes souffrant de psychopathologies à l'origine de troubles du comportement perturbant sérieusement la vie institutionnelle ;
- les fugues avec errances et parfois retours vers la région parisienne ne sont pas rares ; certains résidents ne tolérant pas la rupture avec leur milieu de vie urbain ;
- l'incurie n'est pas rare et contribue aux perturbations de la vie institutionnelle ;

- les relations avec les autres résidents sont également complexes, allant du phénomène d'entraînement alcoolique à la conflictualité agressive dans certains cas ;
- les décompensations psychopathologiques réactionnelles sont fréquemment observées dans les premières semaines suivant l'admission.

Ces effondrements dépressifs (après une longue période de lutte) souvent manifestés par une tendance au repli, une passivité et des comportements régressifs, nécessitent une mobilisation importante des intervenants pour lutter contre une certaine forme de résignation mortifère. Il n'est pas rare que des troubles du comportement envahissants soient les seules manifestations de formes hostiles de dépression. Les tentatives de suicide franches sont rares et traduisent souvent un appel à l'aide. Les conduites à équivalence suicidaire (refus de traitement, refus de s'alimenter, etc.) sont plus fréquentes.

Le cas particulier des psychotiques vieillissant mérite d'être souligné au regard de leur nombre dans la structure. Ils cumulent souvent un long parcours institutionnel. Les décompensations aiguës ne sont pas rares chez ces résidents, le stress des changements étant un facteur de désorganisation psychique et comportementale nécessitant un traitement, voire une hospitalisation. Les décompensations sont également favorisées par une mauvaise observance du traitement, liée au déni des troubles.

Avec le temps, s'installe une certaine résolution à la faveur de la persévérance des équipes soignantes et services d'animation, permettant au résident de trouver un équilibre entre son désir de liberté, les restrictions institutionnelles et les limites physiques liées à l'âge.

C'est cette évolution qui permet de mesurer l'importance de l'intervention des équipes dans l'incitation et la suppléance. Cette évolution plaide également pour une individualisation des prises en charge, dites complexes, des sujets âgés fragilisés par des événements de vie difficiles. ■

*Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

2 *Le malaise dans la culture, Œuvres complètes, t. XVIII, PUF, Paris, 1994, pp. 249-333. Première édition allemande 1930.*

## AXE 2

# LA PRISE EN CHARGE, ENTRE HISTOIRE AMBIGUË ET INVENTIVITÉ LOCALE



Fins de vie sous de meilleurs hospices<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Fins de vie sous de meilleurs hospices - Culture/Libération.

## Une histoire de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne

### A history of the way in which homeless elderly people are taken in by the parisian municipality

Guillaume NORMAND

#### RÉSUMÉ

Cette approche historique de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne dévoile les ambiguïtés qui l'ont longtemps structuré. Apparues dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle, les établissements pour personnes âgées accueillent principalement des anciens travailleurs pauvres, s'accréditant des valeurs économiques et morales de l'époque. Les autres, associées à la mauvaise vie, trouvent refuge dans des dépôts de mendicité, gérés par la préfecture de police, ces environnements relèvent plutôt de la sphère carcérale. Toutefois, la faiblesse physique des personnes accueillies fait perdre au cours des années à ces structures leur vocation de correction et de réintégration. Fin XIX<sup>e</sup>, les établissements de Villers-Cotterêts et Nanterre deviennent des maisons de retraite pour « vieillards indigents ». Si petit à petit les standards des hospices de l'assistance publique s'appliquent, un encadrement rigoureux hérité du dépôt demeure, et un mélange de populations de tous âges est opéré. À partir des années 1970-80, des politiques d'humanisation des hospices se mettent en place, bien que l'hébergement semi-collectif perdure jusqu'au début du XXI<sup>e</sup> siècle, et le public accueilli se limite à d'anciens sans-abri de plus de 60 ans. Depuis les années 1990 ces institutions ont vu leurs activités de soin gériatrique davantage affirmées et contrôlées par les modes de financement des EHPAD.

**Mots clés :** Histoire - Accueil - Sans-abri - Vieillesse - Dépôt de mendicité

#### ABSTRACT

This historical approach to the care of homeless elderly people by the Paris municipality reveals the ambiguities that have long structured it. Facilities for the elderly appeared during the 19th century and mainly took in former working poor who were deemed to conform to the economic and moral values of the time. The others, associated with the bad life, found shelter in 'begging depots', managed by the Police Department, these environments rather belonged to the prison sphere. However, the physical weakness of the people taken in has meant that over the years these structures have lost their vocation of correction and reintegration. At the end of the 19th century, the facilities at Villers-Cotterêts and Nanterre became retirement homes for "destitute old people". Although little by little the standards of the public assistance hospices were being applied, a rigorous framework inherited from the depot remained and people of all ages are mixed together. From the 1970s and 80s, policies to humanize the hospices were put in place, although the semi-collective accommodation lasted until the beginning of the 21st century, and the public accommodated was limited to former homeless people over 60 years old. Since the 1990s, the gerontological care activities of these institutions have been further reinforced and controlled by the funding methods of the nursing homes.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 300-3.*

**Keywords:** History - Shelter - Homelessness - Old age - Begging depots

Auteur : Monsieur Guillaume Normand, Archiviste, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.  
Courriel : guillaume.normand@paris.fr

Lorsqu'apparaissent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle, le public auquel ils se destinent est circonscrit : hospices de la vieillesse et maisons de retraite accueillent principalement des anciens travailleurs pauvres. Compte tenu du faible nombre de places disponibles au regard des demandes d'admission, l'Assistance publique - premier opérateur d'hébergement du grand âge à Paris - met en place une sélection méticuleuse des pensionnaires, reposant sur des considérations tant économiques, administratives que morales.

En somme, ce sont des éléments accréditant d'une « utilité sociale » et d'une « respectabilité » qui sont requis : témoignages sur le parcours professionnel, réseau familial, vie conjugale, domiciliation, probité et bonnes mœurs... Intégrer une institution classique d'accompagnement à la fin de vie est donc très difficile pour les Parisiens à la rue parvenus à un âge élevé et dont le dénuement les associe à la mauvaise vie (oisiveté, libertinage, mendicité, délinquance, vagabondage...). Réservé aux classes populaires, l'hospice municipal ne s'adresse pas aux franges les plus précaires. Ce sont donc d'autres institutions qui vont pallier en partie cette fonction d'hébergement, l'accueil de ces vieillards vulnérables se déplaçant alors du complexe assistanciel d'origine hospitalier et charitable, vers un environnement tenant de la sphère carcérale.

Les dépôts de mendicité constituent le principal socle sur lequel se construit lentement un établissement pour la vieillesse la plus déshéritée. Placés sous la direction des services de police, ce sont des institutions à la longévité remarquable : naissant sous la monarchie en 1767, théorisés sous la Révolution par les discours du Comité de Mendicité, rendus obligatoires sous l'Empire dans chaque département en 1808 puis maintenus par la III<sup>e</sup> République, qui finira par les abolir nominativement en 1889. Prenant la suite de l'Hôpital général dans ses fonctions d'enfermement des catégories marginales, leur but était « la réclusion des mendiants et gens sans-aveu ». Ces « reclus » - terme consacré pour désigner les hébergés - pouvaient sortir au bout d'un an, après avoir fait l'objet d'un redressement moral, spirituel, et avoir été « rendus habiles à gagner leur vie de leurs mains ». Deux dépôts de mendicité sont institués pour le département de la Seine, le premier à Saint-Denis (1769), le deuxième (1808) à Villers-Cotterêts, dans le château Renaissance de François I<sup>er</sup>. Le peu d'archives disponibles rend difficile d'établir la spécificité de l'un par rapport à l'autre.



Source iconographique CASVP.

Des indices suggèrent toutefois que le dépôt situé dans l'Aisne est progressivement peuplé d'individus invalides (vieillards, infirmes, paralytiques...) subissant une forme de relégation géographique, tandis qu'à Saint-Denis s'affirme un établissement ouvertement punitif. Ces deux centres ne sont pas isolés du dispositif plus large des maisons de retraite et hospices de Paris, ils intègrent ce réseau en fin de chaîne, recevant les pensionnaires ayant été expulsés des institutions de l'Assistance publique<sup>1</sup>. Saint-Denis et Villers-Cotterêts se transfèrent mutuellement des pensionnaires pour motifs disciplinaires.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les dépôts de mendicité sont remis en cause. C'est le résultat d'une lente évolution de ces structures autant que de la volonté de réformistes. En témoigne Villers-Cotterêts, dont l'administration intègre le risque de mortalité de ses pensionnaires en prélevant systématiquement le coût d'un cercueil sur l'argent accumulé par le travail du reclus : la faiblesse physique des personnes accueillies fait perdre à la structure sa vocation de correction et de réintégration. Du côté de Saint-Denis, le centre est accusé de provoquer la contamination morale entre les individus ; déjà en 1834, il était décrit comme « un hideux mélange de l'enfance, de la décrépitude et de la virilité [...], un assemblage monstre grouillant de vices et d'infamies<sup>2</sup> ». Le dépôt de mendicité de Villers-Cotterêts devient en 1889 une maison de retraite pour les *vieillards indigents parisiens*, sans casier judiciaire, dépendant toujours du giron de la Préfecture de Police. En 1887, succède au dépôt de Saint-Denis la *Maison de répression* de Nanterre, qui prend soin d'entamer une séparation des quelque 5 000 personnes accueillies sur les 17 hectares du site.

<sup>1</sup> Pratique entérinée en 1952 avec la signature d'un protocole entre Préfecture de Police et Assistance-Publique au sujet des transferts disciplinaires depuis les hospices.  
<sup>2</sup> Hippolyte Raynal, *malheur et poésie*, Paris, Perrotin, 1834 (pp. 81-82).

## VERS UN HÉBERGEMENT DE MOINS EN MOINS COERCITIF

Les réformes entreprises au tournant du XX<sup>e</sup> siècle ne libèrent pas complètement ces établissements de leur fonction originellement répressive. Ainsi, le compte rendu de l'exposition universelle de 1900 rend transparente la continuité entre le dépôt de mendicité et les deux centres « sociaux » de la Préfecture de Police : « le maintien de l'ordre dans la société rend nécessaires, à l'égard de certains malheureux sans asile et sans pain, des mesures qui peuvent paraître contraires au principe de liberté individuelle, mais qu'exige le souci de garantir la sécurité publique. La répression du vagabondage et de la mendicité, l'internement plus ou moins prolongé des mendiants sans domicile sont, en effet, une nécessité sociale ». Malgré cette persistance, la considération de la population accueillie a évolué, ce dont rend compte le discours du préfet de police Lépine lors de sa visite à Villers-Cotterêts en 1909 : « les mendiants sont devenus des vieillards infirmes réduits à l'extrême misère, mais auxquels la Préfecture de Police épargne la suprême épreuve de tendre la main, elle ne les recueille non plus au nom du Code pénal comme des prisonniers, mais comme des vaincus de la vie, au nom des principes démocratiques ». Les années 1930 tendent ensuite à rapprocher cet établissement des standards des hospices de l'Assistance-publique. Équipée du confort de son époque, offrant des loisirs aux résidents, la maison bénéficie d'une bienveillance républicaine<sup>3</sup> qui l'éloigne de son passé répressif. Toutefois, subsistent encore certaines pratiques du dépôt : un encadrement rigoureux, une mise au travail recommandée, le port de l'uniforme obligatoire, des admissions parfois « disciplinaires » du ressort de la Préfecture de Police.

Dans ces deux établissements, le mélange de populations persiste, au point de devenir un élément constitutif de leur identité. Parmi les différentes composantes de la maison de Nanterre, la section consacrée à la vieillesse est destinée aux « vieillards, septuagénaires, infirmes, impotents, paralytiques avec ou sans antécédents judiciaires ». Pour Villers-Cotterêts, c'est une logique économique et réglementaire qui préside à un mélange des profils : le recours au travail d'auxiliaires quinquagénaires permet à la maison de retraite d'avoir un nombre d'employés réduit<sup>4</sup> et un prix de journée des plus bas, tandis que la loi d'assistance de 1905 qui promet la prise en charge des vieillards, infirmes et aveugles

autorise le placement de ces trois catégories aux besoins pourtant différents (en 1947, l'établissement voit même une naissance parmi ses pensionnaires !). Au sortir de la Seconde guerre mondiale, le château est transféré à la Préfecture de la Seine, il a subi des dégâts considérables qui se combinent avec une chute des demandes d'admission ; l'administration s'oriente alors en 1956 vers l'intégration de malades mentaux vieillissants à hauteur de 20 % des effectifs pour faire perdurer l'activité de la maison. L'amalgame prend cependant fin dans les années 1980 lorsque d'importants travaux dans le centre de Nanterre conduisent à un renouvellement des résidents cotteréziens, ces transferts de personnes circonscrivant désormais le public accueilli à d'anciens sans-abri de plus de 60 ans.

## UN DIFFICILE RENOUVELLEMENT DES PRISES EN CHARGE

Les politiques d'humanisation des hospices, initiées dans les années 1970, ne touchent Villers-Cotterêts qu'au milieu des années 1980 et elles sont rapidement revues à la baisse du fait de l'inexorable chute des admissions et de l'inadaptation des murs du XVI<sup>e</sup> siècle à de grandes transformations. Ce n'est qu'à la faveur du déménagement du château en 2014 vers un nouvel établissement qu'intervient la normalisation de l'établissement en tant que maison de retraite. L'EHPAD François I<sup>er</sup> abandonne son hébergement semi-collectif ainsi que sa spécialisation d'accueil de populations strictement parisiennes et précaires, il ouvre ses admissions aux habitants du département de l'Aisne quelles que soient leurs situations sociales.

Si Villers-Cotterêts a été l'objet d'attentions des édiles, du côté de Nanterre, l'établissement est jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle encore trop associé à l'univers du bas-fond parisien pour mobiliser un élan politique à même de renouveler ses modes de prise en charge<sup>5</sup>. Archétype de l'établissement « vétuste, violent et sale », cette « prison de la misère » où « échoient les clochards » de Paris est dénoncée par des ouvrages<sup>6</sup> ou des reportages qui attirent l'attention de l'opinion dès les années 1970. Lorsque mendicité et vagabondage cessent d'être des délits en 1975 puis 1992, les admissions sous contrainte ne trouvent plus de cadre légal, ouvrant la voie à une baisse des entrées et une reconfiguration administrative et architecturale du site. L'hospice, qui a toujours été le prolongement du centre d'accueil (en 1978, 80 % des résidents en proviennent ; chiffre à peu près semblable en 2018),

<sup>3</sup> Visites du président de la République Félix Faure en 1898 et du président du Conseil Raymond Poincaré en 1923, du préfet de Police Lépine en 1909 ; le médecin chef de l'établissement reçoit la Légion d'honneur en 1898, un buste lui sera élevé après sa mort.

<sup>4</sup> Seulement 27 employés pour la gestion de près de 1 700 vieillards en 1898.

<sup>5</sup> Il n'intervient qu'en 1981, à la faveur de la visite du secrétaire d'État en charge des personnes âgées qui déclare que « la maison de Nanterre, et à travers elle toute situation qui serait sinon de même grandeur, du moins de même nature, n'est pas un héritage qu'un gouvernement de gauche peut supporter très longtemps ».

<sup>6</sup> Carmen Bernand, *Les vieux vont mourir à Nanterre, Le Sagittaire, 1978* ; Patrick Declerck, *Les Naufragés - Avec les clochards de Paris, Plon, 2003*.



Source iconographique CASVP.

arrête alors d'en être un simple « secteur » en 1988 pour devenir une unité distincte, d'une capacité de 527 lits dont 96 de cure médicale (il y en avait 1 174 en 1978).

Freinée dans ses perspectives d'évolution de par son statut de service non personnalisé de la Ville de Paris, la Maison de Nanterre devient alors le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre en 1989, érigé en établissement public autonome dont la gestion est confiée au préfet de police et la tutelle assurée par l'État. La composition du centre avec un hôpital, un CHU, un CHRS et un EHPAD est une exception en France<sup>7</sup>, qui génère pour sa maison de retraite certaines difficultés d'affirmation de sa mission : une dépendance vis-à-vis de la structure hospitalière dont elle est un budget annexe (repas d'hôpital pour un lieu de vie de personnes âgées, frontières floues avec l'unité de soin de longue durée, etc.), et une proximité avec le CHAPSA

(Centre d'assistance aux personnes sans-abri) et le CHRS qui l'inclinent à accueillir des personnes de plus de 60 ans assez valides et dont les entreprises de réinsertion sociale se heurtent à leur âge. En 2020, les multiples phases « d'humanisation » et d'adaptation des locaux ont permis de réduire la capacité de l'EHPAD à 120 lits. De par les modes de financement des EHPAD apparaissant au milieu des années 1990 (contrats d'objectif, conventions tripartites, CPOM), ces deux institutions ont vu leurs activités de soin gériatrique davantage affirmées et contrôlées ; elles sont inscrites dans les dynamiques médico-sociales de leurs époques.

Nanterre et Villers-Cotterêts sont ainsi des structures incarnant la permanence des établissements de prise en charge d'individus à la croisée de la vieillesse et de la pauvreté. Centres jumeaux, leurs points communs les situent à contre-courant du renouvellement des prises en charge des personnes âgées initié dans les années 1970 : travail des pensionnaires jusque dans les années 1980<sup>8</sup>, hébergement semi-collectif jusqu'au début du XXI<sup>e</sup> siècle, encadrement bien plus strict que dans d'autres établissements<sup>9</sup>, sous-médicalisation, efforts très tardifs de mise aux normes des locaux par l'administration<sup>10</sup>, etc. L'accueil différencié de ces anciens sans-abri a ainsi traversé des régimes politiques et des équipes municipales de bords différents, tandis que les multiples courants de pensée qui renouvellent la question sociale (charité, répression de la pauvreté, assistance, aide sociale contemporaine) n'ont que tardivement commencé à remettre en cause cette forme de mise à l'écart.

Pour sources, cet historique s'appuie sur les archives de l'établissement François I<sup>er</sup>, en cours de classement, tandis que la structure de Nanterre a été étudiée à partir des débats au Conseil de Paris, d'articles de presse et de la documentation produite par la Préfecture de Police (revues, rapports d'activité). ■

*Liens d'intérêts* : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

<sup>7</sup> Dans les débats au Conseil de Paris du 25 novembre 1996, le Préfet de Police déclare que le CASH de Nanterre est le seul établissement en France à avoir, en application de la loi 89-18 du 13 janvier 1989, compétence en matière sanitaire et médico-sociale.

<sup>8</sup> En 1982 suppression des distributions de vin comme récompenses des hébergés affectés à un emploi à Nanterre ; Villers-Cotterêts abolit le travail des pensionnaires en 1984.

<sup>9</sup> Suppression des cachots (le « bloc 45 ») et des punitions à Nanterre en 1982 ; le dernier cahier de relevé de punitions de Villers-Cotterêts date de 2005.

<sup>10</sup> Motivés - pour Villers-Cotterêts - par l'amélioration des conditions de travail du personnel plutôt que par celle d'hébergement des personnes.

# Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue

## The know-how of nursing homes that welcome residents who used to be homeless

Martine LE NOC SOUDANI<sup>1</sup>, Charlotte MIOT<sup>2</sup>

### RÉSUMÉ

L'inventivité et la réflexivité, dont font preuve les équipes soignantes d'EHPAD confrontées à la prise en charge d'un public que servent mal les outils et les pratiques habituels, pourraient être capitalisées afin de nourrir de nouvelles approches. Cet article fait état de ce savoir-faire en s'appuyant sur un groupe d'analyse de pratique qui a permis l'identification de réponses de soignants sur un plan individuel et sur leur stratégie collective pour gérer les symptômes psycho-comportementaux fréquents chez les résidents ayant connu un parcours de rue. Au sein de l'établissement François I<sup>er</sup>, héritier de la prise en charge des « indigents », le personnel développe le rôle de « soignant-confident », qui se transmet sous la forme d'un tutorat implicite des anciens aux nouveaux soignants. Ainsi, les agents acceptent que les résidents identifient un bon et un mauvais objet parmi le personnel, quitte à être ce-dernier. Ces savoir-être nécessitent du temps pour que la confiance s'instaure, pour arriver à bout des refus de soins fréquents qui s'expriment parfois violemment... C'est un travail de longue haleine, complexe et semé d'embûches qui implique une augmentation conséquente du temps passé par rapport à une prise en charge classique.

**Mots clés :** Savoir-faire - Savoir-être - Aide-soignant - Précarité - Accompagnement - Soins - Bienveillance

### ABSTRACT

The inventiveness and capacity for reflection shown by the nursing home teams faced with the care of a public that is poorly served by the usual tools and practices could be capitalized upon in order to feed new approaches. This article reports on this know-how by relying on a practice analysis group that identified the responses of caregivers on an individual level and on their collective strategy to manage the psycho-behavioral symptoms that are frequent among residents who have experienced homelessness. Within the François I<sup>er</sup> institution, heir to the care of the "indigent", the staff is developing the role of "confident carer" which is transmitted in the form of implicit tutoring from the old carers to the new ones. Thus the staff accept that the residents identify a good and a bad object among the staff, even if it means being the latter. It is a long-term, complex and difficult task, involving a significant increase in the time spent compared to traditional care.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (5) : 304-7.*

**Keywords:** Know-how - Social skills - Caregiver - Precariousness - Accompaniment - Care - Benevolence

<sup>1</sup> Gériatre, ARS.

<sup>2</sup> Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

Auteur correspondant : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.  
Courriel : charlotte.miot@paris.fr

Certains soignants d'EHPAD ont développé un savoir-faire pour la prise en soins des résidents issus de la grande précarité, transmis sous la forme d'un tutorat implicite des anciens soignants aux nouveaux. Un des points forts de ce savoir-faire est la notion de « soignant-confident » : un soignant identifié par le résident comme une personne en qui il peut avoir confiance. Ce binôme permet une dimension relationnelle au-delà du soin tout en y ajoutant un cadre (érigé autour de quatre mots pivots : correction-négociation-rigidité-souplesse).

Ces soignants-confidents peuvent être la concrétisation d'une des composantes du soin qui a été décrite en gériatrie comme « le pari de la rencontre »<sup>1</sup>. Mais pour ces résidents, ils seraient peut-être surtout la traduction du besoin d'attachement fréquent chez les personnes sans domicile. Pour le Docteur Alain Mercuel<sup>2</sup>, toutes les maltraitements dans l'enfance ont entraîné une pathologie de l'attachement ou du moins une souffrance autour de l'attachement et par analogie l'article premier des personnes vivant à la rue est : « Toute personne qui s'approche de moi va me trahir, puisque les premiers qui devaient s'occuper de moi m'ont trahi. »

### Un groupe d'analyse de pratique<sup>3</sup> organisé à l'EHPAD François I<sup>er</sup> de Villers-Cotterêts

Les groupes d'analyse de pratique permettent une identification et une analyse des symptômes psycho-comportementaux et des réponses des soignants sur un plan individuel mais aussi sur leur stratégie collective pour personnaliser la prise en charge des résidents. Les groupes d'analyse de pratique doivent également pointer les questions non résolues telles que l'incapacité à faire face à certains symptômes, et envisager les limites de la prise en charge. Ce groupe d'analyse de pratique organisé en juin 2019<sup>4</sup> a corroboré certains questionnements concernant l'hygiène, le respect des bonnes pratiques en EHPAD, la prise en charge de l'éthylisme, la liberté d'aller et venir, le bien-être des autres résidents. Toutefois, il s'agissait avant tout de pouvoir formaliser et normaliser le savoir-faire du personnel d'EHPAD pour le capitaliser et, plus tard, le transmettre aux autres professionnels de secteur.

## L'ENTRÉE EN EHPAD POUR LES PERSONNES ISSUES DE LA RUE

Selon les aides-soignants, les personnes sans domicile admises voient dans un premier temps l'entrée en EHPAD plutôt comme une solution, alors que les autres résidents souffrant de pathologies dégénératives, somatiques ou psychiatriques la voient comme une déchéance. Cette attitude corrobore les propos de la sociologue Sophie Rouay-Lambert<sup>5</sup>. En effet, les personnes vieillissantes précaires placent beaucoup d'espoir dans le statut de retraité, qui peut être valorisant pour reconquérir un statut social. Par ailleurs, cette reconnaissance sociale s'accompagne d'un ensemble d'envies : renouer avec sa famille, retrouver son pays, sa région ou sa ville d'origine, tout cela afin de retrouver une identité avec cette question « qu'est-ce que je vais laisser comme trace avant de partir ? ». Ces envies restent souvent à l'état de fantasmes, pouvant entraîner un désenchantement difficile à accepter par les personnes vieillissantes précaires.

Si l'entrée en EHPAD est le plus souvent vécue comme une forme de déracinement par les résidents, qui ont le sentiment de perdre leur ancienne vie, les personnes qui ont connu la rue semblent au contraire pouvoir s'ancrer dans cette nouvelle vie où elles se réapproprient des droits. De façon surprenante, elles considèrent l'EHPAD principalement comme un lieu de prestations. Dès lors elles adoptent généralement un comportement très exigeant, notamment vis-à-vis de la nourriture, se mettant souvent en colère et manquant parfois de respect (heureusement « *la blouse y fait beaucoup* »). Comme pour rattraper une vie de rue, elles surinvestissent certains domaines de la vie quotidienne qui leur auraient fait défaut avant. Mais leur vulnérabilité antérieure a fait le lit d'une certaine fragilité psychique. Ce sont aussi des résidents qui réclament une attention accrue.

Le plaisir de s'offrir une nouvelle vie en venant habiter en établissement s'est un peu altéré depuis le transfert de l'EHPAD dans les nouveaux locaux. Selon les professionnels, ces résidents aimaient le cadre du château de Villers-Cotterêts, peu confortable mais en centre-ville. La vie au Château

1 *Le pari de la rencontre c'est le fait d'accepter de rencontrer l'autre sans a priori, sans représentation sociale, en étant curieux de l'autre, de ce qu'il dit. Cela est valable aussi bien pour le praticien que pour l'usager. Cette attitude est essentielle pour partir de l'autre, de ce qu'il dit, de ses récits pour élaborer le travail à faire ensemble.*

2 *Dans « Vulnérabilités psychiques : mobiliser la société contre l'exclusion. Les cahiers de l'espace éthique IDF GHU PARIS psychiatrie et neurosciences », mars 2019.*

3 *« Il s'agit d'un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La "pratique réflexive" amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée », CNFPT-Fiche rédigée par Claude Lepineux mai 2015.*

4 *Animé et observé par Georges Jovelet, Patrick Milhe-Poutingon, Charlotte Miot et Martine Le Noc Soudani dont la principale interrogation était : pourquoi et comment certains EHPAD acceptent et réussissent à accompagner des résidents ayant connu un parcours de rue et présentant des symptômes psycho-comportementaux très perturbateurs ?*

5 *Propos recueillis lors de la conférence « questions sociales : des clés pour comprendre » sur le public à la rue vieillissant, octobre 2019.*

avait des avantages pour ces résidents par rapport au nouvel EHPAD dont le premier troquet se trouve à 1 km à pied. Cette distance a également mis les résidents face à leurs difficultés motrices occultées auparavant. Ils ont brutalement découvert qu'ils étaient assimilés à des vieux, ils ont pris conscience de leurs incapacités et de leur dépendance aux moyens de locomotion mis à leur disposition. Ils se sentent « reclus », car tout déplacement implique un coût physique ou financier (le billet de la navette pour le centre-ville aller-retour s'élève à 2,40 €). Pourtant, alors que le château était entouré de murs, la nouvelle structure est ouverte et reflète mieux la liberté d'aller et venir qui est maintenant la règle dans les EHPAD.



Source iconographique CASVP.

## **LES ANCIENS AIDES-SOIGNANTS COACHENT LES NOUVEAUX**

---

Les aides-soignants rencontrés sont de jeunes professionnels, si ce n'est toujours en âge, au moins en termes de carrière (par exemple pour une, la gériatrie était une reconversion après avoir travaillé pendant plusieurs années auprès de jeunes enfants). Lors de notre première rencontre, une fois les réticences naturelles évacuées, chacun y va de son histoire, qui conforte sa vocation, et avoue avoir « un petit préféré ». Si les aides-soignants reconnaissent qu'il peut y avoir des « couacs entre collègues, l'esprit d'équipe reste permanent et le bien-être du résident passe avant tout ».

Les anciens aides-soignants coachent les nouveaux. Ainsi, contrairement à ce qui est enseigné dans les écoles et prôné

dans les structures, ici « on essaie dans notre savoir-être de ne pas prendre en considération le parcours de ces résidents. On le connaît, mais on oublie leur passif et on part de zéro, on leur offre une image neuve, sans aucun a priori, ni représentations associées bien que leur parcours de vie se lise souvent aisément sur leur physique ». Pour les aides-soignants tous les résidents ont les mêmes droits et c'est un préalable indispensable que se tisse un lien de confiance avec ces personnes ayant particulièrement besoin d'être valorisées.

Le visiteur professionnel est étonné de constater qu'il règne ainsi un climat de grande tolérance alors que les soignants sont confrontés quotidiennement avec certains résidents à une agressivité verbale ou même physique sous-jacente. Cette bienveillance ambiante est possible grâce au professionnalisme des soignants, qui, selon leurs propos, savent parfois se montrer ferme « pour que les résidents ne prennent pas le dessus », mais acceptent par ailleurs qu'ils identifient un bon et un mauvais objet parmi le personnel qui les entoure, quitte à l'être. « C'est la structure qui s'adapte au résident et c'est le résident qui choisit son soignant-confident », tout comme son mauvais objet, pour pouvoir fonctionner.

La prise en soin individuelle se fait au cas par cas, avec toutefois une constante : la position systématique de refus du résident au début. La confiance nécessite du temps pour s'installer mais aussi un savoir-faire et un savoir-être, d'autant que certaines situations peuvent être conflictuelles. Ainsi lorsque des soins d'hygiène s'imposent, par exemple quand « ils reviennent saouls et qu'ils se sont faits dessus. C'est la technique du caméléon et de l'anguille qui s'applique. On attend et on y revient à plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on arrive à nos fins ». Ce paradigme d'une négociation systématique implique premièrement une augmentation conséquente du temps passé par rapport à une prise en charge dite classique<sup>6</sup>. Deuxièmement, il peut conduire à des situations extrêmes, comme avec cette résidente non entièrement lavée pendant plusieurs mois, parce que son aide-soignante confidente était en congé maternité.

## **LA QUESTION DE L'ALCOOL**

---

C'est un sujet qui est souvent abordé dans les EHPAD accueillant des personnes ayant connu un parcours de rue. Comme nous venons de l'évoquer, les états alcooliques

<sup>6</sup> À dix ans d'intervalle, en 1999 et 2009, deux études ont mis en évidence le lien entre précarité, durée et complexité des séjours hospitaliers. Mathy C, Bensadon M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *J Econ Med* 2000 ; 20 : 263-73 et J. Holstein, D. Farge, N. Taright, L. Trinquart, D. Manac'h, T. Bastianic, G. Chatellier. *Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour*, Elsevier Masson, 2009.

engendrent des difficultés de prise en charge, des refus de soins, pour lesquels les soignants doivent négocier pour se faire entendre. Prendre soin d'un résident présentant un mésusage de l'alcool nécessite un savoir, un savoir-faire et un savoir-être. L'accompagnement, avec l'information et la maturation avant le changement font partie des soins, avec une constante : l'autonomisation du soigné. Il s'agit d'une offre de soin, d'une proposition, puis d'une présence aux côtés de celui qui chemine dans son traitement. L'équipe soignante s'adapte au rythme de la progression du soigné et non l'inverse. C'est un travail complexe, jamais terminé, même si le soigné semble aller mieux. Ce travail institutionnel est à organiser et doit être permanent, il nécessite idéalement la collaboration des psychiatres et des addictologues. Cet itinéraire est semé d'embûches, d'échecs, d'épisodes d'alcoolisation, de frustrations pour le soigné et le soignant. Ces embûches sont mal ressenties par tous. Ce sont souvent des épisodes de vulgarité, de désinhibition, d'apathie, de rejet. C'est également de la violence de la part du résident, de peurs du soignant, de l'anxiété pour les deux. La maltraitance est toujours possible, celle du soigné envers le soignant, celle du soignant qui ne peut maîtriser son angoisse. Souvent verbale mais aussi émaillée de contraintes (interdiction de sortir, interdiction d'amener au sein de l'EHPAD des boissons alcoolisées en totale contradiction avec la culture du soin du mésusage de l'alcool).

Toutefois, « la question de l'alcool ne trouvera jamais une seule et bonne réponse » selon Madame Martel ancienne directrice adjointe chargée des soins. « Si certains arrivent, après une longue et répétée négociation, à diminuer leur consommation d'alcool (où le verre de vin servi à table au moment des repas suffit), pour d'autres, il n'y a pas de limite ; après le repas, ils vont sortir faire des courses pour se ravitailler, ou s'il leur est interdit de sortir pendant un moment (pour cause de violences ou chutes à l'extérieur ou dans l'EHPAD), ils arrivent quand même à se faire rapporter de l'alcool par d'autres résidents.

Tout est dans le contrat que l'institution arrivera à passer avec eux au départ. »



La dépendance à l'alcool et les bonnes relations avec le personnel (dont les gardiens). Dessiné en direct au séminaire Inter-résidences et EHPAD du CASVP, Paris, le 30/05/2016.

L'EHPAD est lieu de vie et de soins. Une réflexion doit être menée pour se poser les bonnes questions et proposer de bonnes pratiques. Le soutien des équipes doit être structuré et permanent. Elles devraient pouvoir bénéficier d'une formation spécifique à la précarité et à leurs publics vieillissants.

Ainsi, le savoir-faire des aides-soignants qui prennent en soins des résidents issus de la rue est essentiel, mais encore peu reconnu. Le formaliser, le faire connaître, le transmettre mais aussi le tracer permettrait de le faire valoir dans le plan de soins élaboré par le professionnel de santé. En parallèle, la constitution d'un groupe éthique est proposée, tout comme la création d'un diplôme universitaire spécialisé. ■

*Liens d'intérêts :* les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

**Note de la rédaction :**

Les références bibliographiques afférentes au dossier seront publiées dans la 2<sup>e</sup> partie à paraître dans le numéro de juin.

# Précarité des personnes âgées

## Precarious and elderly

Vanessa BENOIT<sup>1</sup>, Patrick DELARUE<sup>2</sup>, Xavier EMMANUELLI<sup>3</sup>, Isabelle FAULQUES<sup>4</sup>, Jacques GAUILLARD<sup>5</sup>, Paul HENRY<sup>6</sup>, Jean-Philippe LEGRAND<sup>7</sup>, Martine LENOC SOUDANI<sup>8</sup>, Marie MALLET<sup>6</sup>, Patrick MILHE POUTINGON<sup>9</sup>, Charlotte MIOT<sup>10</sup>, Papa Oumar NDIAYE<sup>11</sup>, Guillaume NORMAND<sup>12</sup>, Sophie ROUAY-LAMBERT<sup>13</sup>

*Note de la Rédaction : Ce dossier traitant de la précarité chez des personnes âgées est publié en deux parties ; la première est parue dans le numéro de mai.*

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### Introduction

*Benoit V, Le Noc Soudani M, Miot C, Rouay-Lambert S.*

#### AXE 1 : LA PRÉSENTATION DU PUBLIC DES PERSONNES ÂGÉES PRÉCAIRES, PROFILS, TRAJECTOIRES ET PARCOURS

Le descriptif des pathologies, l'exclusion et les pistes de réflexion

*Emmanuel X.*

Les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

*Miot C.*

Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD

*Henry P, Mallet M.*

Les troubles du comportement des résidents d'EHPAD ayant connu un parcours de précarité

*Ndiaye PO.*

#### AXE 2 : LA PRISE EN CHARGE, ENTRE HISTOIRE AMBIGUË ET INVENTIVITÉ LOCALE

Une histoire de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne

*Normand G.*

Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue

*Le Noc Soudani M, Miot C.*

**1** Sous-directrice de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

**2** Directeur de l'EHPAD François I<sup>er</sup>, 1 place Aristide Briand, 02600 Villers-Cotterêts, France.

**3** Médecin et homme politique français, fondateur du Samu social de la ville de Paris et Président du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées de 1997 à 2015.

**4** Conseillère en économie sociale et familiale, CASVP, Mission sociale en Résidences-services, 7 rue Jean Nicot, 75007 Paris, France.

**5** Psychiatre, Hôpitaux de Saint Maurice, 12-14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint Maurice, France.

**6** Contrôleur de gestion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

**7** Cartooniste. Sprl Aster Communication Graphique, Sous Wérimont, 22, B4970 Stavelot, Belgique.

### 2<sup>e</sup> PARTIE

#### AXE 3 : LE BESOIN DE DÉVELOPPER UNE PRISE EN SOINS ADAPTÉE

p. 336

La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement ?

*Delarue P.*

p. 337

Le projet de soins et les soins requis

*Gauillard J.*

p. 341

Une éthique de la finalité

*Milhe Poutingon P.*

p. 344

Comment préparer et réussir l'accueil des personnes âgées précaires en EHPAD ?

*Faulques I, Miot C.*

p. 346

Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société

*Rouay-Lambert S.*

p. 349

Conclusion

*Benoit V, Le Noc Soudani M, Miot C, Rouay-Lambert S.*

p. 359

Références

p. 362

**8** Gériatre, ARS.

**9** Conseiller technique en travail social, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

**10** Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

**11** Psychiatre, 10 rue Capit Descamps, 02200 Soissons, France.

**12** Archiviste, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

**13** Architecte d'intérieur, urbaniste et sociologue, Institut catholique de Paris, 21 rue d'Assas, 75006 Paris, France.

Auteur correspondant : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

Courriel : charlotte.miot@paris.fr

## AXE 3

# LE BESOIN DE DÉVELOPPER UNE PRISE EN SOINS ADAPTÉE



Dessin de conclusion et hommage au personnel soignant.

Dessiné en direct au séminaire Inter-résidences et EHPAD du CASVP, Paris, le 30/06/2016.

# La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement ?

## Is the freedom to flee an accompaniment route?

Patrick DELARUE

### RÉSUMÉ

Les résidents précaires étant des personnes plutôt non dépendantes d'un point de vue fonctionnel, les accueillir en EHPAD repose la question de la sortie inopinée, dite « fugue » en EHPAD en général. Après avoir dressé une rapide comparaison entre le fugueur âgé dépendant et la sortie inopinée d'un précaire vieillissant, il s'agit de trouver des moyens pour accompagner la fugue plutôt que ceux, de plus inopérants, qui consistent à essayer de l'empêcher. Ainsi, sont présentées dans cet article les mesures mises en place basées sur les savoir-faire spécifiques développés par l'institution, orchestrés par un acteur essentiel qu'est l'agent-confident (soignant ou agent d'accueil). La clé de la réussite réside principalement dans le fait de dialoguer, de négocier, de contractualiser (à propos des cigarettes, de l'alcool, des animations, des sorties...) mais aussi d'adapter son niveau d'exigence sans jamais juger le résident malgré les accès de violence verbale ou physique.

**Mots clés :** Fugue - Sortie inopinée - Agent d'accueil - Accompagnant confident - Négociation - Contrat moral - Adaptation

### PATRICK DELARUE RACONTE SON PREMIER SOUVENIR EN TANT QUE DIRECTEUR DE L'EHPAD DE VILLERS-COTTERÊTS

Je me rappelle le deuxième jour de mon arrivée, un monsieur avait profité d'une sortie au marché pour s'enfuir vers la gare. Je me suis retrouvé avec lui marchant sur les rails non désaffectés en direction de

### ABSTRACT

As the precarious residents are rather not dependent from a functional point of view, welcoming them in nursing homes raises the question of the unannounced exit, known as "runaway" in nursing homes in general. After having drawn a quick comparison between the dependent elderly runaway and the unannounced exit of an ageing precarious person, it is a question of finding means to accompany the runaway rather than, those more inoperative, which consist in trying to prevent it. This article therefore presents the measures put in place based on the specific know-how developed by the institution, orchestrated by a key player, the confidential agent (carer or receptionist). The key to success lies mainly in dialogue, negotiation and contractualisation (concerning cigarettes, alcohol, entertainment, outings, etc.), but also in adapting the level of requirements without ever judging the resident, despite verbal or physical violence.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 337-40.*

**Keywords:** Runaway - Unexpected exit - Intake officer - Confiding support person - Negotiation - Moral contract - Adaptation

Paris. La négociation a été dure, rien n'y a fait, pas même la complicité du cheminot qui inventa une grève pour m'aider ! Il refusa de monter dans ma voiture par crainte que je le ramène. Il a juste accepté que je l'accompagne, de loin, jusque dans un train. « Pas d'argent ? » « Pourquoi payer un billet, je ne l'ai jamais fait de ma vie ! » De plus, ce monsieur extrêmement déterminé avait élaboré un plan : « Je vais aller Gare du Nord, me diriger vers l'hôpital Lariboisière, me saouler à chaque bar sur le chemin, je

Auteur : Monsieur Patrick Delarue, Directeur de l'EHPAD François I<sup>er</sup>, 1 place Aristide Briand, 02600 Villers-Cotterêts, France.  
Courriel : patrick.delarue@paris.fr

*m'écroulerai ivre mort juste devant l'hôpital, qui s'occu-  
pera de moi avant de me ramener à Villers-Cotterêts. » Une  
fois dans le train il accepta que j'indique nos coordonnées  
sur des petits papiers mis dans plusieurs poches de ses  
vêtements. Le résident dit précaire applique les résurgences  
de son ancienne vie à la rue. Sa faculté mentale et  
raisonnée d'exprimer ses choix dépasse souvent toutes les  
règles de la vie en communauté, toutes les autorités. Ainsi,  
dans ce cas précis, plutôt que d'empêcher la fugue, il est  
nécessaire de trouver des moyens pour l'accompagner.*

Comment concilier « liberté d'aller et venir » et sécurité de la personne âgée en EHPAD ?

Ce dilemme récurrent questionne toujours les établissements<sup>1</sup>. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est d'ailleurs annuellement saisi pour des cas sporadiques<sup>2</sup> en EHPAD, à tel point qu'un projet de loi de 2012 ressort régulièrement dans le débat pour intégrer ces institutions dans leur champ de compétence.

Pour les EHPAD accueillant un public issu de la précarité, la problématique est d'autant plus prégnante que la « fugue », dans le sens « fuite dans la rue », peut faire partie intégrante de l'histoire de vie du résident, de ses habitudes et même de son projet de vie ! Ces personnes, souvent autonomes, en sont d'ailleurs très capables. La question de savoir s'il faut renforcer les mesures de sécurité anti-fugue ou au contraire accepter le risque revêt une importance toute particulière dans les EHPAD marqués par l'hébergement de personnes sorties de la rue<sup>3</sup>.

Outre l'application des recommandations usuelles, l'EHPAD a développé des techniques et savoir-faire que l'on ne retrouve pas forcément dans la littérature classique.

Après avoir dressé une rapide comparaison entre le fugueur âgé dépendant et la sortie inopinée d'un précaire vieillissant, sont présentés les mesures mises en place et les savoir-faire spécifiques de l'institution.

## LA FUGUE, CERTAINE ET ORGANISÉE

Le milieu médico-social utilise généralement le mot « fugue » ou « sortie inopinée » pour les personnes âgées

dépendantes. « Fugue » signifie « fait de s'enfuir momentanément du lieu où l'on vit habituellement », c'est-à-dire d'un lieu qui en principe préserve d'un risque en l'empêchant. « Sortie inopinée » est souvent associée aux termes « accidentelle, aléatoire, éventuelle ». Or, pour le résident précaire, la « fugue » n'est pas accidentelle, elle est organisée. Elle n'est pas éventuelle, elle est au contraire certaine. Le lieu, même s'il développe une ingéniosité d'empêchement, aura toujours une faille. Le résident précaire la trouvera car il en a l'expérience, la capacité et le temps.

Le profil du fugueur classique en EHPAD est une personne âgée fragile, ayant quelques autonomies mais dépendante d'un point de vue fonctionnel, dans le refus de l'institutionnalisation ou dans la recherche du retour chez elle plus ou moins conscient. Une fois dehors, cette personne est souvent perdue, avec une dépendance exacerbée et des risques accrus. Les professionnels vivent sa fugue comme un échec de surveillance, craignent pour sa santé et doivent répondre aux questions et inquiétudes de la famille.

Le résident précaire en EHPAD, quant à lui, est généralement « jeune », autonome, alcoolique et/ou fumeur. Il voit la rue comme le lieu de sa vie où il est libre et lui-même. Il ne refuse pas l'institution pour peu qu'il s'y sente bien, mais n'est pas désorienté une fois dehors. En sortant, il prendra assurément des risques pour sa sécurité plus que pour sa santé. Il ne s'échappe pas par opportunité ou par hasard mais uniquement par calcul. Il déjoue les surveillances et les protocoles. Les professionnels ont peur pour lui, mais s'amuse de son ingéniosité à déjouer le système. En général, ils n'ont pas à répondre à une famille souvent absente. Dans ce cas, les systèmes d'alerte et les codes aux portes sont inopérants. Il faut donc trouver d'autres moyens pour accompagner la fugue plutôt que de l'empêcher.

## L'AGENT D'ACCUEIL, UN ACTEUR ESSENTIEL

Au niveau du bâtiment, n'organiser qu'une sortie possible n'empêche pas la fugue mais permet de mieux la repérer, voire même de l'instruire. Face à un résident précaire qui

1 Pour preuve les trois articles déjà parus sur le sujet dans la Revue de Gériatrie :

- Bonnin-Guillaume S, Baurant T, Steyer Y, Bourgoin M, Sydenham N, Marquet T. Le sujet âgé fugueur : un trouble du comportement aux conséquences sociétales multiples. *Rev Geriatr* 2010 ; 35 : 409-12.

- Cazorla A, Dubost V. Qui est le résident fugueur ? Est-il possible de le repérer ? Approche psycho-dynamique de la fugue en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Rev Geriatr* 2011 ; 36 : 135-42.

- Huvent Grelle D, Pagniez C, Delabrière I, Podvin J, Puisieux F. Les fugues en EHPAD. L'étude EVADE : Étude sur la survenue de fugues auprès de 6 649 patients Âgés institutionnalisés dans le nord de la France. *Rev Geriatr* 2013 ; 38 : 663-6.

2 Les rapports annuels du CGLPL déclarent depuis 2015 le nombre de recours pour les EHPAD : 2015, 8 courriers sur 3 567 ; 2016, 6 courriers pour 3 368 ; 2017, 32 courriers sur 3 622 ; et 2018, 4 courriers sur 3 624, soit une moyenne de 0,13 % des demandes annuelles.

3 L'établissement François I<sup>er</sup> de Villers-Cotterêts accueille 45 résidents précaires issus de la rue sur 85 résidents en milieu standard, auxquels il faut ajouter 14 résidents en Unité de Vie Protégée (UVP) comprenant 14 lits réservés aux personnes à difficulté cognitive et/ou déambulant.

se prépare à sortir, l'agent d'accueil se réfère au trombinoscope réalisé par le cadre de santé sur la base des prescriptions médicales, et qui précise si la sortie est autorisée seul, si elle doit être accompagnée d'un professionnel ou si elle est interdite. Selon ce classement et la situation, il adapte sa posture.

Pour un résident dit précaire pouvant sortir seul ou accompagné : l'agent d'accueil lui souhaite le plus simplement du monde une belle promenade et lui demande quand il pense rentrer, ou s'il va au café habituel..., juste pour tenter de connaître son projet ou ses habitudes. Le résident précaire ira même jusqu'à confier son projet en entier si la confiance s'est installée. Avec le temps, les habitudes sont connues ainsi que la possibilité d'un retard. Sorties, entrées, destinations supposées sont tracées par l'agent d'accueil, qui joue un rôle important.

## **LE LIEN DE CONFIANCE, UN LIEN DE RÉCIPROCITÉ**

---

Cela ne fonctionne que si la confiance est installée. Le savoir-faire réside essentiellement là. Au début il faut volontairement montrer une absence de jugement, voire une non-connaissance de son histoire de vie. La personne arrive neuve, déchargée du poids de son histoire. Et très vite un agent, soignant ou pas, se lie avec le résident. Le tutoiement et l'usage du prénom sont autorisés, voire recherchés, avec toujours l'accord du résident, ou à sa demande. L'échange de confidences est courant. L'agent a compris que pour que le résident ait confiance, il fallait avoir confiance en lui. L'agent devient un accompagnant-confident. En général il est unique. C'est lui qui repérera un comportement inhabituel, dangereux, un risque nouveau, les prémisses d'une autodestruction, un repère temporel qui le rend nerveux ou agressif. Autant d'éléments qui vont lui permettre de prévenir, accompagner et communiquer la bonne marche à ses collègues. C'est lui qui interviendra en cas de difficultés ou de refus de soins. Le soignant est incroyablement et personnellement impliqué.

## **LA CONTRACTUALISATION**

---

L'installation du lien de confiance est donc déterminante. Il permet à l'établissement de passer à l'étape suivante : la contractualisation, avec son préalable, la négociation. Tout est bon sur le principe : faciliter l'accès aux cigarettes ou

leur mise en sécurité face aux vols<sup>4</sup>, autoriser une consommation réduite d'alcool sagement dosée dans l'espace et le temps, favoriser le contact avec les proches, réserver des places pour des sorties... Cette négociation découle d'une pratique en cours lorsque l'établissement était encore « au Château » de Villers-Cotterêts : le carnet dit de sanctions. À l'époque, le directeur avait toute autorité pour modifier les autorisations d'alcool, de cigarettes ou encore de sorties.

Aujourd'hui, cette pratique des sanctions n'a plus cours et les restrictions ne sont plus instaurées que sur décision médicale ou pour raison de sécurité, mais l'esprit est toujours là. Le directeur intervient avec le référent soignant auprès du médecin coordinateur pour étudier les possibilités. Si les agressions ou l'alcoolisation sont évitées, alors le « décideur » pourra tenir compte des aménagements d'accompagnement et des éléments de la contractualisation, sur la base de la prise en compte de la vie en communauté, pour être plus souple dans les autorisations ou interdictions, en modulant par exemple les durées ou quantités concernées.

Nous savons tous que le contrat moral sera rompu par le dépendant fort. Mais il permet de canaliser le résident pendant 6 ou 10 mois, voire plus. Un autre contrat sera alors renégocié et ainsi de suite. Ce système ne fonctionne que sur la base de la confiance avec le résident, d'un dialogue et d'une compréhension remarquable du médecin coordinateur et des médecins traitants.

## **LA DÉDRAMATISATION, LA TEMPÉRANCE**

---

Certes, une agression verbale, voire physique est toujours mal vécue sur le moment par le soignant. Mais les agents ont ici acquis une capacité à résister et à dédramatiser. Leur réponse à l'agression est calme, posée, avec un positionnement professionnel de recadrage et un langage doux et lent. Ça marche ! C'est surtout le lendemain que l'agent exprime parfois sa rancune en privé et que simultanément le résident vient souvent le voir pour s'excuser et conserver le lien. Cette attitude compréhensive et professionnelle, ce calme assumé, cette maîtrise de l'instant présent sont partagés par tous les agents de l'EHPAD. Cette culture se transmet aujourd'hui assez rapidement aux nouvelles recrues.

En EHPAD, la chambre d'un résident constitue son domicile. C'est le cas également pour un résident précaire, à la différence près que le domicile était dans ce cas souvent la

4 À la demande du résident, les aides-soignants gèrent les cigarettes, les temps de remises sous délégation de l'IDE, comme un médicament. L'alcool peut suivre le même processus. L'institution peut même organiser l'achat des cigarettes et de l'alcool ce qui conforte la confiance et le contrôle doux des quantités.

rue. La chambre devient alors souvent un territoire fermé, secret, de stockage où le résident vit, c'est-à-dire mange, boit, fume à l'excès<sup>5</sup>, fait son linge, cuisine, etc. L'état de la chambre qui en résulte est parfois difficile à accepter selon les critères actuels<sup>6</sup>. Il faut savoir là aussi adapter son niveau d'exigence, négocier les interventions, contractualiser les aménagements. Il est très clair également qu'avant d'y intervenir, l'agent doit obtenir l'accord du résident, faire preuve de modération et ne pas juger.

En conséquence, le coût et la durée des rénovations des chambres seront plus élevés : une étude interne réalisée en juillet 2017 a montré que 20 % des chambres des résidents issus de la précarité sont à rénover entièrement (sols, murs, équipements) alors que cette propension n'est que de 4 % auprès des autres résidents.

## LES DÉVELOPPEMENTS NÉCESSAIRES

Pour que l'EHPAD devienne, pour les personnes précaires, un lieu de vie qui puisse concurrencer la rue, il faut aussi des animations adaptées. Une étude interne sur la participation des résidents aux animations montre que les personnes issues de la précarité sont moitié moins intéressées et assidues aux animations que les autres résidents<sup>7</sup>. Aussi, l'accompagnement social et l'animation sont beaucoup plus complexes à concevoir et nécessitent plus de moyens : les personnes issues de la précarité n'aiment pas trop les activités de groupe ou alors seulement en tant qu'observateurs. Elles préfèrent des activités individuelles difficiles à mettre en place avec les moyens disponibles. Le travail du service animation est donc très complexe. Le recours à des éducateurs spécialisés comme dans les structures associant EHPAD et Foyers d'accueil médicalisés (FAM)<sup>8</sup> serait d'un grand soutien.

De même, l'apport des psychologues, infirmiers diplômés d'État psychiatriques, psychiatres est précieux. En plus de leurs interventions directes, leurs conseils et leurs retours aident énormément les professionnels à gérer les situations complexes et déconcertantes. Par leur appui, ils rassurent les équipes et préviennent également l'usure et l'absentéisme.

Pour autant, l'établissement ne peut pas répondre à tous les besoins. Par exemple, les personnes précaires ont souvent besoin d'un accompagnement social que ne leur apportent pas les tuteurs. Les besoins non pourvus<sup>9</sup> font douter le résident précaire du bienfait de l'institution (en effet, dans la rue, il avait ce type de service, alors pourquoi plus ici ?) et induisent des réactions brutales.

## LA RICHESSE DE L'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE

Les agents sont très investis. Ils s'impliquent personnellement en confiant une partie de leur vie ou de leur personnalité et ce n'est pas seulement dû au hasard. C'est le résultat d'années d'expériences avec des personnes précaires « jeunes » en milieu difficile, le château devenu vétuste et inadapté, avec un encadrement insuffisant. C'est aussi parce que les résultats et la reconnaissance des résidents les touchent tout autant que leur violence. Quand un résident agresse verbalement un aide-soignant et que le lendemain ce grand gaillard vient spontanément s'excuser en toute sincérité, il exprime alors l'importance que revêt pour lui cette relation avec l'agent et ce faisant, entretient la « vocation » même de l'aide-soignant.

Le franc-parler et la spontanéité de leurs expressions obligent également l'établissement à progresser vite pour y répondre. Les résidents sont le moteur de l'action médico-sociale bien plus que les réglementations.

Enfin, ce nombre important de personnes issues de la précarité, donc « jeunes » et très expressives rend l'établissement très vivant, très animé. Il s'y passe toujours quelque chose en rapport avec l'Humain et le lien social. L'énergie dégagée par ces résidents précaires profite à tous et notamment aux résidents plus « classiques ». À ce niveau, outre les moyens mis à la disposition des résidents<sup>10</sup>, le savoir-faire et le savoir-être des agents de l'EHPAD profitent clairement à l'ensemble de la population de la structure. ■

*Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

5 Une étude interne montre que 42 % des résidents issus de la précarité fument contre 20 % pour les non précaires. Pour le cigare c'est 7 % contre 1,5 %. Fumer dans sa chambre est un mal à accepter sous réserve de sécurité.

6 Cette même étude interne montre que l'incurie des chambres est deux fois plus élevée chez les personnes issues de la précarité que chez les autres.

7 Les activités musicales sont les premières fréquentées par les résidents précaires, mais seuls 38 % y participent contre 67 % des autres résidents. 35 % des résidents précaires vont aux anniversaires contre 80 % pour les autres.

8 Par exemple, l'EHPAD et FAM de l'Association Familiale d'Amillis en 2017.

9 Par exemple gestion administrative, préventions, besoins sexuels, possibilité d'être fort alcoolisé et pris en charge, période d'insertion et d'utilité sociale.

10 Comme une animation ouverte et dynamique, des soignants en nombre, des auxiliaires médicaux présents.

# Le projet de soins et les soins requis

## The care project and the care required

Jacques GAUILLARD

### RÉSUMÉ

La précarité engendre une souffrance psychique liée à l'exclusion sociale et le projet de soins de l'établissement doit prendre en compte ce volet. En effet, la précarité et l'exclusion modifient la manière d'être au monde, elles rendent souvent invisible aux yeux de la société : s'effacer devient alors une manière d'exister, de survivre. Pour ces personnes, intégrer un EHPAD peut générer des angoisses et des réactions que les soignants ont du mal à décoder et à comprendre, voire qu'ils aggravent en essayant d'aider le patient. Ainsi, et alors qu'un logement en EHPAD constitue un domicile faisant que le résident doit pouvoir accéder aux soins psychiatriques de secteur (celui dont dépend l'établissement), l'accueil de résidents de plus en plus nombreux ayant connu un parcours de rue nécessite des adaptations. Si le projet individualisé de soins des personnes précaires ne comporte pas, en soi, de particularité majeure sur le plan médical par rapport aux autres résidents, il impose surtout un savoir-faire et un savoir-être différents qui demanderont notamment plus de temps, plus d'attention et plus de modération.

**Mots clés :** Implication - Soin - Singularité - Désafférentation - Adaptation

L'obligation pour les EHPAD d'élaborer un projet de soins<sup>1</sup> traduit la médicalisation de la prise en charge des résidents dans ces structures qui, en 50 ans, ont succédé aux hospices et aux maisons de retraite. Mais le mot « soin » revêtant dans le monde médico-social une signification plus large qu'une prise en charge médicale, les soignants ont souhaité différencier leur approche de celle

### ABSTRACT

Precariousness generates psychological suffering linked to social exclusion and the institution's care project must take this into account. Indeed, precariousness and exclusion change the way of being in the world, they often make people invisible in the eyes of society: to disappear then becomes a way of existing, of surviving. For these people integrating a nursing home can generate anxieties and reactions that the carers find difficult to decode and understand, or even aggravate when they try to help the patient. Thus, and whereas an accommodation in a nursing home is a legal address enabling the resident to access psychiatric care in the sector (the one on which the institution depends), taking in an increasing number of residents who have experienced homelessness requires adaptations. Although the individualized care project for people in precarious situations does not, in itself, have any major medical particularities compared to other residents, it does, above all, require different know-how and behavioral skills which will require more time, more attention and more moderation.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 341-3.*

**Keywords:** Involvement - Care - Singularity - Deafferentation - Adaptation

du secteur sanitaire en privilégiant le terme de « prise en soins ».

Les projets de soins et projets de vie sont indissociables et se déclinent, pour les résidents, en projets de soins (et donc de vie) individualisés. L'enjeu pour les EHPAD est de proposer un projet singulier adapté à chaque personne, avec

*Auteur : Docteur Jacques Gaillard, Psychiatre, Hôpitaux de Saint Maurice, 12-14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint Maurice, France.  
Courriel : jacques.gaillard@ght94n.fr*

<sup>1</sup> Benattar L. Le projet de soins. 2007, DIU médecin coordinateur Paris 5.

une prise en charge gériatrique de qualité et ce, dans le cadre budgétaire contraint fixé par les tutelles.

Durant ces dernières décennies, les équipes des EHPAD se sont professionnalisées dans la prise en soins de personnes majoritairement atteintes de troubles neurocognitifs avancés et de plus en plus dépendantes (le GMP a progressé de 21 points entre 2011 à 2015, pour atteindre 710)<sup>2</sup>. L'âge d'entrée a également progressé, probablement en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie et une meilleure prise en soins à domicile.

L'accueil de résidents de plus en plus nombreux issus de la précarité nécessite d'autres adaptations pour prendre en compte des manières d'être différentes, en lien avec leur parcours de précarité et d'exclusion sociale. Comme il existe mille et une manières d'être vieux, il n'y a pas qu'une précarité mais bien des manières de la vivre et d'y survivre, d'être plus ou moins résilient<sup>3</sup>.

Les résidents issus de la précarité sont plus jeunes que les autres résidents des EHPAD. Dans la tranche d'âge 60-75 ans, polyopathologiques avec un corps altéré, vieillissent plus rapidement par des conditions de vie rudes, ils déroutent les gériatres. Ainsi, cette population peut être qualifiée de « trop vieille pour la rue et trop jeune pour l'EHPAD »<sup>4</sup>.

La précarité engendre une souffrance psychique liée à l'exclusion sociale. Dans « Le malaise dans la culture », Sigmund Freud - dont l'approche a également été mobilisée par le Dr. Papa Oumar Ndiaye dans la première partie de ce dossier - décrit ce type de souffrance qui est probablement la plus difficile à accepter et le ressenti le plus douloureux<sup>5</sup>. Des situations d'exclusion artificielle réalisées dans un cadre expérimental en laboratoire de psychologie sociale mettent également en évidence une souffrance psychique qui peut engendrer des comportements auto-agressifs<sup>6</sup>.

Le projet de soins de l'établissement doit prendre en compte ce volet psychique, voire psychiatrique. Souvent mis de côté, parfois un motif de non-inclusion en EHPAD, les troubles psychiques au sens général nécessitent une attention particulière.

Ils ne se résument pas aux troubles du comportement. Ils sont l'occasion, à travers les symptômes, d'une rencontre singulière avec le sujet qui confronte notre propre représentation du monde en tant que soignant, à celle de l'autre. De cette rencontre va naître l'acte soignant qui, dans un

contexte bienveillant et dans des conditions suffisamment bonnes de travail, apporte un accomplissement professionnel.

La précarité et l'exclusion modifient donc la manière d'être au monde, sans généralisation réductrice ou stigmatisation des personnes sans domicile. Le fonctionnement psychologique des sans-abri a été profondément modifié par le parcours de rue ; l'exclusion rend souvent invisible aux yeux de la société. S'effacer devient alors une manière d'exister, de survivre. Pour ces personnes, devenir visible au sein d'un EHPAD peut générer des angoisses et des réactions que les soignants ont du mal à décoder et à comprendre.

Les répercussions sur la santé mentale des personnes avec un parcours de rue se retrouvent dans des symptômes qui signent fréquemment un manque d'estime de soi et une sorte de désafférentation<sup>7</sup> psychique qui, à l'extrême, correspond au syndrome d'auto-exclusion<sup>8</sup>. Il s'agit d'une description clinique de l'extrême qui vient de l'observation et de la constatation que plus les soignants accompagnent le projet de vie, plus les personnes « cassent le projet » ou « se cassent » elles-mêmes. Sur un plan psychodynamique, on peut expliquer ces processus par un clivage du moi, ou un affaiblissement des capacités du moi. Il s'agit d'un mécanisme de désobjectivation psychique, qui consiste à s'exclure de soi pour ne plus souffrir face à une souffrance intolérable liée à la grande exclusion. Les signes principaux se résument au fait qu'aider aggrave la situation du patient, que le corps est comme anesthésié avec une diminution de la perception de la douleur somatique en association à un émoussement affectif. L'incurie à la fois corporelle et au sens général est souvent présente.

Ainsi, par ce rapprochement, le soignant peut déclencher des réactions violentes jusqu'à la rupture du lien, des alcoolisations.

Bien que non reconnue dans la nosographie internationale, la description clinique proposée par Jean Furtos permet une meilleure compréhension du refus et de l'opposition au soin, et donc d'orienter et de fixer les limites du projet de soins individualisé. D'emblée, il faudra plus de temps, plus d'attention, plus de modération, par exemple dans les soins d'hygiène, et donc plus de frustrations pour les soignants ; sous peine d'induire la rupture, voire le retour dans la rue.

2 L'enquête EHPA : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>

3 Résilience et personnes âgées, Sous la direction de Louis Ploton et Boris Cyrulnik ODILE JACOB (2014).

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

5 Maisondieu J. La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? *Gérontologie et société* 2002 ; 102 : 227-35.

6 Prévost M. « La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos ». *Santé conjuguee*, avril 2009, n° 48.

7 Interruption des sensations au niveau d'un organe ou d'un tissu provoquée par l'absence d'influx nerveux dirigé vers celui-ci. *Les douleurs de désafférentation sont dues non à des stimulations douloureuses, mais à un déséquilibre de la régulation du message douloureux.*

8 Furtos Jean, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, 2011/7 (n° 156), pp. 29-34. DOI : 10.3917/cp.156.0029. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-7-page-29.htm>

L'enquête SAMENTA<sup>9</sup> rapporte qu'un tiers de la population sans logement personnel en Île-de-France présente un trouble psychiatrique. L'entrée en EHPAD est l'occasion de le dépister et de proposer des soins psychiques. Une collaboration avec le secteur psychiatrique est primordiale<sup>10</sup>. Il est utile de rappeler qu'un logement en EHPAD constituant un domicile, le résident doit avoir accès aux soins psychiatriques du secteur dont dépend l'établissement.

Le lien entre psyché et soma, dont la réalité physique est parfois oubliée, se fait à travers ce corps anesthésié, qui est pourtant l'objet de fréquentes plaintes psychosomatiques. Des plaintes de migraines, de céphalées sont ainsi exprimées quasiment lors de toutes les consultations.

Il n'existe pas de maladie propre à la précarité, mais l'état de santé des personnes précaires est souvent altéré<sup>11</sup>. Les études épidémiologiques permettent d'orienter les soins requis.

Les maladies respiratoires sont surreprésentées. La tuberculose touche les sans-abri 30 fois plus que dans la

population générale. Les maladies du système digestif avec les désordres métaboliques en rapport sont plus fréquentes. Les infections VIH, VHB et VHC ont une prévalence estimée au double par rapport à la population générale. Les pathologies dermatologiques, souvent plus spectaculaires en l'absence de soins, nécessitent une attention minutieuse, en particulier dans le cas de recherche de gale et de pédiculoses corporelles et d'infections cutanées.

Le projet individualisé de soins des personnes précaires ne comporte pas, en soi, de particularité majeure sur le plan médical par rapport aux autres résidents. Mais la prise en soins nécessite un savoir-faire et un savoir-être différents, à l'instar de la prise en soin des personnes souffrant de troubles psychiatriques<sup>12</sup>. L'élargissement de l'accueil en EHPAD de ces personnes est bien la preuve de l'adaptabilité et de la souplesse du monde médico-social. ■

*Liens d'intérêts* : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

<sup>9</sup> L'enquête SAMENTA (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement d'Île-de-France) a été réalisée en 2009 par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'INSERM.

<sup>10</sup> Jovelet G. « Penser l'EHPAD et son devenir, pas sans la psychiatrie ! » L'information psychiatrique 2018 ; 94 (6) : 437-42.

<sup>11</sup> La santé des sans-abri. Bull. Acad. Nationale Méd. 2013, 197, n° 2, 277-291, séance du 5 février 2013.

<sup>12</sup> Le Noc Soudani M, Gauillard J, Fileppi F, Tronquoy P. EHPAD : Le projet de soins psychiatrique. Soins à domicile n° 40, sept.-oct. 2014, [www.santelog.com/id40XX](http://www.santelog.com/id40XX).

# Une éthique de la finalité

## An ethic of finality

Patrick MILHE POUTINGON

*Ce texte est issu des rencontres avec des personnels d'EHPAD. Ces échanges ayant pour but de mieux comprendre la façon dont ils appréhendaient leur travail, leur relation avec les résidents de l'établissement, notamment ceux provenant de la rue. De ces rencontres est née cette réflexion autour de l'éthique.*

### RÉSUMÉ

En s'appuyant sur les concepts d'éthique de la responsabilité et de la conviction, cet article propose une éthique de la finalité basée sur la discussion, l'échange, le dialogue, et l'argumentation. Il en ressort principalement que les certitudes doivent faire place à l'impromptu et que la responsabilisation repose sur la capacité à accepter une temporalité qui est celle des résidents, issus de la rue en ce qui nous concerne, et non celle de l'institution. Cette approche est indispensable pour mettre les usagers au cœur de leur accompagnement, mais elle nécessite du temps, de la disponibilité et peut par ailleurs se heurter à des logiques organisationnelles.

**Mots clés :** Impromptu - Co-responsabilité - Temporalité - Discussion

Dans le milieu médico-social, il existe des concepts qui ont pu perdre tout sens, toute signification à force d'être employés. Ils ont été lessivés par une utilisation souvent abusive et hors de propos. Il en est ainsi de l'éthique, de la déontologie..., étendards dressés qui finissent par annihiler tout débat et servent de remparts aux peurs et au renoncement. Mais ici point d'éloquence superfétatoire lorsque l'on prend le temps d'écouter le personnel nous parler de son travail quotidien auprès de ceux qui ont

### ABSTRACT

Based on the concepts of ethics of responsibility and conviction, this article proposes an ethics of finality based on discussion, exchange, dialogue, and argumentation. The main conclusion is that certainties must give way to the impromptu and that responsibility rests on the capacity to accept a temporality that is that of the residents, who used to be homeless as far as we are concerned, and not that of the institution. This approach is essential to put users at the heart of their support, but it requires time and availability and can also run up against organizational logic.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 344-5.*

**Keywords:** Impromptu - Co-responsibility - Temporality - Discussion

connu des itinéraires de vie chaotiques, marqués par des violences de toutes natures. Dans leur travail au quotidien, ils donnent vie à cet adage « Il se peut que cela soit juste en théorie, mais dans la pratique, cela ne vaut point ».

Ce public particulier, peu accueilli ailleurs, suppose une approche/accroche différente, une sorte de « pari de la rencontre »<sup>1</sup>, qui se place sous les auspices de Weber<sup>2</sup> et d'Habermas<sup>3</sup>, deux sociologues de l'éthique.

*Auteur : Monsieur Patrick Milhe Poutingon, Conseiller technique en travail social, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.  
Courriel : Patrick.Milhe-Poutingon@paris.fr*

<sup>1</sup> Le pari de la rencontre c'est le fait d'accepter de rencontrer l'autre sans a priori, sans représentation sociale, en étant curieux de l'autre, de ce qu'il dit. Cela est valable aussi bien pour le praticien que pour l'utilisateur. Cette attitude est essentielle pour partir de l'autre, de ce qu'il dit, de ses récits pour élaborer le travail à faire ensemble.

<sup>2</sup> WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris : Plon, 1959.

<sup>3</sup> HABERMAS Jürgen, *Morale et communication*, Paris, Cerf, 1986 ; *De l'éthique de la discussion*, Paris, Cerf, 1992.

Pour Max Weber « Toute activité orientée selon l'éthique peut être subordonnée à deux maximes totalement différentes et irréductiblement opposées. Elle peut s'orienter selon l'éthique de la responsabilité ou selon l'éthique de la conviction. » Dans le premier cas, on agit en fonction des effets concrets que l'on peut raisonnablement prévoir. Dans le second cas, on agit en fonction de principes supérieurs auxquels on croit. Le personnel rencontré illustre de façon pertinente la primauté de l'éthique de la responsabilité dans la prise en charge de personnes issues de la rue. Au cours des rencontres avec le personnel de l'établissement, les témoignages ont montré que dans la prise en charge d'un public issu de la rue les certitudes devaient faire place à l'impromptu, à l'autre, et que de cette rencontre naissaient une exigence, une « responsabilité » dans l'accompagnement au quotidien des résidents ayant connu un parcours de vie difficile. Cette responsabilisation repose sur la capacité à accepter une temporalité qui est celle des résidents et non celle de l'institution. Le projet de vie individualisé prend alors tout son sens puisqu'il doit permettre à l'institution de s'adapter aux vœux du résident tout en amenant celui-ci, à accepter certaines contraintes institutionnelles.

Cette éthique de la responsabilité, qui fait fi de tout prima qui serait dogmatique, conduit naturellement vers l'éthique de la discussion théorisée par un autre sociologue allemand, Jürgen Habermas. « *Le principe d'une éthique de la*

*discussion se réfère à une procédure qui consiste, en l'occurrence, à honorer par la discussion des exigences normatives de validité. On taxera donc, à juste titre, l'éthique de la discussion de formelle. Elle ne livre pas des orientations relatives au contenu, mais une manière de procéder : la discussion pratique. »*

C'est là le cœur de métier de ces personnels, la discussion, l'échange, le dialogue, l'argumentation... L'éthique de la discussion n'est pas moralisatrice en cherchant à distinguer *les bons et les méchants*. Elle permet d'apporter des solutions aux conflits, de placer chacun des protagonistes en position de coresponsabilité par rapport aux objectifs fixés.

« *De la discussion jaillit la lumière* », ce proverbe indien traduit simplement ce qui se joue quotidiennement entre professionnels et résidents. Cette éthique de la discussion, essentielle dans le travail réalisé au sein d'EPHAD accueillant des résidents ayant connu la rue, n'est pas exclusive de ce type d'établissement et de public. Elle porte en elle une forme de « lien social » qui a souvent fait défaut au public issu de la rue. Cette approche nécessite du temps, de la disponibilité et peut se heurter à des logiques organisationnelles, mais elle est indispensable si l'on veut mettre les « usagers » au cœur de leur accompagnement. ■

*Liens d'intérêts* : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Comment préparer et réussir l'accueil des personnes âgées précaires en EHPAD ?

## How to prepare and successfully welcome precarious elderly people in nursing homes?

Isabelle FAULQUES<sup>1</sup>, Charlotte MIOT<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

Cet article tente de lister quels sont les éléments connus comme facteurs de réussite dans le cadre d'une admission en établissement. Ils s'appuient essentiellement sur le savoir-être des accompagnants basé sur des principes de bienveillance, de patience, et d'adaptation au cas par cas. Il n'existe toutefois pas de clés de la réussite. Cet article propose avant tout aux lecteurs de se saisir des pistes évoquées ici sur le plan théorique et au travers d'un cas clinique, ou simplement de faire écho à leurs propres pratiques dans le cas d'accueil de personnes vieillissantes marquées par un parcours de logement chaotique.

**Mots clés :** Accueil - Éloignement - Ruptures - Stabilisation - Maillage partenarial - Refus de soin - Formation

Quel que soit le profil du nouveau résident, une entrée en EHPAD se prépare<sup>1</sup>. La phase d'accueil dans un nouveau (et probablement dernier) lieu de vie est déterminante pour tous les résidents, peut-être encore plus pour les résidents ayant connu des épisodes sans domicile.

Comme nous avons pu le voir dans les articles précédents, et pour résumer, les difficultés de la prise en soin des résidents précaires sont d'une part leur addiction à l'alcool (et

### ABSTRACT

This article attempts to list what is known as the factors for success in institutional admission. They are essentially based on the accompanying person's know-how based on the principles of kindness, patience, and adaptation to each individual case. However, there are no keys to success. This article suggests above all that the readers take up the ideas discussed here on a theoretical level and through a clinical case, or simply echo their own practices in the case of care for elderly people marked by a chaotic housing situation.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 346-8.*

**Keywords:** Reception - Remoteness - Ruptures - Stabilization - Partnership network - Refusal of care - Training

parfois à d'autres substances) et d'autre part leur quasi ou fréquente impossibilité à se retrouver tant sur le plan social, psychologique, que somatique. Leur admission en EHPAD est souvent compliquée et leur accompagnement, qu'il soit psychologique ou somatique, est complexe. Cette étape cruciale de l'admission doit donc être extrêmement organisée : de l'orientation (avec transmissions), aux visites sur sites (présentations), à l'accès aux services (ouvertures de droits).

<sup>1</sup> Conseillère en économie sociale et familiale, CASVP, Mission sociale en Résidences-services, 7 rue Jean Nicot, 75007 Paris, France.

Auteur correspondant : Madame Isabelle Faulques, Conseillère en économie sociale et familiale, CASVP, Mission sociale en Résidences-services, 7 rue Jean Nicot, 75007 Paris, France.  
Courriel : isabelle.faulques@paris.fr

<sup>1</sup> Meyvaert P. Réussir l'entrée en EHPAD c'est réussir la vie en EHPAD. *Rev Geriatr 2015 ; 40 : 387-8.*

## QUEL CIRCUIT ?

Même si les résidents sortis de la rue doivent faire l'objet d'un traitement spécifique, il est indispensable de les traiter avant tout comme tous les autres. Suite au signalement<sup>2</sup> d'une personne âgée vulnérable sans-abri, une évaluation médico-sociale est réalisée pour déterminer l'orientation la plus adaptée à la situation. Une sélection s'opère : la personne sera dirigée vers un foyer logement/résidence services si son état de santé le permet (en anticipant déjà son transfert en EHPAD qui est la suite logique de ce parcours résidentiel) ou directement vers un EHPAD en cas de pathologie(s) évolutive(s) diagnostiquée(s).

Dans le cas des anciens sans-abri parisiens, beaucoup souhaitent rester à Paris « intra-muros » et le CASVP se doit de recueillir leur consentement sur l'hébergement proposé<sup>3</sup>. Leur dispersion est due à une acceptation des différents EHPAD de prendre un minimum de personnes ayant eu un parcours de rue, même s'il peut arriver que la Direction Générale impose en douceur certaines admissions dans des établissements plus frileux à accueillir cette population.

En outre il ne s'agit pas de créer des EHPAD pour précaires, la création d'unités spécifiques/dédiées paraissant préférable, voire indispensable. Par ailleurs, il faut que la spécificité de la prise en charge de cette population soit reconnue et gratifiée. Mieux les comprendre, connaître leurs pathologies, penser et développer les grandes lignes de leur projet de soin permettra de les accompagner, de les sortir plus vite de la rue, mais aussi de libérer des places et des lits dans des structures qui ne leur sont pas ou plus adaptées (centres d'hébergement, USLD...).

## QUEL ACCOMPAGNEMENT POUR UN TRANSFERT D'UNE RÉSIDENCE AUTONOMIE VERS UN EHPAD ?

Dans le cadre d'un suivi social en résidence autonomie, le travailleur social est amené à accompagner sur les plans administratif et psychologique la personne âgée en rupture sociale, en situation de fragilité sociale et/ou psychologique (parcours d'errance logement, anciens SDF, rupture familiale...). Le transfert en EHPAD se fait en raison d'une perte d'autonomie de la personne âgée et doit s'inscrire dans le cadre de son projet de vie. L'accompagnement mis en place

à pour objectif que la personne soit acteur de ce nouveau projet de vie, même si l'entrée en EHPAD est marquée par un inévitable travail de deuil de son ancien domicile et de sa vie passée, et ce, quels qu'ils soient.

Quand une décision médicale indique qu'une personne âgée doit entrer en EHPAD, le travailleur social va aborder le sujet avec elle. Il est nécessaire d'expliquer pour quelles raisons elle doit aller dans une maison médicalisée : les repas effectués par le restaurant, les soins sur place, le médecin référent dans l'EHPAD, le lit médicalisé... La personne a besoin de comprendre qu'elle aura en EHPAD les commodités nécessaires à la stabilisation de son état de santé. Ce travail se fait grâce à des visites sur site lorsque c'est possible, ou à l'aide de dépliants présentant les différents EHPAD avec des photos en couleurs. Parallèlement, le travailleur social monte le dossier administratif avec la personne, une étape qui peut se révéler longue et laborieuse quant à la reconstitution des parcours, souvent chaotiques, pour l'obtention des documents demandés. Par la suite, plusieurs rencontres peuvent être nécessaires pour que la personne accepte de signer le dossier finalisé et de réellement envisager son entrée en EHPAD.

Cet accompagnement nécessite un maillage partenarial fort où différents acteurs interviennent : directeur d'établissement, médecin traitant, aide à domicile, travailleur social, infirmières, etc. C'est indispensable pour que la personne consente et se prépare à cette nouvelle étape.

## QUEL ACCUEIL DE LA PART DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SES RÉSIDENTS ?

Le premier réflexe est bien souvent un refus de l'EHPAD d'accueillir une personne ayant eu un parcours de rue. Il faut presque systématiquement casser cette réaction spontanée de rejet liée à l'imaginaire collectif (addictions, violences physiques et verbales, incuries...), mais aussi parfois bien à des souvenirs (expériences...) de faits réels notamment au moment de leur arrivée.

Toutefois ces résidents sont le plus souvent relativement bien acceptés dans les EHPAD, notamment parce qu'ils peuvent se confondre avec d'autres résidents eux aussi plus jeunes que ceux habituellement hébergés, à savoir les résidents avec des pathologies psychiatriques<sup>4</sup>. De ce fait la

<sup>2</sup> Les signalements peuvent émaner d'un organisme de maraude, d'une Permanence sociale d'accueil (PSA), d'un Centre hospitalier universitaire (CHU)...

<sup>3</sup> La Loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L. 1110-2 du Code de la Santé Publique).

<sup>4</sup> Les résidents précaires plus les résidents avec des pathologies psychiatriques représentent en moyenne 25 à 30 % des personnes accueillies dans les EHPAD du CASVP, sachant que certains individus peuvent cumuler les profils (dans l'étude SAMENTA 30 % des personnes sans logement personnel en Ile de France en 2009 souffraient de troubles psychiatriques).

différence d'âge entre les résidents issus de la grande précarité et les résidents plus classiques est moins visible puisqu'atténuée par la présence de résidents suivis au long cours par le secteur psychiatrique. Par ailleurs, les accompagnements prodigués à chacun de ces deux profils ont des dénominateurs communs comme le ressenti de la douleur ou le besoin d'une distanciation...

## QUELLES MODALITÉS PRATIQUES POUR RÉUSSIR L'INTÉGRATION ?

---

Une « intégration réussie » nécessite un personnel formé et bienveillant, notamment grâce aux parcours de formation des agents et au savoir-faire des soignants, à leur fidélité à un établissement porté par une philosophie altruiste, mais aussi aux compétences structurantes et collégiales de l'encadrement (médecins, cadres et directeurs). Le cadre idéal est celui d'une institution aux dimensions humaines, avec un esprit d'équipe et une culture commune : celle du prendre soin des personnes vulnérables et fragiles.

L'acceptation de ces personnes en grande précarité tient au fait qu'elles doivent être perçues avant tout comme des personnes dont l'histoire a été chaotique et qu'elles ne doivent pas être stigmatisées par les professionnels. À leur arrivée, les personnes sans-abri sont bien souvent sales et mal habillées. Il faut dès le début leur attribuer des vêtements propres. Pour répondre à ce besoin, l'EHPAD peut organiser des stocks de vêtements à proposer aux résidents dans une réserve aménagée comme un magasin, avec un miroir notamment.

## EXEMPLE D'UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE

---

Il s'agit de la prise en charge en EHPAD d'une femme souffrant de pathologie psychiatrique, isolée socialement, et ayant connu un parcours d'errance vis-à-vis du logement.

Cette personne a dû être admise en urgence du fait d'une expulsion. Elle vivait à ce moment dans une chambre dans un hôtel meublé. Une première rencontre a lieu à son domicile avec la psychologue de l'EHPAD. La dame a reçu l'équipe vêtue uniquement d'un tee-shirt sale. Elle restait assise sur le bord de son lit. Une odeur nauséabonde régnait dans la pièce dans laquelle des souris et des cafards grouillaient. Ses cheveux étaient longs, sales et mêlés. Ses ongles des orteils et des mains atteignaient dix centimètres de long. La dame s'exprimant dans un très bon français révélait qu'elle avait auparavant dû évoluer dans un milieu social élevé. Il s'avèrera qu'elle avait été professeur de français, puis femme de chambre dans un hôtel de luxe parisien. Elle est mère de trois enfants, qu'elle a abandonnés à la suite d'un divorce. Son anamnèse médicale fait état de trois hospitalisations en psychiatrie. Sachant qu'elle allait être expulsée dans les jours suivants, elle a accepté un accompagnement social. L'hôtelier propriétaire de la chambre, qui veillait sur cette dame (en la nourrissant notamment), a collaboré pour son transfert à l'EHPAD en la conduisant à l'établissement. Lors de son admission les soignants ont passé beaucoup de temps pour la toilette et la manucure. L'intégration de cette dame a été difficile car elle avait pris l'habitude d'uriner dans des bassines et ne comprenait pas qu'elle ne pouvait pas se laver plus d'une fois par mois. Elle a longtemps marché pieds nus.

Cette dame a fini par accepter les prestations fournies par l'EHPAD, en revanche elle n'adhère que très peu à la prise en charge médicale et refuse toujours catégoriquement l'intervention chirurgicale pour la cure de son hernie ombilicale prééminente. Le travail de l'équipe en faveur de cette résidente consiste à assurer un accompagnement médico-social axé sur des soins relationnels, des soins d'hygiène, ceci dans un contexte de refus de soins et de fort risque de décompensation. ■

*Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

# Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société

## The “Retired Homeless”, or how the socially unthinkable becomes a social issue

Sophie ROUAY-LAMBERT

### RÉSUMÉ

Pour clore ce dossier cet article propose une mise en discussion des concepts et autres thèmes récurrents repérés dans les contributions et étudiés en sociologie (notions d'âge et de génération, de conflit, de déviance, d'institutions totales, d'adaptation, de parcours, etc.) avec, en guise d'ouverture, un questionnement plus large sur ce qu'apporte le sujet de la prise en charge des anciens SDF devenus retraités pour les institutions qui accueillent et accompagnent le vieillissement en général.

**Mots clés :** Statut social - Catégorisation - Acculturation - Jeunesse - Vieillesse - Déviance

Si l'expression « SDF retraité » peut surprendre, c'est qu'elle révèle une contradiction, voire un paradoxe. Pour une personne en situation SDF, devenir retraité ouvre des perspectives, promesses d'un nouveau départ : retrouver un statut socialement reconnu, accéder à des droits sociaux permettant un revenu régulier, envisager un retour aux sources d'une terre quittée de longue date et, pourquoi pas, renouer avec des proches perdus de vue - promesses bien difficiles à tenir face aux réalités administratives, financières et psychologiques et conduisant à bien des déconvenues. Pour toutes autres personnes, devenir retraité signifie quitter un univers professionnel constitutif de leur

### ABSTRACT

To close this dossier, this article proposes a discussion of the concepts and other recurring themes identified in the contributions and studied in sociology (notions of age and generation, conflict, deviance, total institutions, adaptation, pathways, etc.), with, as an opening, a broader questioning on what the subject of caring for former homeless people who have become retired brings to the institutions that accompany and welcome them.

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 349-58.*

**Keywords:** Social status - Categorization - Acculturation - Youth - Old age - Deviance

identité sociale, et symbolise, pour beaucoup encore aujourd'hui, « la peur sociale de ne plus bien vivre, de ne plus être conforme ni utile à la société de production »<sup>1</sup>. Pour les premiers, devenir retraité est perçu comme une forme de promotion sociale, alors que pour les autres, c'est vécu comme une forme de régression.

L'expression « SDF retraité » est-elle donc pertinente ? Tout dépend du sens prioritaire que l'on donne au terme retraite : un mode de vie, un statut social ou un âge de la vie.

Un « SDF retraité » est une personne qui a connu une vie en marge du logement, du travail, des normes sociales, etc.,

*Auteur : Madame Sophie Rouay-Lambert, Architecte d'intérieur, urbaniste et sociologue, Institut catholique de Paris, 21 rue d'Assas, 75006 Paris, France.  
Courriel : s.rouaylambert@icp.fr*

<sup>1</sup> Lambert G. « La peur de vivre », Rome, La vie en plus (XI<sup>e</sup> conférence internationale de gérontologie), Centre Internationale de gérontologie sociale, 1984 (pp. 51-54.) in Rouay-Lambert S. « La Retraite des anciens SDF : trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite », Les Annales de la recherche urbaine, N° 100, 2006. L'avancée en âge dans la ville, pp. 136-143. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>

qui y a survécu, qui est devenue physiquement trop usée pour résister quotidiennement au milieu de la rue et plus dépendante de soins, mais encore jeune au regard de la population cible des maisons de retraite. Un « SDF retraité » est sensé se mettre en retrait de sa vie de rue en intégrant un milieu stable et sécurisant. Mais faute d'offre diversifiée de logements ou d'hébergements accessibles, il ne trouve de place nulle part sauf dans quelques interstices vacants souvent inadaptés, dont les EHPAD. Dans ces conditions, les SDF vieillissants peuvent-ils vraiment devenir retraités, au sens quitter l'univers de la rue constitutif de leur identité sociale ? Et la retraite permet-elle l'insertion sociale ?

L'avantage de l'expression est qu'elle force à regarder en direction d'une réalité bien plus imposante : non seulement l'arrivée massive d'une classe d'âge dans le vieillissement, et qui veut vieillir autrement que ses aînés, mais surtout une part importante parmi elle de précaires. La non-considération de ce phénomène pourtant prévisible<sup>2</sup> est la manifestation même d'une forme de procrastination politique au point d'avoir été un impensé. Or, l'impensé social<sup>3</sup> de la figure du SDF retraité devient une réalité quotidienne et déjà croissante, à laquelle se confrontent les divers acteurs des EHPAD (directeurs, managers, agents et soignants). Dans nombre d'établissements, cette réalité oblige autant à s'interroger sur la spécificité de l'accueil, de la relation à l'autre et de la prise en charge de ces « jeunes retraités très précaires », qu'à inviter les acteurs et institutions qui accompagnent et administrent le vieillissement, à le repenser plus largement.

La lecture et la découverte des expériences et des témoignages qui alimentent en connaissance et en questionnements cette nouvelle question de société ne peuvent que stimuler le regard du sociologue. Chacun des articles, à sa manière, entre en résonance ou en dialogue, interroge ou parfois contredit des concepts, des travaux confirmés ou émergents en sociologie et en psychosociologie sur des sujets ici vécus par les acteurs en présence. C'est à travers le déplacement de regard que permet la science sociale et sa posture critique et réflexive que certains de ces sujets sont pointés et proposés à la discussion : penser l'individu entre âge et génération nous conduit entre autres à poser la question de la pertinence de la catégorisation ; penser l'EHPAD comme une microsociété et/ou une institution totale nous permet d'appréhender autrement les rôles des acteurs en

présence et les questions d'autonomie, de dépendance et d'intégration des SDF retraités, etc.

Enfin, nous ne perdons pas de vue la poursuite du débat dans une optique plus opérationnelle sur la formation des acteurs et le lancement d'une recherche-action en vue, a posteriori, de l'adaptation des institutions et de la conception des espaces et des temps du « bien vieillir » pour tous.

## L'ÂGE D'ENTRÉE EN EHPAD : UNE CONSTRUCTION SOCIALE EN DÉCALAGE AVEC LES SEUILS JURIDIQUES

---

Un des premiers blocages institutionnels auquel sont confrontés les acteurs porte sur la catégorisation de l'âge pour l'entrée en EHPAD - ce qui pose d'emblée la question de la pertinence de ce critère, lorsque la physiologie, comme les modes de vie, viennent bousculer les découpages dépassés des âges de la vie. Il en est de la *vieillesse* comme de la *jeunesse* : jusqu'à quand est-on jeune ? à partir de quand est-on vieux ?<sup>4</sup>

### L'âge : une construction sociale inopérante dans un système catégoriel

Déjà il y a plus d'un siècle, les fondateurs de la sociologie française émettaient un réel doute sur le fait que les groupes d'âge, tels que les statisticiens les ont conçus, connaissent une réalité sociale. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) n'est pas non plus catégorique pour « définir les personnes âgées. En termes sociaux aussi bien qu'en termes physiologiques, l'expression “personnes âgées”, d'usage courant, ne correspond à aucune définition précise. On ne peut déterminer en effet avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées »<sup>5</sup>.

L'âge est une *construction sociale* qui évolue en fonction des représentations sociales et symboliques et de la place qu'occupent les individus dans une société donnée à un moment de son histoire. Cette construction sociale influe sur la manière dont sont découpées les périodes de la vie, puis traduites en seuils juridiques selon les capacités supposées ou avérées (mineur/majeur, actif/retraité), les statuts (valide/invalide, prestigieux/indigne) ou encore les rôles sexuels

2 Dès les années 1980, l'alerte sur la précarité et le vieillissement était donnée : « Ceux qui seront certainement 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 migrants. Ce sont les nouveaux pauvres que la société industrielle a créée en son sein » Nisi G. « Marginalisation de la personne âgée et développement de la société » 1984 (pp. 553-557), Rome, *La vie en plus*, op. cit.

3 Rouay-Lambert S. « “SDF retraité” : un impensé social ». Dijon, réseau francophone des villes amies des aînés, *Les essentiels amis des aînés 2018*, n° 8, « Penser les différences dans l'avancée en âge », pp. 28-29.

4 Ennuyer B. « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, vol. 34/138, n° 3, 2011, pp. 127-142.

5 Marc G. *Les Personnes âgées. Contours et caractères*. Paris, INSEE, 1990, p. 4.

des individus (homme/femme) situés dans l'espace (public/ domos).

La représentation sociale de l'âge change donc grandement d'une période à l'autre. Avoir 60 ans aujourd'hui est bien différemment vécu des périodes antérieures : tant du point de vue physiologique, du fait de l'amélioration notable des conditions de vie, de la santé et de l'espérance de vie, que du point de vue sociétal, notamment du fait de l'appartenance des sexagénaires à une génération sociale inscrite dans une société de consommation de masse et qui a marqué un tournant majeur dans l'évolution des mœurs au XX<sup>e</sup> siècle.

### Un changement de génération entre les vieux d'hier et les vieux d'aujourd'hui

Les soixante-huitards ont aujourd'hui soixante-huit ans ! Ce ne sont plus les mêmes vieux que ceux des générations précédentes. Ce sont des rockeurs (au sens large), des baroudeurs, des émancipés du système ; ils font encore la fête, boivent, tapent le carton, fument, parfois se droguent (et ont les maladies qui vont avec, notamment pour les rares survivants du sida) ; ils ont une vie sentimentale chaotique, une vie sexuelle qu'ils désirent encore active, etc.

À la difficulté de définir un âge<sup>6</sup> et sa pertinence, s'ajoute, on le voit, la complexité des notions de *génération*<sup>7</sup> et de « génération d'appartenance ». Bien qu'elle appartienne à des groupes sociaux différents, une population qui vit une même période historique en partage les représentations et les pratiques. Entre genèse et reproduction - d'un esprit, d'un mode de vie, de croyances, etc. -, chaque génération crée et produit un renouveau par rapport à la précédente dont elle hérite, renouveau qu'elle transmet à la suivante, qui la dépassera à son tour.

Dans le cas des SDF retraités accueillis en EHPAD, et pour toutes les personnes en présence, la situation se complique pour deux raisons distinctes - l'une d'ordre sanitaire et l'autre d'ordre sociétal - mais qui doivent, bon gré mal gré, se conjuguer car :

1) outre leur mode de vie passé à la rue et/ou en marge, ces jeunes retraités ont la particularité de connaître une situation sanitaire qui nécessite un suivi et une prise en charge proches de ceux des personnes plus âgées dépendantes accueillies en EHPAD<sup>8</sup> ;

2) doivent ici (co)habiter des générations familiale et sociale différentes : d'un côté, le 4<sup>e</sup> âge, génération née avant-guerre et ayant bénéficié, adulte, des Trente glorieuses, du plein-emploi et d'une amélioration générale des conditions d'existence et, de l'autre, le 3<sup>e</sup> âge, génération des *baby-boomers* née après-guerre et ayant subi, adulte, les quarante honteuses, une succession de crises et la précarisation des modes d'existence. La première a connu la guerre puis les années fastes, la seconde n'a pas connu la guerre (à l'exception de la guerre d'Algérie, considérée autrement dans la mémoire collective, et, dans une moindre mesure, de la guerre d'Indochine), mais a connu les années galères du changement de l'appareil de production et de la montée des inégalités.

Chacune de ces deux générations, dont les membres sont aujourd'hui regroupés sous la désignation homogénéisante de *retraités*, a connu et s'est construite à partir de différents événements fondateurs de leur identité personnelle et sociale (guerre/révolution/crise).

### Un conflit de génération propice à réinventer du lien social et à négocier sa place

Ces retraités à facettes multiples sont eux-mêmes pris en charge, accompagnés et soignés par des personnels administratifs, techniques et soignants appartenant à des générations de fait plus jeunes, baignées dans les ethos de leur société respective et changeante<sup>9</sup>. C'est cet « interface » dont parle Xavier Emmanuelli (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 280). Il en ressort des manières distinctes de voir le monde et de se représenter soi-même et les autres dans ces mondes - ce qui peut déboucher sur toutes sortes de mécompréhensions, voire de conflits, lesquels ne sont pas forcément négatifs ou pathologiques dans une organisation sociale.

Dans la sociologie simmelienne<sup>10</sup>, le *conflit* est vu, au contraire, comme une des formes les plus abouties du lien social. C'est une forme de socialisation, parce qu'elle fait lien entre des individus ou des parties en désaccord. Le conflit a une fonction positive car, pour entrer en conflit avec autrui, il faut l'estimer, le considérer comme un acteur, et le reconnaître digne d'entrer dans la lutte. Estime, considération, reconnaissance, dignité, sont autant d'expériences existentielles qui participent du maintien ou de la reconstruction identitaire et sociale tant des marginaux que des

6 Mauger G. Âges et générations. Paris, La Découverte, « Repères », 2015.

7 Mannheim K. Le Problème des générations [1928], préface, introduction et postface par G. Mauger, Paris, Armand Colin, 2012.

8 Il s'agit de ce décalage entre l'âge biographique (vieillesse prématurée du fait des conditions de vie et de ruptures de l'accès au soin) et l'âge chronologique, phénomène constaté et étudié depuis plusieurs années déjà, tant dans les champs de la médecine, du social, que des sciences sociales.

9 La revue numérique Psychomédia propose une synthèse des générations communément désignée en sciences sociales comme suit : « 1900-1924 : la génération des traditionalistes bâtisseurs (119 ans - 94 ans) / 1925-1946 : la génération silencieuse, aussi qualifiée de traditionaliste (94 ans - 73 ans) / 1946-1964 : les baby-boomers (73 ans - 55 ans) / 1965-1980 : la génération X (54 ans - 39 ans) / 1980-2000 : la génération Y ou génération des milléniaux (39 ans - 19 ans) / 2000-... : la génération Z (19 ans - ...) / 2010-... : la génération alpha (9 ans - ...) ». sources : <http://www.psychomedia.qc.ca/societe/2016-02-16/generations-definitions>

10 Simmel G. « Le conflit » [1908], Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation. Paris, PUF 2010, pp. 265-346.

vieillissants, expériences de fait mises à mal dans leur vie quotidienne respective.

Éviter le conflit avec une personne âgée et/ou marginale n'est pas une marque de déférence, bien au contraire. Éviter le conflit est une forme de négation de l'autre et de renoncement au lien, parce que l'on considère que cela ne vaut pas, ou plus, le coup. Éviter l'interaction, c'est ne pas estimer l'autre digne de combattre. On lui refuse de participer à un jeu de rôle social. Ceux qui ont traversé l'expérience de la rue ont vécu cela durant des années : l'invisibilité. Il en est de même des très vieux dont on n'ose plus croiser le regard. Cela est vécu comme une violence symbolique, une petite mort sociale.

Entrer en conflit ne réduit pas la lutte à une question de pouvoir ou de domination mais ouvre à une *négociation* de sa place et de son statut dans une rivalité mutuellement acceptée. Le conflit replace chaque acteur dans une situation d'égalité dans la transaction sociale avec l'autre. Les coups de gueule et autres manifestations plus ou moins agressives ne doivent donc pas être pris frontalement par celui qui en fait les frais. Ce n'est pas contre lui, en tant qu'individu. Il n'est bien souvent, à ce moment-là, que le représentant de l'institution ou de la situation contre quoi l'autre déverse sa colère. Et il y a de quoi ! Ces envolées lyriques de noms d'oiseaux évoquées dans plusieurs des articles sont donc à replacer plus largement dans un processus d'acculturation/socialisation et de négociation de sa place et de son image au sein d'un collectif pas toujours choisi, afin de déboucher sur un *compromis*, voire un ajustement des règles - on se rapproche ici de l'éthique de la discussion présentée par Patrick Milhe Poutingon (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 344).

En cela, le conflit devient un facteur de cohésion sociale dans ce collectif - cela vaut pour tous les acteurs en présence - et permet de faire évoluer l'organisation de l'ensemble (ici, l'EHPAD). Cette confrontation des générations entre les personnels, entre les résidents, et entre les personnels et les résidents, au sein des institutions que sont les EHPAD, rajoute une strate de complexité dans l'accueil, le relationnel, les *a priori*, la compréhension des schèmes de pensée respectifs, l'administration des normes et des règles de conduite entre tous, au sein de ces *microsociétés* que sont les EHPAD.

### Sortir d'une logique de catégorisation pour privilégier une continuité du parcours de vie

Cette première focale sur les questions d'âge confirme, d'un point de vue administratif et institutionnel, la non-pertinence de réduire à une date de naissance l'accès à un EHPAD. Or l'âge reste le critère le plus retenu pour déterminer l'accès ou non à un dispositif<sup>11</sup>.

À moins d'un changement de paradigme sur la manière de penser les formes de solidarité<sup>12</sup>, sur sa désignation sous forme de « prise en charge », sa domiciliation et sa transcription technocratique en « dispositifs » de politiques publiques *via* la catégorisation poussée des individus, la situation risque de se compliquer davantage encore au détriment de la qualité de l'accueil et du soin à la personne, au sens large. L'article précédent, sur la préparation et l'accueil des personnes âgées précaires en EHPAD, montre bien les parcours (et changements) institutionnels par lesquels doivent passer les SDF vieillissants en devenant retraités. Autant de cadres et d'étapes propices à la rupture du parcours de sortie de situation de rue.

En effet, la complexification croissante des parcours et des situations de vie trouve de moins en moins sa place dans les catégories trop simplificatrices. « Ce n'est pas la même chose de classer les gens par âge que de les catégoriser », rappelle Bernard Ennuyer<sup>13</sup> : « L'étymologie grecque du mot catégorie vient de “*katēgoria*” [...], qui signifie “accusation” [...]. Le substantif est dérivé de “*katēgorein*” qui veut dire “parler contre, accuser, blâmer”. La *catégorisation* renvoie donc plutôt à un aspect négatif, “accusateur” (on dit accuser une différence), plutôt ségrégatif. Le mot catégorie renvoie aussi à un ensemble de personnes ayant des caractères communs. Catégoriser, ce serait donc en quelque sorte regrouper un ensemble de personnes sous une connotation plutôt négative, ce qui conduit à les *stigmatiser* »<sup>14</sup>.

D'un point de vue de la vie quotidienne et pérenne, la digression sur la génération souligne, entre autres, l'importance du dialogue entre les âges de la vie, non seulement dans la visée de la transmission et de la mémoire des plus vieux envers les plus jeunes, ou de la pédagogie inversée des plus jeunes envers les plus vieux, mais aussi l'importance de considérer les expériences de vie, et donc de rue, sans les occulter ni les banaliser, comme autant d'expériences

11 « De même, au regard de l'action sociale qui doit être dispensée au profit de la population âgée, l'âge chronologique ne constitue pas un critère valable, mais bien plutôt le degré de validité, l'état psychologique, l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie relativement indépendante [...]. Non seulement le vieillissement se manifeste aussi de manière différente d'un individu à l'autre, mais la condition des personnes âgées varie également en fonction du milieu social auquel elles appartiennent, rural ou urbain, provincial ou parisien, salarié ou travailleur indépendant [...]. L'étude des problèmes de la vieillesse ne peut donc être abordée qu'en tenant compte, non seulement du caractère différentiel du vieillissement, mais aussi de données sociologiques variées et en constante évolution. » *Haut Comité consultatif de la Population et de la Famille (1962)*. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque. Paris, La Documentation Française, pp. 4-5.

12 Paugam S. *Repenser la solidarité*. Paris, PUF, 2015.

13 Ennuyer B. *À quel âge est-on vieux ?* Op. cit.

14 Robert Castel, philosophe et sociologue, a lui aussi dénoncé, dans *Les Métamorphoses de la question sociale ; une chronique du salariat* (Paris, Fayard, 1995), les conséquences néfastes et inefficaces d'une catégorisation poussée des individus dans le champ médico-social.

croisées de personnalités singulières qui traversent et participent de notre société et de notre Histoire. De l'importance d'en rendre compte par d'autres manières d'envisager, des projets et pratiques de type *intergénérationnel*, ou en ouvrant davantage l'EHPAD sur la ville - comme en témoigne la préférence d'un lieu moins confortable mais plus central dans l'exemple du déménagement de l'EHPAD François I<sup>er</sup>. Plus largement, cette question de l'inclusion sociale et urbaine du vieillissement est à rapprocher des initiatives en cours dans le cadre des « programmes action de cœur de ville » lancés par le ministère en charge du sujet<sup>15</sup>.

Dans le prolongement de l'idée du partage d'expériences, doit-on cacher le passé SDF ? Alors que les retraités les plus vieux se racontent parfois les souvenirs constitutifs d'une mémoire collective de guerre, les plus jeunes retraités, anciens SDF, parfois s'autocensurent ou se voient spoliés de leur parole. Sortir de la rue<sup>16</sup> n'est pas une parenthèse que l'on referme, ni une étiquette que l'on détache. Le stigmate reste visible, à l'instar des blessures de guerre pour d'autres. La période de vie passée SDF fait partie du parcours de vie en soi. Faut-il, dès lors, tenir compte ou pas de la vie passée en situation SDF dans l'accompagnement et la prise en charge en EHPAD ? À cette question, il n'y a pas de réponse univoque, si ce n'est que ce partage d'expériences, au même titre que la gestion d'un tabou ou d'un *coming-out*, doit se faire évidemment avec l'accord de la personne, avec ses mots, et que cette parole puisse être à tout moment réactivée, à sa demande. Un refus de parler en début de prise en charge n'est pas forcément définitif. Le processus d'installation en EHPAD est jalonné d'étapes, parmi lesquelles la remontée de parole, au détour d'une rencontre, peut s'avérer un tournant dans l'acculturation du jeune retraité SDF.

## LES EHPAD : DES MICROSOCIÉTÉS VUES PAR LE PRISME DES INSTITUTIONS TOTALES

Les EHPAD font partie de ces établissements que l'on étudie, en sociologie, à travers le concept d'*institution totale*, à savoir « un 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 »<sup>17</sup>. Ce concept idéaltypique<sup>18</sup>, élaboré par Erving Goffman à la fin des années 1960 aux États-Unis, lors d'une recherche sur les relations sociales entre résidents et corps soignants dans un asile psychiatrique, est largement mobilisé dans l'étude des formes d'interactions sociales de type résistance, négociation, adaptation, dans d'autres genres d'établissements (tels que les prisons, les hôpitaux, les casernes, les CHRS, les internats, les foyers pour indigents, les monastères, etc.). Ce qu'il met en avant et qui nous intéresse ici est ce cadre particulier de l'institution totale qui place :

- *sous la même autorité* (la direction de l'établissement) : deux groupes d'individus, les reclus d'un côté et les personnels de l'autre, dont le statut n'est pas équivalent, puisque les uns sont sous la surveillance et le contrôle des autres ;
- *dans un même lieu* (l'établissement) : les diverses activités de la vie courante (manger, dormir, se laver, se soigner, s'occuper, etc.) qui se situent normalement dans des espaces sociaux distincts allant de l'intime à l'espace public (chambre, maison, entreprise, espaces culturels et sportifs, ville, etc.), eux-mêmes soumis à des règles propres (chef de famille, chef d'entreprise, représentant de l'État, etc.).

Ce cadre organisationnel unique et spatialement fermé réduit la possibilité pour les résidents de jouer sur les différents rôles sociaux et autres facettes de leur personnalité, puisque du fait de leur dépendance avérée ils n'évoluent plus que dans un seul cadre de référence, l'EHPAD, et ne jouent plus qu'un seul rôle social, celui de retraité. En cela, l'institution EHPAD participe de la construction sociale du statut de retraité. Et ces nouveaux retraités, anciennement SDF, dévient parfois lorsqu'ils résistent aux conséquences qui découlent de cette identité négative acquise dans leur nouvelle vie en EHPAD. Ils vont dès lors régulièrement négocier leur image, autant avec eux-mêmes qu'avec les autres.

## SDF retraité : la construction sociale d'un statut paradoxalement valorisant et stigmatisant

Un *statut social*<sup>19</sup> se compose d'une caractéristique principale objective (ici, l'âge ouvrant droit à la pension de retraite et/ou à l'entrée dans un EHPAD) qui doit être cohérente avec des caractéristiques secondaires socialement attendues. Ces comportements ou manières d'être, qui vont de

15 Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales : <https://cohesion-territoires.gouv.fr/programme-action-cœur-de-ville>

16 Sur les questions relatives à la « sortie de situation » de rue, voir l'ensemble des travaux de Pascale Pichon (<https://www.centre-max-weber.fr/Pascale-Pichon>), notamment : Pichon, P. (2014). Sortir de la rue : Question de recherche et enjeu d'action. *Le Sociographe*, 48(4), pp. 79-90. <https://doi.org/10.3917/graph.048.0079> ; voir aussi Sophie Rouay-Lambert, notamment *Vivre à la rue et en sortir : pratiques urbaines sans abri et parcours d'insertion sociale par le logement*, thèse de doctorat déposée et soutenue en 2001, IFU, Paris 8.

17 Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Les Éditions de Minuit coll. « Le sens commun », 1968, p. 41.

18 Pour une approche synthétique et éclairante du concept, voir l'article de Corinne Rostaing, « Institution totale », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », pp. 75-77.

19 Pour rester dans la veine conceptuelle de la sociologie interactionniste symbolique, on retient l'approche du statut de E. C. Hugues, sociologue américain particulièrement innovant et influent du milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

soi et répondent aux attentes tacites communes (ici, par exemple, se désintéresser de la vie sociale, être lent, dépassé, voire sénile, etc.), lui sont subordonnés. Lorsque se manifeste un écart trop important entre caractéristiques principale et secondaires, il y a *dissonance*. Pire, lorsque les caractéristiques secondaires prennent le pas sur la principale, on peut dire qu’il y a *déviante*.

C’est typiquement ce que l’on observe avec les jeunes retraités SDF dans l’institution EHPAD. Ils dérogent aux attentes de leur rôle et du lieu, ils bousculent les représentations, les pratiques, les règles et les normes établies. Ils ne sont « pas tout à fait comme les autres », ils font « ce qui ne se fait pas ». De plus, leur attitude peut spontanément être mise sur le compte de leur marginalité « naturelle » puisqu’ils sont d’abord d’anciens SDF, étiquette qu’ils portent encore comme un stigmate<sup>20</sup>, alors même qu’ils sont devenus retraités - autre stigmate, par ailleurs. Effectivement, ici, leurs caractéristiques secondaires (comportements débordants ou non conventionnels) pimentent sur leur caractéristique principale (retraité). Ils sont alors qualifiés d’inadaptés (aux codes du lieu). Mais n’est-ce pas plutôt le lieu qui est inadapté à leur situation ? Ces questions sont notamment abordées par Paul Henry et Marie Mallet, en conclusion de leur article, à propos de l’obligation de repenser l’EHPAD lorsque, « faute de solutions alternatives » (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 289), les SDF retraités seront de plus en plus nombreux à y être placés. En effet, lorsque, face à la pénurie d’offre d’hébergement et de logement abordable au sortir des situations SDF, l’EHPAD devient le seul hébergement possible, qui déroge ? Est-ce normal d’habiter un EHPAD à 60 ans ? Qui dévie ?

Les SDF retraités sont placés ici dans un paradoxe et une négociation constante de leur identité sociale : à l’extérieur de l’institution, ils peuvent faire valoir leur statut socialement reconnu de « retraité », et se défaire ainsi des attributs négatifs du stigmate SDF ; à l’intérieur de l’institution, ils doivent discrètement mettre en avant leur spécificité d’ancien SDF pour négocier des passe-droits liés à leur mode de vie plus actif et frivole que celui des plus vieux. Entre les résolutions de leur conflit intérieur et des conflits avec les autres, ils sont en pleine acculturation vis-à-vis de l’EHPAD, tantôt perçue, selon les jours et les humeurs, comme une institution totale aliénante ou comme une microsociété épanouissante et apaisante.

### L’EHPAD : une étape dans un parcours de relogement ou un hébergement définitif ?

Que représente l’entrée en EHPAD pour un ancien SDF et que représente l’accueil d’un ancien SDF pour l’équipe d’un

EHPAD ? Y a-t-il dissonance de perception sur ce qu’est un EHPAD - ce qui expliquerait en partie l’inadaptation temporaire ou durable entre les attentes de l’institution et les pratiques de certains résidents ?

Intégrer un EHPAD n’est facile pour personne. Bien qu’il soit un soulagement pour certains et/ou pour les familles, au regard des situations de santé, d’isolement et de dépendance, l’EHPAD demeure, dans l’imaginaire collectif, un mouvoir à plus ou moins court terme. On repousse le plus possible le moment d’y entrer ou d’y faire entrer un parent, car on sait pertinemment que la sortie ne se fera que les pieds devant. Or, au vu des parcours discontinus et jalonnés de ruptures institutionnelles des personnes en situation SDF, l’EHPAD, en tant qu’établissement d’hébergement (et non de logement), peut être perçu comme un énième hébergement temporaire parmi d’autres (ce qui paraît plus rassurant), plutôt que comme sa dernière demeure (qu’il aura tendance à fuir).

On perçoit, ici, la prime nécessité de clarifier ce qu’est un EHPAD, en soi, aujourd’hui (et dans les temps à venir), mais surtout ce qu’il représente pour l’ancien SDF devenu retraité. Car il y a vraisemblablement dissonance entre les représentations et les attentes respectives. C’est notamment ce que relève Patrick Delarue en tant que directeur d’établissement, lorsqu’il explique que « les besoins non pourvus font douter le résident précaire des bienfaits de l’institution » (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 337). Se posent ici typiquement les questions du rôle, du statut et des missions de l’institution et de leur révision partielle au vu des particularités de leurs résidents et de l’évolution de la société face au vieillissement général de sa population.

Puisque les mots ont effectivement un sens, pour reprendre l’idée de l’article consacré en début de dossier, arrêtons-nous sur la désignation même de cette institution : EHPAD : « établissement d’hébergement pour personne âgée dépendante ».

• EHPAD est une désignation administrative, dont le premier terme, *établissement*, à la connotation abstraite et massive, a une définition protéiforme qui le rend *impersonnel*. Un établissement concerne de nombreux types d’activités allant de l’usine à la banque, en passant par la scolarité, le militaire, le soin ou encore le tourisme. Il provient d’établir, qui est l’action de construire, d’installer, voire d’instaurer - ce qui suppose une forte volonté politique et des moyens d’application à grande échelle. Les EHPAD sont, dans ce sens, la mise en place d’un dispositif administratif d’une politique de prise en charge du vieillissement dépendant, héritée d’un contexte de société qui s’est urbanisée et standardisée et dans lequel les « agents » non productifs sont considérés comme une charge pour la collectivité, puisque la famille n’est plus en mesure de les garder ni de les loger.

<sup>20</sup> Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* [1963]. Paris, Les Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1975.

D’où les expressions connexes : « prise en charge », « personne à charge » (à l’instar des enfants, des mineurs, femmes, chômeurs, malades, handicapés, pauvres et autres « sans »).

- L’EHPAD est un établissement d’hébergement. Or la vocation de tout hébergement est d’être provisoire. De ce fait, il n’incite pas à l’installation durable et pérenne, contrairement à un logement, dont les statuts juridique et administratif lui octroient une durée de bail et des protections associées. Certains anciens SDF devenus retraités, qui n’ont plus connu de logement stable depuis longtemps (voire jamais), ne perçoivent dans la désignation même de leur nouveau lieu de résidence qu’une pause temporaire, bien qu’à durée indéterminée, dans la poursuite de leur parcours erratique. Pour les jeunes retraités SDF entrant en EHPAD, qui ont vécu un perpétuel présent durant des années, la confrontation avec cette perspective d’avenir est d’une rare violence : non seulement la solution de l’EHPAD a souvent été choisie par défaut, par déficit d’offre alternative, mais, surtout, la coexistence avec des personnes très âgées et dépendantes appartenant davantage à la génération de leurs parents qu’à la leur, les projette d’emblée dans un devenir peu réjouissant.

- Enfin, ces établissements hébergent des personnes âgées, dont on a vu la difficulté d’appréciation tant sociologique que statistique.

- Et quant au caractère de dépendance requis pour intégrer un EHPAD, là est tout le paradoxe relevé par plusieurs des auteurs. On le développe dans le chapitre suivant.

En somme, la désignation administrative de ces lieux de vie ne rend pas compte de ce qu’ils sont en réalité - des espaces habités par de l’humain, de l’humour, de l’amour, de la tristesse, du désarroi, des rencontres, de l’abnégation, de la joie, de l’innovation, de la peur, de la mémoire, de la vie... - ni de ce qu’ils sont voués à devenir. Sa désignation administrative (de type institution totale) l’empêche d’évoluer vers des missions, certes plus complexes, mais plus ouvertes (de type microsociété).

### Un espace d’acculturation où la déviance devient marqueur d’autonomisation et d’intégration

Bien que la comparaison d’un EHPAD avec une institution totale, au sens où l’entend Goffman, puisse être critiquable<sup>21</sup>, deux notions connexes sont utiles pour saisir ce qui se joue pour les SDF retraités lorsqu’ils intègrent un tel

établissement, ainsi que pour les personnels soignants et administratifs : la déviance et les adaptations secondaires.

La déviance permet d’appréhender différemment une situation objective, selon le point de vue et la position occupée par les acteurs (dominant/légitime, dominé/illégitime) dans une institution. La déviance n’est pas une pathologie en soi, mais un jugement de valeur d’un individu ou d’un groupe dominant<sup>22</sup> sur un individu, un groupe ou un comportement jugé immoral ou inadapté lorsqu’il dévie de la norme établie. Toute personne devenant résidente d’un EHPAD passe par un processus d’acculturation qui l’oblige à changer de statut. Chargé d’endosser un nouveau rôle social, l’individu déroge parfois en déviant de la norme établie, surtout quand ce que l’institution attend de lui ne correspond pas tout à fait à l’image qu’il se fait de lui-même ou de son potentiel d’action. Cela le mène à adopter des conduites jugées anormales, amORALES ou indisciplinées, telles que la fugue, la consommation de psychotropes, le non-respect des règles de comportement ou des horaires. Bref, toutes sortes de manières de faire inappropriées, vues dans plusieurs articles.

Or, justement, ces conduites, jugées infantiles, déviantes ou incohérentes peuvent être vues comme la manifestation même d’une indépendance d’action vis-à-vis de l’institution et d’une certaine quête d’autonomie. En cela, indirectement, les SDF retraités répondent aux objectifs d’autonomisation visés par l’institution, mais pas de la manière attendue.

L’acculturation implique l’apprentissage des règles de conduites, des normes et des valeurs tant formelles que tacites, attendues par le groupe/milieu/institution dans lequel on s’intègre. Devenir un « bon retraité » signifie donc intégrer ce nouveau cadre, se l’approprier, comprendre le rôle social à jouer et s’y conformer ; plus encore pour les SDF retraités qui naviguent de structure en structure selon la catégorie à laquelle ils correspondent à tel moment de leur parcours. Pour eux, l’entrée en EHPAD est une énième rupture et réadaptation obligées dans leur parcours d’errance institutionnelle. Chaque association, foyer, guichet de CCAS, CHU, hôtel, coin de rue et autres lieux de vie et de passage, possède ses codes, sa charte, ses règles et son cadre. C’est en cela que l’errance est aliénante (au sens de la perte de soi dans un tout). Car, dans ce vagabondage institutionnel incessant, les SDF ont perdu de vue depuis

21 Voir l’innovant travail de sociologie dessinée, réalisé par Léa Mazé et Pierre Nocerino : « Analyser l’accueil des personnes âgées en institution. De l’autonomie aux transferts de responsabilité ». *Revue ethnographique.org*, n° 35, « Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Nouvelles populations, nouveaux lieux, nouvelles pratiques », décembre 2017. [https://www.ethnographiques.org/2017/Maze\\_Nocerino](https://www.ethnographiques.org/2017/Maze_Nocerino)

22 Nommé « les entrepreneurs de morale », qui, en instituant des normes, créent la déviance : « Les normes sont le produit de l’initiative de certains individus, et nous pouvons considérer ceux qui prennent de telles initiatives comme des entrepreneurs de morale. Deux types d’entrepreneurs retiendront notre attention : ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer » (p. 171), in Becker H. *Outsider. Étude de sociologie de la déviance (1963)*, Paris, Métailié, 1985.

longtemps l’objectif de leur démarche dite « d’insertion<sup>23</sup> », d’autant qu’ils ont souvent déplacé ou perdu leur rapport au temps et donc à la projection.

Durant des années, les SDF ont dû s’accommoder d’un quotidien extrême, au point d’en arriver à valoriser leur situation via la construction de la figure du « clochard philosophe », pour reprendre l’exemple d’Alexandre Vexliard<sup>24</sup>, qui a « choisi » sa vie en se libérant des contraintes d’une société en crise dans laquelle il n’avait plus sa place<sup>25</sup>. En intégrant un EHPAD, ils doivent donc réviser leur position, révision qui passe à nouveau par un conflit intérieur à résoudre, car quitter la rue signifie souvent devoir dénigrer ce qui a été valorisé, en trouvant des points d’ancrage dans ce nouvel environnement de vie, et reconstruire un discours valorisant leur nouvelle situation de « SDF retraité en EHPAD ».

Pour les personnels de l’EHPAD, le point de vue est tout autre. Selon eux et objectivement, l’entrée en EHPAD améliore de fait la situation des SDF vieillissants car ils y trouvent le gîte, le couvert, des soins, des animations et les attentions de tout un collectif à leur égard. Alors pourquoi tant de résistance ? Parce que, pour les SDF retraités, ce processus d’acculturation ne peut se faire en douceur, sans à-coups. Les diverses fugues, retours à la rue, rechutes dans leurs consommations diverses, ne doivent pas être appréhendés comme des échecs en soi, mais, sur un plus long terme, comme autant d’étapes participant du processus de construction de leur nouvelle identité d’ancien SDF vieillissant ne pouvant s’autosuffire, devenu retraité et dépendant.

S’ils sortent enfin de la rue, ils ne réintègrent pas pour autant la société. C’est là tout le paradoxe de leur situation ! Ils ne doivent pas renouer avec la société - promesse des dispositifs dits « d’insertion » -, mais ils doivent s’insérer dans un milieu qui est lui-même un peu, beaucoup, en marge du monde. Envisager l’insertion sociale des SDF retraités devient, de ce point de vue, au mieux un non-sens, au pire une hypocrisie. De ce point de vue, il n’est pas étonnant, et c’est même rassurant, qu’ils manifestent de la résistance et de la désobéissance. On peut aller jusqu’à envisager ces comportements, dits « déviants » vis-à-vis de l’institution, comme totalement normaux pour n’importe qui d’autre placé dans un milieu qui n’est pas le sien ou inadapté à sa situation. Il ne va pas de soi qu’un EHPAD soit une solution

de logement pour un « ancien » SDF. Or c’est à l’« ancien » SDF que l’on demande encore de s’accommoder. Et il s’accommode !

C’est là que les *adaptations secondaires*, autre phénomène repéré dans l’institution totale, nous éclairent sur les attitudes et comportements des acteurs en présence et la manière d’envisager la *dépendance* et l’*autonomie*. Erving Goffman a montré comment, même dans les institutions les plus réglées et normées, une vie clandestine se développe par les multiples adaptations secondaires indispensables à la survie psychologique des résidents. Comment chacun, pour se réapproprier un minimum de libre arbitre et redevenir un tant soit peu acteur de sa vie, joue sur les registres du paraître afin de s’écarter un peu du rôle déprécié que l’on attend de lui. L’important étant de ne pas trop dépasser les limites, sinon le contrat moral tacite sera rompu et la confiance abîmée, voire perdue. Du côté des SDF retraités, cela peut provoquer une fuite/fugue ou une rechute, une rupture du lien ; du côté de l’institution, parfois des sanctions de diverses natures ; et de fait, pour tous, une renégociation de la relation et du contrat.

C’est bien le développement d’une *vie clandestine* qui permet aux institutions les plus rigides de ne pas craquer : ainsi, dans les EHPAD, les laisser-faire tacites, les dépassements parfois complices des agents/soignants vis-à-vis des résidents (concernant les sorties, les permissions de fumer ou de boire, etc.) sont les manifestations de cette flexibilité nécessaire au bon déroulement de la vie quotidienne. Ces micro-adaptations subtiles, ces négociations sont autant des marques de socialisation que des marques d’autonomie et d’indépendance vis-à-vis d’un contexte autoritaire.

Dès lors, on voit que la *dépendance* ne peut pas être uniquement vue comme une caractéristique circonscrite à l’état d’une personne. La dépendance est la nature même du lien social<sup>26</sup> et dépend :

- *d’un écosystème lié à un choix de société* : « on commence à parler de dépendance dans les années 1970, dans une société qui met de côté ses vieux qui ne sont plus maintenus à la maison en famille, ce qui va aussi de pair avec l’urbanisation et la mort de la vie rurale »<sup>27</sup> ;
- *combiné à un contrat social* : la fin de la vie active est rendue possible par une protection financière censée assurer une indépendance (pension de retraite) ;

23 La notion d’« aliénation » a également été mobilisée pour appréhender la condition des travailleurs sociaux face aux changements de leur environnement professionnel, cadre et objectifs de mission : Rouay-Lambert S. « Où va la parole des SDF ? La “marge” peut-elle enfin instruire l’institutionnel ? », *Le Sociographe*, vol. 48, n° 4, 2014, pp. 91-101. <https://doi.org/10.3917/graph.048.0091>

24 Outre la réédition de sa thèse *Le Clochard. Étude de psychologie sociale* (1957, Paris, Desclée de Brouwer), voir notamment ses premiers articles issus de son terrain de thèse : « Le clochard. Les phases de la désocialisation », 1950, *L’évolution psychiatrique*, 4 (pp. 619-639), et « Les clochards : le “seuil” de résistance à la désocialisation », 1951, *L’évolution psychiatrique*, 1 (pp. 133-150). Plus largement, voir Mucchielli L. « Clochards et sans-abri : actualité de l’œuvre d’Alexandre Vexliard », *Revue française de sociologie*, 1998, 39-1, pp. 105-138. [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1998\\_num\\_39\\_1\\_4779](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1998_num_39_1_4779)

25 De Gaulejac V. et Taboada Léonetti I. *La Lutte des places. Insertion et désinsertion*. Paris, Desclée de Brouwer, 1994.

26 Paugam S. « Les fondements de la solidarité (pp. 5-28) » ; Paugam S. (dir.), *Repenser la solidarité. L’apport des sciences sociales*. Paris, PUF, 2007.

27 Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, Nathan, collection « Sociologie 128 », 2001.

- *et une transcription technocratique* : Vincent Caradec montre, en effet, comment les systèmes de retraite ont transformé le vieux en « retraité ».

Comme on peut le lire dans plusieurs articles, les résidents ne sont pas les seuls à déroger au cadre. Les agents et les soignants dévient aussi (à l’instar des attitudes de désobéissance civile, lorsque le cadre d’exercice s’éloigne trop de la mission et de ses valeurs initiales). Personne n’est dupe. Et même dans les institutions les plus strictes, c’est bien par ces multiples adaptations secondaires propices au maintien de son identité propre, dans ces espaces relationnels de l’informel, que l’humain retrouve sa place, aussi bien chez les résidents que chez les personnels.

La valeur du relationnel, l’accomplissement dans son travail ou sa mission fabriquent les petits bonheurs du quotidien des équipes et des résidents et construisent l’histoire du lieu. Cette histoire commune, propre à chaque EHPAD considéré comme lieu de vie, sert de ferment à tous et plus particulièrement d’ancrage aux SDF retraités.

Les personnes qui occupent les postes charnières prennent ici toute leur importance. Le rôle du « soignant-confident » par exemple, exposé par Martine Le Noc Soudani et Charlotte Miot (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 304), est éclairant à ce titre. Les postes et personnels voués à l’accueil également sont promordiaux comme vu dans l’exemple de la gestion de la fugue/sortie (*Rev Geriatr* 2020 ; 45 : 304). Tantôt malléables, tantôt plus rigides, selon la situation à laquelle ils doivent faire face, ce sont eux qui, en coulisses, tiennent l’institution et font qu’elle répond à l’objet même de sa création : l’accueil et le soin de l’autre.

### Des institutions obligées de se repenser au vu de l’évolution de la société

Le registre conceptuel de la déviance nous invite à porter un autre regard sur les EHPAD, leurs personnels et leurs résidents. On peut ainsi envisager que plus un individu se rebelle et déroge aux codes du lieu, plus il est en cohérence avec sa propre définition de la situation - ce qui le conduit objectivement à opérer des choix, selon lui, logiques et pertinents. Ainsi, n’est-il pas incohérent qu’un SDF retraité trouve anormal de se voir placer en EHPAD à 60 ans, même si son mode de vie marginal en situation extrême implique, pour lui, de recevoir des soins spécifiques.

Les réactions et attitudes considérées comme déviantes d’un certain point de vue ne peuvent-elles être comprises comme la manifestation d’un dysfonctionnement d’une société en crise, plutôt que comme une pathologie de l’individu qui y

a survécu ? Ne peut-on aussi envisager, qu’en soi, l’installation dans une institution totale participe de la désocialisation (et non de son insertion), puisque l’individu s’éloigne de la vie en société ?...

L’intégration/insertion dans un tout passe aussi par l’ajustement de ce tout et de ses outils. Puisque la dépendance est le lien social, il faut également s’interroger, par exemple, comme le font plusieurs auteurs, sur la pertinence des grilles de mesure mobilisées dans le cadre des EHPAD pour l’évaluation de l’autonomie de personnes qui ont réussi à (sur)vivre en quasi totale autonomie (bien plus que tous les autres résidents intégrés et en relation avec leur entourage) durant une bonne partie de leur vie, et qui s’adaptent encore à un nouveau cadre d’existence. À quoi et à qui sert la mesure ? N’est-ce pas à l’outil d’être ajusté à l’objet de son usage, et à l’institution de s’adapter au vivant, en revenant aux fondamentaux actualisés de ses missions ?

Reprenons l’exemple de la fugue présenté par Patrick Delarue. La manière dont elle semble gérée dans cet EHPAD montre une *plasticité* certaine de l’institution : la fugue est une transgression. Or la transgression, en soi, motive l’acte. S’il n’y a plus transgression, il n’y a plus « fugue ». Cela devient une simple « sortie ». C’est donc bien à l’institution, en tant qu’« entrepreneur de morale », de changer en partie ses règles et représentations afin de ne pas rendre l’usager déviant.

Repenser une institution nécessite également de penser le profil de son personnel et les contours de leurs postes. L’écart de représentation sur ce qu’est un EHPAD peut se retrouver chez les personnels au point qu’il y ait dissonance, là aussi, entre la description d’une fiche de poste d’accueil, d’agent d’entretien, ou encore d’aide-soignant, etc., et le quotidien riche et complexe de la mission, nécessitant des compétences relationnelles (*soft skill*) indescriptibles sur une offre d’emploi - d’autant qu’elles sont encore aujourd’hui mal reconnues tant du point de vue sociétal que de leur traduction en salaire. Ce sont tous ces invisibles<sup>28</sup> dont il est question ici et de la juste considération à leur égard. Ce déplacement de regard invite aussi à tenir compte des facultés d’adaptation de chacun et des « ficelles » fabriquées par les personnes lorsqu’elles étaient en situation de rue et de survie. Quelles compétences révèlent-elles, qui peuvent être mobilisées en EHPAD ? Sans magnifier un passé perdu ni tomber dans l’angélisme, comment valoriser les parcours de rue et donner la possibilité et l’envie de rendre visible son expérience ?

Ces partages de tranches de vie dans un collectif de retraités d’horizons divers, non seulement permettent de changer les

<sup>28</sup> Outre l’actualisation de cette question au regard de la crise sanitaire liée au Covid 19 et l’engagement de ces personnels « de coulisses », voir plus spécifiquement le film *Les Invisibles* (2019) de Louis-Julien Petit, considéré comme une utopie égalitaire dans un article que lui consacre *Le Monde* : [https://www.lemonde.fr/cinema/article/2019/01/08/les-invisibles-des-femmes-puissantes\\_5406140\\_3476.html](https://www.lemonde.fr/cinema/article/2019/01/08/les-invisibles-des-femmes-puissantes_5406140_3476.html)

représentations et de passer de « rebuts marginaux » à « vétérans de la rue et de la mouise », mais concourent aussi à l'appropriation d'un statut plus valorisant en passant de victime à survivant, statut propice à l'ancrage et à l'intégration dans un tout, même lorsque ce tout est constitué d'un petit collectif de type EHPAD.

La plupart des articles de ce numéro consacré à l'accueil et la prise en charge des personnes précaires vieillissantes alertent sur l'urgence de la situation et l'obligation d'opérer des changements structurels. Comment penser et accompagner la plasticité obligée des EHPAD et des dispositifs publics ? Les métiers changent, les institutions doivent gagner en souplesse, changer de forme, décloisonner leurs actions au profit de la continuité des parcours de vie et du vieillissement. Ces changements sont en partie concrétisables dans la

manière dont sont pensés les espaces. Or, l'avancée de la recherche dans les domaines de l'architecture et du Design ouvre un nouveau champ d'opérationnalité au secteur du vieillissement. Le milieu est propice à la démarche inductive, *via* par exemple la co-conduite de projets d'école encadrés. Aussi, outre les pistes opérationnelles liées à la formation des acteurs du soin et à la recherche, présentées en conclusion de ce dossier, le rapprochement avec les écoles et acteurs qui travaillent l'espace et le territoire est indispensable car ils renouvellent, par leur approche innovante et pluridisciplinaire, la manière d'aborder les situations les plus complexes, ce qui est le cas du « vieillissement des précaires » et plus largement de la place et des formes que prendra le vieillissement incontournable de la société. ■

*Liens d'intérêts* : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

# Conclusion

## Conclusion

Vanessa BENOIT<sup>1</sup>, Martine LE NOC SOUDANI<sup>2</sup>, Charlotte MIOT<sup>3</sup>, Sophie ROUAY-LAMBERT<sup>4</sup>

### BILAN

La précarité et l'exclusion modifient la manière d'être au monde. Les personnes qui ont connu la rue ont une expérience et des besoins qui doivent être pris en compte lorsqu'elles sont accueillies en EHPAD. Ce public qui sort de la survie réapprend à être visible, à exprimer des besoins, à vivre avec son corps, à en accepter les limites. Ce cheminement doit être accompagné par l'établissement.

Le projet individualisé de soins des personnes précaires ne comporte pas de particularité majeure sur le plan médical mais nécessite un savoir-faire et un savoir-être différents, à l'instar de la prise en soin des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Les EHPAD ont déjà prouvé qu'ils savaient s'adapter aux nouveaux besoins identifiés et qu'ils étaient capables d'accueillir les profils émergents bien différents d'une population uniquement dépendante. En ce qui concerne le public précaire ayant eu un parcours de rue, plutôt indépendant sur le plan fonctionnel, il peut vivre comme des restrictions inutiles une partie des règles de l'établissement. Il s'agira alors de les adapter de manière contractualisée afin de trouver un équilibre entre son désir de liberté, les restrictions institutionnelles et les limites physiques liées à l'âge.

La prise en soins de ces résidents précaires moins dépendants, selon le GIR notamment, ne signifie pas que leur accompagnement n'exige pas autant, voire plus d'investissement humain et financier. C'est à ce titre que se pose la

question cruciale, après celle primordiale des modalités d'évaluation, de l'adaptation des modalités de financement des EHPAD, afin de prendre en compte l'accueil de ces personnes de plus en plus nombreuses dans les institutions, particulièrement dans les structures du CASVP, dont la prise en charge des publics vulnérables reste le cœur de métier. Il importe d'introduire la reconnaissance des situations de précarité de façon individuelle dans les établissements afin de ne pas pénaliser ceux qui prennent en charge ce type de personnes.

Dans le cas contraire cela aura pour effet de creuser l'écart déjà existant entre privé et public, mais également de créer une sélection à l'entrée dans les EHPAD de ce dernier secteur, aggravant les difficultés d'accès aux établissements des personnes vieillissantes issues de la rue.

Les sujets et questionnements discutés plus avant stimulent la réflexion et motivent l'action. Ces quelques pistes opérationnelles à poursuivre répondent à des exigences diverses. Elles doivent se conjuguer simultanément, car l'urgence de certaines n'empêche aucunement le temps de la réflexion sur le changement de fond de la question du vieillissement, de sa représentation sociale, de son accueil et de son accompagnement dans une société en mutation.

Concernant ces prises en charge ajustées dans les faits, elles nécessiteront en amont d'être correctement évaluées, ce qui implique de revoir/faire évoluer les outils utilisés. En effet, les grilles AGGIR et PATHOS reflètent mal le diagnostic unanimement posé par les professionnels confrontés à ces

<sup>1</sup> Sous-directrice de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

<sup>2</sup> Gériatre, ARS.

<sup>3</sup> Chargée d'étude, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

<sup>4</sup> Architecte d'intérieur, urbaniste et sociologue, Institut catholique de Paris, 21 rue d'Assas, 75006 Paris.

Auteur correspondant : Madame Charlotte Miot, Chargée d'études, CASVP, 5 boulevard Diderot, 75012 Paris, France.

Courriel : charlotte.miot@paris.fr

résidents précaires. Si des pistes de réflexion existent déjà<sup>1</sup>, l'échelle de COHEN MANSFIELD pourrait servir de base à l'élaboration d'une grille d'évaluation de la perte d'autonomie psycho-cognitive<sup>2</sup>.

## PROPOSITIONS

L'augmentation du nombre de personnes précaires vieillissantes (cf. les estimations de la Fondation Abbé Pierre) et leurs caractéristiques spécifiques font mécaniquement augmenter les besoins en formation des personnels (médecins, soignants, travailleurs sociaux, administrateurs, etc.)<sup>3</sup>.

Pour y répondre favorablement, il importe de lancer une veille sur l'offre existante et les besoins afférents selon les territoires, privilégier un collectif de profils diversifiés tant dans l'élaboration de l'offre que dans la dispense des contenus, et envisager des montages institutionnels multipartites :

- depuis ces trente dernières années, la recherche constante en sociologie, anthropologie et psychosociologie sur les processus de précarisation conduisant certains à vivre dans des conditions extrêmes des milieux de la rue offre un socle solide sur lequel fonder un panel d'offre de formations à destination des acteurs et des personnels de tout grade des secteurs œuvrant sur le vieillissement ;
- *idem* à propos des acteurs et personnels des secteurs de la santé et du social : leur expérience donne une lecture fine et concrète des situations complexes et permet de poser un diagnostic sur les actions à entreprendre pour combler les lacunes et prévenir les besoins ;
- la prise en compte des personnes en situation (résidents, précaires, aidants, familles, etc.) aujourd'hui pleinement intégrée dans les démarches de programmation des projets d'établissement a fait évoluer les méthodologies de « remonté de parole » ; leur témoignage est indispensable à la manière de penser et d'ajuster l'offre ;
- parallèlement, la diversification des formats académiques sous forme de diplômes universitaires et autres certifications ainsi que les dispositifs de formation continue octroyés à tout salarié offrent les conditions favorables à l'élaboration d'une offre de formations ciblées à géométrie variable.

Dans ces conditions, plusieurs formats simultanés sont envisageables :

- *Création d'un diplôme universitaire (DU)* sur l'accueil et l'accompagnement des précaires vieillissants : via un montage institutionnel multipartite public/privé (CAS-VP, Hôpitaux, associations, réseau des gérontologues, université, etc.) : élargir le public permet de croiser les expériences et pratiques respectives, base d'un nouveau réseau d'acteurs/agents propice à décloisonner les services pour mieux répondre à la continuité des parcours des personnes en situation.

- *Création de certificats* : les formations courtes (journée ou hebdomadaire ; ponctuelle ou récurrente, etc.) certifiantes en partie co-élaborées avec les commanditaires offrent une grande souplesse, une réactivité et une opérationnalité appréciée dans les organisations.

- *Animation et ateliers in situ* : les formations à l'accueil et à l'accompagnement de publics spécifiques, à l'interculturalité, etc., peuvent aussi être pensés *in situ*, par des animations ponctuelles et des ateliers plus réguliers avec les différents acteurs en présence, et les résidents et familles, en vue de déconstruire les peurs et représentations respectives et de faire lien.

- *Management du changement* : l'accompagnement des équipes dans l'ajustement des soins et des services à la personne des métiers dits du « care », fait l'objet de nouvelles recherche-action et d'offres d'accompagnement-conseil. Une dynamique médiatrice extérieure permet la distanciation nécessaire au management agile dans un contexte incertain et complexe.

- *Création d'un comité d'éthique* : sur les questions non exhaustives de l'autonomie et de la dépendance, du renoncement au soins, de la fin de vie, des formes d'accompagnement situées entre autorité, acharnement et laxisme, sur l'attitude des acteurs face à la peur de l'autre, etc., sont indispensables car la posture éthique est en position charnière entre la formation, la recherche et la transcription dans les manières de penser autrement les espaces (architecture, Design et aménagement intérieur) et les territoires (urbanisme, localisation et liens) du « bien vieillir » pour tous.

1 Voir notamment la note de bas de page numéro 22 concernant le docteur et psychogériatre Jean Claude Monfort qui vient d'établir une grille de cotation et d'appréciation des symptômes et syndromes déconcertants.

2 Une étude à partir des dossiers de 49 résidents identifiés comme précaires à l'EHPAD François I<sup>er</sup> a permis d'évaluer les symptômes psycho-comportementaux de cette population en utilisant l'échelle de Cohen Mansfield. Pour les docteurs Vial et Soudani, qui ont effectué cette mini enquête en septembre 2018, cette dernière paraissait intéressante car l'interprétation de certains items semblait avoir une signification chez les personnes concernées : par exemple l'item « Amasse des objets » permet d'identifier les accumulateurs et autre syndrome de Diogène ; « fait des avances sexuelles physiques et/ou verbales » résonne particulièrement avec le quotidien des aides-soignants. Finalement, les médecins ont estimé que les items de l'échelle de Cohen Mansfield correspondant à des résidents précaires sont : « mange des produits non comestibles », « fait des avances sexuelles physiques », « fait des agences sexuelles verbales », « essaie d'aller ailleurs », « agitation généralisée », « recherche constante d'attention », « amasse des objets », « donne des coups », « lance les objets », et « est opposant ».

3 Voir à ce propos le très riche et intéressant rapport de recherche-action participative *Les vieux précaires on en fait quoi ? pour l'ensemble de son apport et notamment ici la partie 6 consacrée à la formation* (pp. 106-127). Collectif, novembre 2019 : <https://ifts-asso.com/images/ERA/rapports-recherche/2019-11-precarite-veillessement-Relais-Ozanam.pdf>

## Conclusion

---

La reconnaissance et la valorisation de l'engagement des personnels se retrouvent dans la diplomation. Toutefois, l'accès aujourd'hui facilité à la formation tout au long de la vie pour les professionnels des secteurs médical et social ne doit pas négliger pour autant la formation initiale. Ces « nouveaux » sujets doivent être pensés à l'occasion de la révision partielle des programmes dans leur cursus respectifs. Les acteurs desdits secteurs (faculté de médecine, IRTS - Institut régional du travail social, écoles d'infirmiers, etc.) sont à repérer et à impliquer dans le processus en cours de construction.

De multiples expériences sur l'accueil, l'accompagnement et l'habitat du vieillissement et de la fin de vie, émergent depuis plusieurs décennies déjà. À des échelles variées et sur des territoires allant du plus rural, au périphérique et au grand urbain, beaucoup d'innovations sociales et spatiales certainement prometteuses restent encore discrètes faute de

valorisation et d'essaimage. La littérature grise (rapports internes, bilans d'activités, mémoires de fin de stage et d'étude, etc.) en fait état, mais reste d'un accès laborieux du fait de sa nature éditoriale.

- *Un recensement des expériences innovantes* : est indispensable en vue de réfléchir à une véritable politique publique du vieillissement encore trop réduites à des initiatives ponctuelles et locales (envisager le rapprochement avec des observatoires existants ou en créer un si nécessaire ?).

- *Financement d'une thèse CIFRE* (Convention industrielle de formation par la REcherche) : si une sociologie du vieillissement existe, en revanche, le vieillissement des précaires semble encore un pan oublié ou très lacunaire. C'est l'occasion d'élaborer un sujet à explorer en lien avec le recensement précité et à problématiser. Ce sera aussi l'occasion de se pencher sur ce qui se pratique à l'international afin d'en tirer des enseignements à vocation opérationnelle pour le secteur. ■

*Rev Geriatr 2020 ; 45 (6) : 359-61.*

## Références

- « Vulnérabilités psychiques : mobiliser la société contre l'exclusion. Les cahiers de l'espace éthique IDF GHU PARIS psychiatrie et neurosciences », mars 2019.
- Becker H.** Outsider. Étude de sociologie de la déviance (1963), Paris, Métailié, 1985.
- Benattar L.** Le projet de soins, DIU médecin coordonnateur Paris 5, 2007.
- Bernard Carmen.** Les vieux vont mourir à Nanterre, Le Sagittaire, 1978.
- Bonnin-Guillaume S, Bautrant T, Steyer Y, Bourgoin M, Sydenham N, Marquet T.** Le sujet âgé fugueur : un trouble du comportement aux conséquences sociétales multiples. *Rev Geriatr* 2010 ; 35 : 409-12.
- Bouchon JP.** « 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? » *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888-92.
- Caradec V.** Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris, Nathan, collection « Sociologie 128 », 2001.
- Castel R.** Les Métamorphoses de la question sociale ; une chronique du salariat (Paris, Fayard, 1995).
- Cazorla A, Dubost V.** Qui est le résident fugueur ? Est-il possible de le repérer ? Approche psycho-dynamique de la fugue en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Rev Geriatr* 2011 ; 36 : 135-42.
- De Gaulejac V, Taboada Léonetti I.** La Lutte des places. Insertion et désinsertion. Paris, Desclée de Brouwer, 1994.
- Declerck P.** Les Naufragés - Avec les clochards de Paris, Plon, 2003.
- Descartes R.** « L'animal-machine ». Discours de la méthode, cinquième partie, 1637.
- Dupré-Lévêque D, Charlanne D.** Entrée et accueil des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). *Rev Geriatr* 2015 ; 40 : 409-16.
- EHPA (enquête) : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
- Ennuyer B.** « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, vol. 34/138, n° 3, 2011, pp. 127-142.
- Goffman E.** Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris, Les Éditions de Minuit coll. « Le sens commun », 1968, p. 41.
- Hall ET.** La Dimension cachée. Paris, éd. du Seuil, 1971.
- Freud S.** Le malaise dans la culture. Œuvres complètes, t. XVIII, PUF, Paris, 1994, pp. 249-333. Première édition allemande 1930.
- Furtos J.** De la précarité à l'auto-exclusion, Rue d'Ulm, 2009.
- Furtos J.** « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, vol. 156, n° 7, 2011, pp. 29-34.
- Goffman E.** Stigmate. Les usages sociaux des handicaps [1963]. Paris, Les Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1975.
- Habermas J.** Morale et communication, Paris, Cerf, 1986 ; De l'éthique de la discussion, Paris, Cerf, 1992.
- Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquant L, Manac'h D, Bastianic T, Chatellier G.** 2009 Elsevier Masson.
- Huvent Grelle D, Pagniez C, Delabriere I, Podvin J, Puisieux F.** Les fugues en EHPAD. L'étude EVADE : Étude sur la survenue de fugues auprès de 6 649 patients Âgés institutionnalisés dans le nord de la France. *Rev Geriatr* 2013 ; 38 : 663-6.
- Jovelet G.** « Penser l'EHPAD et son devenir, pas sans la psychiatrie ! » *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 437-42.
- La santé des sans-abri. Bull. Acad. Nationale Méd, 2013, 197, n° 2, 277-291, séance du 5 février 2013.
- Lambert G.** « La peur de vivre », Rome, La vie en plus (XI<sup>e</sup> conférence internationale de gérontologie), Centre Internationale de gérontologie sociale, 1984, pp. 51-4.
- Le Noc Soudani M, Gauillard J, Fileppi F, Tronquoy P.** EHPAD : Le projet de soins psychiatrique. Soins à domicile n° 40, sept-oct 2014, [www.sante-log.com/id40XX](http://www.sante-log.com/id40XX)
- Maisondieu J.** « La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? », *Gérontologie et société*, 2002/3, vol. 25, n° 102, pp. 227-235.
- Mannheim K.** Le Problème des générations [1928], préface, introduction et postface par G. Mauger, Paris, Armand Colin, 2012.
- Marc. G.** *Les Personnes âgées. Contours et caractères.* Paris, Insee, 1990, p. 4.
- Mathy C, Bensadon M.** Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *J Econ Med* 2000 ; 20 : 263-73 et J. Holstein, D. Farge, N. Taright, L. Trinquant, D. Manac'h, T. Bastianic, G. Chatellier Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour, Elsevier Masson 2009.
- Mauger G.** Âges et générations. Paris, La Découverte, « Repères », 2015.
- Mazé A.** L'Action sociale de proximité à l'épreuve du non-recours. Étude du Département du Val-de-Marne, sous la direction de Philippe Warin, Laboratoire PACTE, Université de Grenoble, janvier 2020.
- Mazé L, Nocerino P.** « Analyser l'accueil des personnes âgées en institution. De l'autonomie aux transferts de responsabilité ». *Revue ethnographique.org*, n° 35, « Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Nouvelles populations, nouveaux lieux, nouvelles pratiques », décembre 2017.
- Mucchielli L.** « Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard », *Revue française de sociologie* 1998 ; 39-1 : 105-38.
- Nisi G.** « Marginalisation de la personne âgée et développement de la société » 1984.
- Offray de La Mettrie J.** « L'Homme Machine », Leyde, 1748.
- Paugam S.** « Les fondements de la solidarité » (pp. 5-28) ; Paugam S. (dir.) *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales.* Paris, PUF, 2007.
- Paugam S.** (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », pp. 75-77.
- Pichon P.** Sortir de la rue : Question de recherche et enjeu d'action. *Le Sociographe* 2014 ; 48 : 79-90.
- Pichon P.** « Opération Coup de pouce. L'assistance aux sans domicile fixe dans le métro », Réseau 2000, RATP, 88, février 1994.
- Ploton L, Boris C.** Résilience et personnes âgées, Odile Jacob, 2014.
- Prévost M.** « La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos ». Santé conjugulée, avril 2009, n° 48.
- Raynal H.** Malheur et poésie, Paris, Perrotin, 1834 (pp. 81-82).
- Rouay-Lambert S.** « "SDF retraité" : un impensé social ». Dijon, réseau francophone des villes amies des aînés, Les essentiels amis des aînés 2018, n° 8, « Penser les différences dans l'avancée en âge », pp. 28-29.
- Rouay-Lambert S.** « Où va la parole des SDF ? La "marge" peut-elle enfin instruire l'institutionnel ? », *Le Sociographe*, vol. 48, n° 4, 2014, pp. 91-101.
- Rouay-Lambert S.** « La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite » In *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 100, 2006. L'avancée en âge dans la ville, pp. 136-143. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>
- Rouay-Lambert S.** Vivre à la rue et en sortir : pratiques urbaines sans abri et parcours d'insertion sociale par le logement, thèse de doctorat déposée et soutenue en juin 2001.
- SAMENTA enquête (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement d'Île-de-France) Observatoire du Samusocial de Paris et INSERM, 2009.
- Simmel G.** « Le conflit » [1908], *Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation.* Paris, PUF 2010, pp. 265-346.
- Thomas P, Hazif-Thomas C, Thomas S.** La qualité de l'accueil en EHPAD d'une personne âgée. *Rev Geriatr* 2015 ; 40 : 417-26.
- Thury AC.** Liste des points à vérifier lors d'une admission en EHPAD. *Rev Geriatr* 2015 ; 40 : 427-9.
- Weber M.** Le savant et le politique, Paris : Plon, 1959.
- Wresinski MJ.** « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », rapport au conseil économique et social, Journal Officiel du 28 février 1987.