

SYN 
THESE

du colloque du 13 octobre 2016


Aurore
ASSOCIATION

 **LES**
ANGLES MORTS
DE LA SOLIDARITÉ
LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT 



REMERCIEMENTS

Le 13 octobre 2016, sur le site des Grands Voisins, s'est tenu le colloque sur les enjeux du vieillissement des personnes précaires, second acte des Angles morts de la solidarité. L'association Aurore a réuni à cette occasion plus de 400 personnes, pour une réflexion commune autour de cette question.

Nous vous remercions pour vos contributions, témoignages, analyses. Ensemble, nous avons commencé un travail, ouvert un vaste chantier de réflexions dont ce colloque a été la première pierre. Il a permis des échanges et des partages d'expériences, que vous êtes nombreux à souhaiter voir se prolonger. Des pistes de solutions et

des propositions ont déjà émergé, pour que les personnes que nous accueillons et accompagnons, puissent vieillir en toute dignité dans des environnements adaptés. Enfin, la diversité des intervenants – médecins, travailleurs sociaux, chercheurs – ont fait la richesse des débats de ces rencontres.

Ce document synthétise l'ensemble de cette journée : l'ensemble des interventions, les situations décrites, les témoignages, les idées échangées et les propositions de solutions.

Nous tenons particulièrement à remercier les bénévoles qui ont participé à l'organisation de cette journée et à la réalisation de ce dossier et en particulier Laure Siaud et Isabelle Caillot.

RÉSUMÉ

Les enjeux du vieillissement des personnes en situation de précarité ou d'exclusion : un cumul de fragilités

Les personnes en situation de précarité ou d'exclusion vieillissent prématurément, du fait de fragilités qui se cumulent : une vie d'errance, la maladie, la pauvreté... Ces personnes ont une espérance de vie inférieure de 30 ans à celle de la population générale (pour les hommes 49 ans vs 79 ans) et les premiers symptômes du vieillissement apparaissent chez elles dès 45-50 ans.

Ces seniors se trouvent aujourd'hui dans l'un des angles morts de la solidarité. Leur prise en charge est une problématique assez ignorée des pouvoirs publics. Car ces personnes se situent à la lisière des dispositifs existants pour prévenir l'isolement, la pauvreté, le mal-logement. Ils sont trop jeunes pour prétendre à des structures d'accueil, comme les EHPAD ou les foyers logements (âge minimum requis 60 ans), et trop vieux pour s'inscrire dans des dispositifs d'insertion.

Aujourd'hui, ces personnes finissent leur vie où elles le peuvent, le plus souvent là où elles sont accueillies, en CHRS, CHU ou en pensions de famille, et en dernier recours à l'hôpital. Toutes les équipes de travailleurs sociaux sont confrontées au phénomène.

L'un des enjeux serait de revoir les projets d'établissement des structures d'accueil et d'y intégrer la problématique santé, afin de disposer d'un accompagnement particulier propre à répondre aux pathologies et aux difficultés sociales spécifiques à ce public vieillissant. Parallèlement, la demande est forte en termes de développement de structures d'accueil plus adaptées, avec un personnel formé à ces publics particuliers que sont les personnes très précaires.

La formation des travailleurs sociaux doit également évoluer et prendre en compte les dispositifs sanitaires d'aide existant pour les personnes âgées. De même, les acteurs des structures sanitaires et médico-sociales doivent se former pour intégrer dans leurs pratiques les particularités liées à la prise en charge des personnes précaires.

En résumé, il est nécessaire de décloisonner les champs de l'action sociale et de l'action sanitaire, de créer des partenariats, afin que l'ensemble des acteurs puissent travailler efficacement ensemble et offrir aux personnes toute l'attention et le soin qu'elles sont en droit d'attendre.



SOMMAIRE

- p. 4** Ouverture de la plénière
- p. 6** **Le vieillissement des personnes en situation de précarité**
François-Xavier Turbet Delof, Directeur adjoint de l'association Les petits frères des Pauvres - AGE, chargé de la qualité et de l'innovation
- p. 7** **L'influence de l'environnement sur le processus de vieillissement**
Pascale Dubois, Coordinatrice du projet Les Grands Voisins et Xavier Bougouin, Chef de service du Centre d'Hébergement et de Stabilisation Pierre Petit (Aurore)
- p. 9** **L'accélération du vieillissement liée au cumul des fragilités**
Emmanuel Guiliano, psychologue au Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement (CEPTV) de Sainte Anne
- p. 10** **La prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes**
Christine Laconde, Directrice générale du Samusocial de Paris
- p. 11** **La formation en travail social**
Martine Trapon, Directrice de l'Ecole Normale Sociale
- p. 12** **L'accompagnement à la fin de vie**
Marion Quach-hong, Chargée de mission santé et études de la FNARS
- p. 13** Atelier 1 - **Vieillir jusqu'au bout**
- p. 15** Atelier 2 - **Vieillir chez soi à tout prix ?**
- p. 17** Atelier 3 - **Vieillir chômeur**
- p. 19** Atelier 4 - **Vieillir dans quel monde ?**
- p. 21** Atelier 5 - **Vieillir immigré**
- p. 23** Atelier 6 - **Vieillir bien avant l'âge**

OUVERTURE

Eric PLIEZ, Directeur général d'Aurore

Le vieillissement dans nos sociétés représente un enjeu social, sociétal et financier majeur. La France compte déjà davantage de personnes de plus de 60 ans que de moins de 20 ans, et cette tendance va aller en s'accroissant du fait de l'augmentation de l'espérance de vie : le nombre des plus de 85 ans (1,4 million aujourd'hui) va quadrupler d'ici à 2050.

Et pour ne retenir qu'un chiffre, la prise en charge de la perte d'autonomie – qui concerne 1,2 million de personnes – coûte déjà 21 milliards d'euros par an, qui sont loin d'être suffisants. Pour tous, les personnes âgées et leur entourage, l'entrée et l'accompagnement dans le grand âge sont un vrai parcours du combattant.

Que dire alors des personnes âgées en situation de précarité ou d'exclusion ?

Elles cumulent plusieurs fragilités. Parce que vieillir à la rue ou en structure d'hébergement, vieillir handicapé, vieillir sans ressources, vieillir immigré, vieillir en situation d'addiction, vieillir chômeur, voire avec un cumul de pathologies (physiques et psychiatriques) lié aux difficultés d'accès aux soins, accélère d'autant le vieillissement.

Il survient beaucoup plus précocément que dans la population générale. Ainsi les premiers symptômes du vieillissement se manifestent dès 45-50 ans chez les personnes sans abri, et nombre d'entre elles présentent un niveau de dépendance élevé dès 55 ans. Chez les personnes souffrant de troubles mentaux, l'espérance de vie est diminuée de 10 à 25 ans.

Ces seniors « hors normes » sont alors trop jeunes pour relever de structures adaptées aux personnes âgées (l'âge minimum requis est de 60 ans) et trop vieux pour s'inscrire dans des dispositifs d'insertion socio-professionnelle.

Ils échappent de ce fait souvent aux critères de droit commun et finissent leur vie où ils peuvent, le plus souvent là où ils sont accueillis et en dernier recours à l'hôpital.

Créée en 1871, l'association Aurore accueille et accompagne près de 30 000 personnes en situation de précarité ou d'exclusion, via l'hébergement, les soins et l'insertion professionnelle.

Organisées autour de ses trois missions, ses activités sont multiples : maraudes, accueil et hébergement de personnes en situation d'addiction, activités de réinsertion sociale et professionnelle à destination de personnes en rupture d'emploi ou handicapées, hébergement et accompagnement de femmes victimes de violences, prise en charge de personnes en souffrance psychique...

C'est pourquoi, pour nous, aborder le thème du vieillissement dans ce 2ème colloque sur « les Angles morts de la solidarité » allait de soi : toutes nos équipes sont confrontées au phénomène.

Où sommes-nous aujourd'hui ? Dans un lieu solidaire hors normes, au cœur de Paris : **Les Grands Voisins.**

Au printemps 2012, l'Etat confiait à Aurore les locaux de l'hôpital Saint-Vincent de Paul en attendant leur transformation en éco-quartier.

Le site héberge aujourd'hui 600 personnes en situation de précarité et plus de 150 associations et activités : un lieu où vivent donc plus de 2 000 personnes, des acteurs que vous pourrez croiser tout au long de la journée. Une utilisation innovante et solidaire de lieux temporairement inoccupés, un lieu de rencontres et d'échanges.

Autant de raisons d'organiser ce colloque sur ce site, dont l'environnement permet à la fois aux structures de faire du lien et aux résidents de rompre avec l'isolement.

Ce matin, notre plénière réunit un panel d'experts de grande qualité que nous remercions d'être à nos côtés. Nous consacrerons notre après-midi à des ateliers qui nous permettront d'approfondir les thématiques qui vous tiennent à cœur et de réfléchir à l'adaptation de nos projets, de nos structures, à l'évolution des formations en travail social, et aux collaborations possibles entre les professionnels de santé et les équipes des dispositifs d'accompagnement. Autant de questions, selon nous centrales, pour des structures qui doivent s'adapter et évoluer en permanence.



Serge Guérin, sociologue, spécialiste des questions liées au vieillissement et à la séniorisation de la société nous fait l'amitié d'être le fil rouge de cette journée.

Serge GUERIN, Sociologue, Directeur du MBA «Directeur des établissements de santé», Insec Paris

Il est essentiel de réfléchir ensemble à cette problématique, devenue majeure pour nos sociétés, une nouvelle réalité - démographique, économique, sociale - et de se demander où l'on va.

Les personnes âgées en Europe et dans le monde entier n'ont jamais été aussi nombreuses. En 2020, il y aura, pour la première fois à l'échelle de la planète, plus de personnes de plus de 65 ans que d'enfants de moins de 5 ans. C'est une transformation radicale de nos sociétés.



Par ailleurs, nous n'avons jamais vécu aussi longtemps. **En 1950, la France comptait 350 centenaires** ; ils sont aujourd'hui 35 000 et parmi eux, une douzaine de ce que nous appelons dorénavant des « super centenaires » (les plus de 110 ans). L'espérance de vie en France qui était en moyenne de 46 ans en 1900 est aujourd'hui de 82 ans (79 ans pour les hommes, 87 pour les femmes). Jamais le vieillissement n'a concerné autant de personnes et révélé autant de diversités. On ne vieillit pas de la même façon en ville et à la campagne, seul ou en famille, à 62 ans et à 92 ans, en bonne ou en mauvaise santé, dans de bonnes ou de mauvaises conditions financières (à noter que le minimum vieillesse est de 800 €). De même, les façons de vivre ce « temps nouveau » sont multiples. Certains s'adonnent à des passions, d'autres s'engagent, deviennent bénévoles. C'est le temps également des solidarités informelles: garde des petits enfants, aidants (sur les 8,5 millions d'aidants, 4 millions sont des seniors) ou bénévoles (32% des maires de petites communes, 1/3 des conseillers municipaux sont des bénévoles retraités).



Ainsi l'augmentation du nombre de retraités introduit des rôles nouveaux, autour du lien social.

Il en va tout autrement du vieillissement des personnes en grandes difficultés, qui se heurtent à des problèmes de revenus et aux diverses formes de précarité qui en découlent. La pension moyenne est de 1 300 euros pour les hommes et 1 000 euros pour les femmes : des montants insuffisants pour supporter l'augmentation du coût de la vie.

Il existe des problématiques de précarité pour les personnes qui vivent dans la rue, pour celles qui souffrent d'addiction, de maladies psychiques, de handicap. Si l'espérance de vie augmente pour tout le monde, les écarts existants entre les catégories sociales ne se sont pas réduits pour autant (toujours 7 ans d'écart en espérance de vie entre un cadre supérieur et un ouvrier).

Les enjeux autour du vieillissement de la population nous obligent à penser et à faire évoluer nos sociétés. L'augmentation du nombre des personnes âgées génère de nouveaux référents, de nouvelles dispositions dont les effets influent sur l'ensemble de la sphère publique. Les transports en commun, par exemple, ont été rendus plus accessibles (des plateformes au lieu de marches) : un progrès qui profite aujourd'hui à tous (handicapés, jeunes parents avec poussette...). En prenant conscience des besoins de ces populations âgées, on améliore ainsi la situation de toute la population. On invente une société qui s'adapte aux problèmes des gens et non pas l'inverse. Autre exemple, pour la 1ère fois la société s'adapte au vieillissement et non l'inverse, avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, portée par Marisol Touraine et entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Elle ne sera peut-être pas suffisante, mais indique du moins un changement de perspective.

Pour conclure, la prise de conscience des enjeux liés au vieillissement est le tremplin pour inventer une société nouvelle qui profitera à tous - conçue pour et avec les seniors -, qui réunira actifs et inactifs, en substituant aux valeurs de Travail et Activité, un nouveau concept commun, celui de l'Utilité Sociale.

Le vieillissement des personnes en situation de précarité

François-Xavier Turbet Delof, Directeur adjoint de l'association Les petits frères des Pauvres – AGE

On les appelle les « Vieux Pauvres »



Leur nombre ainsi que la gravité de leur situation augmentent :

- 600 000 ménages sont bénéficiaires de l'ASPA
- cette allocation de 800€ est inférieure au seuil de pauvreté (1 008€)
- 10% des personnes de plus de 65 ans se situent sous le seuil de pauvreté

- 14,1% des femmes de plus de 75 ans sont pauvres, le taux le plus élevé après les jeunes de - de 25 ans

Même si des surprises apparaissent (l'espérance de vie diminue aux États Unis depuis 2 ans ; Alzheimer touche moins de personnes aujourd'hui que dans ses 1ères années), différents indicateurs liés au niveau de vie, sont alarmants :

- L'accélération des disparités chez les + de 60 ans
- L'augmentation de la part du patrimoine dans le niveau de vie des personnes âgées qui va creuser plus encore ces écarts
- L'augmentation des futurs retraités qui ne toucheront pas leur retraite à taux plein du fait de la crise économique et de ruptures de carrière liées au chômage
- Le durcissement des conditions d'accès à la retraite et de la baisse des niveaux des pensions
- L'explosion du prix de l'immobilier, de moins en moins compensé par l'APL

Ces réalités démographiques et sociales fondent le risque de retour d'une pauvreté de masse.

Le logement est une base d'analyse toute aussi édifiante. La part des demandes de logement social par les personnes âgées observe la plus grande augmentation.

30% du parc social est occupé par des personnes de plus de 60 ans, 50% par des personnes de plus de 50 ans.

Plus concrètement, à Lyon, 278% des personnes de plus de 70 ans sollicitent un HLM.

Ces quelques chiffres démontrent à l'évidence combien le logement social est devenu le seul recours pour les seniors paupérisés.

Vieux, pauvres et ... seuls

Cette équation construit une population de plus en plus invisible.

38% des personnes disposant de moins de 1 000€ éprouvent un sentiment de solitude ; 21% des seniors de plus de 75 ans sont en situation objective d'isolement.

La combinaison infernale du vieillissement, de la pauvreté et de l'isolement entraîne les personnes dans une spirale, jusqu'à l'exclusion.

2 tranches d'âge sont particulièrement touchées par cette interaction :

- Les 50/65 ans qui entrent dans l'isolement par la pauvreté
- Les 75/85 ans qui, à l'inverse, entrent dans la pauvreté par l'isolement

Cette population invisible est enfin mal connue, une étude lui est consacrée tous les 11 ans ! Ce qui rend encore plus difficile la prise en considération qui se situe au croisement de plusieurs disciplines: l'inclusion sociale, la prise en charge du vieillissement, l'intervention médico-sociale.

La mission et le travail des petits frères des Pauvres sont évidemment directement impactés par ces réalités nouvelles et cruciales. Entre 2011 et 2015, la part des plus de 65 ans dans ses structures est passée de 16 à 33%. Deux typologies dominent : les seniors inscrits depuis longtemps dans l'errance et ceux dont le parcours de vie a basculé après un ou plusieurs événements entraînant une spirale négative.

Ce sont, dans les deux cas, des personnes pour lesquelles les structures sociales ne sont plus adaptées. D'aucuns sont trop jeunes pour accéder aux EHPAD ou à des foyers logements et d'autres trop vieux pour intégrer des foyers médicalisés, certains CHRS ou des pensions de famille.

L'enjeu pour les associations est donc d'inscrire aujourd'hui leurs actions dans la durée et de construire de « réels lieux de vie ...jusqu'à la mort ». Pour ce faire, les projets d'établissement doivent se définir autour de nouveaux objectifs :

- intégrer la problématique de la santé
- anticiper sur les accompagnements de fin de vie
- améliorer l'évaluation régulière des projets et envies des personnes accueillies
- inventer des lieux de vie alternatifs
- mutualiser des postes de coordinateur Santé
- associer la création d'hébergements à des offres de soin (SSIAD, CMP, service mobile de santé mentale)

Ces changements sont attendus, nécessaires et possibles.

L'influence de l'environnement sur le vieillissement

Pascale Dubois, Coordinatrice des Grands Voisins

Les Grands Voisins ou l'influence de l'environnement sur le processus de vieillissement.

Les Grands Voisins est le nom du projet développé sur l'ancien site de Saint-Vincent de Paul. Il y a quelques années, c'était une des plus grandes maternités de Paris, doublée d'un hôpital pédiatrique. L'hôpital a fermé en 2012. Aujourd'hui, le site héberge 600 personnes en situation de précarité et plus de 150 associations et activités. Au total, plus de 1 000 personnes partagent les lieux au quotidien.

Une petite ville, un village solidaire, où l'on cherche à **développer des valeurs d'accueil, de partage, de bienveillance et d'inventivité**, avec des personnes qui y travaillent, qui y habitent et d'autres qui viennent le visiter (accueil du public extérieur, lingerie, café, un parc).

C'est un lieu où l'on expérimente, où l'on apprend comment créer une ville plus accueillante, plus généreuse, où l'on souhaite que chacun ait sa place.



Qu'est-ce que crée cet environnement particulier des Grands Voisins sur le vieillissement des personnes accueillies ?

L'intuition pousse à supposer que les échanges, la solidarité de proximité créent un environnement plutôt favorable. Sans omettre que l'équilibre est cependant fragile. L'accueil des personnes extérieures peut devenir intrusif, et le rythme de construction du projet va très vite (ce bout de ville s'est créé en moins d'un an). Il peut devenir difficile à suivre et donc excluant...



Xavier Bougouin, Chef de service du Centre d'Hébergement et de Stabilisation Pierre Petit d'Aurore

Précarité et vieillissement : une approche humaniste du vivre ensemble

Je souhaiterais remercier les résidents de Pierre Petit qui nous ont aidés à préparer cette intervention. Pour nous en effet, la question de la précarité et du vieillissement ne pouvait être pensée que dans une réflexion commune, avec les résidents et les travailleurs sociaux.



Le vieillissement est un processus organique et physiologique normal, c'est la marque que le temps imprime sur les visages et dans les corps. Des marques visibles, mais aussi des traces indélébiles qui frappent le cours des vies et viennent perturber le déroulement naturel du phénomène de vieillissement. Certains facteurs altèrent ce processus comme la maladie, les drogues, les médicaments pris sur le long terme, l'alcool, l'isolement, et d'autres encore....

L'exclusion et le rejet sont considérés par les résidents comme des facteurs aggravants. Pour y remédier, certains d'entre eux ont recours à des outils qui leur sont propres. La religion, les croyances individuelles, permettent parfois un décalage, voire un évitement du sentiment d'exclusion et de rejet.

Nous partons du postulat que l'environnement particulier des Grands Voisins, que nous traversons et qui nous traverse, nous transforme et nous affecte dans nos trajectoires de vie (en référence à un texte de Jean-Jacques Schaller : *Le sujet dans la Cité*).

Le vieillissement est aussi comme le disent certains résidents, une possibilité de vivre une place dans le monde. Le site des Grands Voisins favorise en permanence le contact, parfois le lien, avec des personnes plus jeunes et de cultures différentes.

Les interactions générationnelles participeraient ainsi à se situer, à s'historiciser dans un cadre social et donc à trouver une place. Ce partage d'expériences intergénérationnelles permettrait en quelque sorte, de remettre en circulation le cours du temps.

Pour que l'humain puisse continuer à vivre, il est sans doute important qu'il cultive sa capacité d'apprentissage et de transmission. Les personnes vieillissantes ne pourraient -elles pas avoir un rôle de transmission des savoirs-faire et des savoirs-être, issus des expériences de la vie, et devenir ainsi une ressource pour les jeunes générations ?

Le sentiment d'utilité est indispensable à la construction de soi, parce qu'il permet d'avoir une place dans la cité. Comment la collectivité peut-elle aider à se réattribuer cette place ou à la rendre accessible, pour se sentir toujours ancré dans la grande aventure de l'humanité ? Comment apporter, chacun, sa contribution au bien collectif ? Comment se rendre utile et se sentir utile, lorsque l'âge devient une difficulté pour se mobiliser, pour se déplacer, pour communiquer ?

Tel est l'enjeu des années à venir, pour nous, et pour les personnes accueillies tous les jours dans nos



structures. Quelles alternatives proposer à ce vieillissement qui exclut un peu plus ?

Retrouvez [ici](#) les vidéos de témoignages de Franck, Joseph et Barry, résidents du CHS Pierre Petit, ou sur la chaîne Youtube de l'Association Aurore (www.youtube.com/watch?v=atDo34yyphi)

L'accélération du vieillissement liée au cumul des fragilités

Emmanuel Guiliano, psychologue au Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement (CEPTV) du centre hospitalier Sainte Anne

Les conséquences des maladies psychiatriques sur le vieillissement prématuré sont de plus en plus documentées. Une étude récente a ainsi démontré que les maladies mentales sérieuses (schizophrénie, troubles bipolaires, addiction, dépression, troubles obsessionnels compulsifs) réduisent l'espérance de vie de 10 à 20 ans.

Comment expliquer ce phénomène, malgré l'amélioration du niveau global de vie et de traitement des patients ? La réponse est un cumul des fragilités, liées directement ou secondairement à la maladie (détresse psychologique, dysfonctionnement social).

L'évolution naturelle des maladies psychiatriques vers un vieillissement prématuré est une réalité, mais elle doit être nuancée. Une faible part (20%) des schizophrènes évolue vers des déficits cognitifs et un vieillissement cérébral pathologique, directement liés à leur affection. D'autres facteurs entrent en jeu dans le vieillissement. Notamment l'accentuation des symptômes négatifs (apathie, repli sur soi...). Ils conduisent insidieusement vers une perte d'autonomie, des comportements de désengagement total, jusqu'à une mise en danger de soi-même.

L'impact des traitements médicamenteux sur le somatique est aussi bien réel. Ils participent à un vieillissement prématuré du corps. Par exemple, on sait que les psychotropes augmentent les risques cardio vasculaires, d'obésité, de diabète, d'insuffisance rénale.

S'ajoutent des facteurs de comorbidités, psychiatrique et somatique.

Les comorbidités somatiques, telles que la sédentarité, la surcharge pondérale, le tabagisme ou la mauvaise hygiène alimentaire, augmentent significativement les risques liés à la maladie psychiatrique.

Chez les patients schizophrènes, par exemple, le risque de décès du fait d'une pathologie coronaire apparaît multiplié par trois chez les moins de 50 ans. Le risque de décès par pathologie cardiaque ou accident vasculaire cérébral est lui multiplié par deux entre 50 et 75 ans. Cela s'explique à la fois par les traitements mais aussi par le style de vie.

Les comorbidités psychiatriques (dépression et addiction, alcool, cannabis, autres drogues). L'alcool est un facteur de comorbidité très courant

dans les pathologies psychiatriques. Plus de 50 % des alcoolodépendants présentent des troubles psychiatriques. L'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues sont des facteurs d'aggravation des troubles psychiatriques évolutifs, avec des conséquences sur le vieillissement du cerveau et des répercussions cognitives et motrices.

La dépression, quant à elle, ajoute à la maladie psychiatrique des troubles mentaux et une souffrance psychique, qui ont des répercussions importantes sur la vie personnelle et sociale du patient, ainsi que sur son entourage.

L'isolement et l'exclusion sociale génèrent des troubles mentaux et aggravent l'état de santé des personnes souffrant de maladies psychiatriques. Un tiers des personnes sans-abri souffre de troubles psychiatriques graves.

Du fait de leur précarité, de leur méconnaissance des dispositifs de soin, de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques, **les patients psychiatriques sollicitent peu l'accès aux soins somatiques.** De même, les psychiatres et les médecins généralistes, très focalisés sur les troubles psychiques, oublient les soins somatiques.

Quelques pistes d'actions à mener

Il s'agirait en premier lieu de **renforcer la prévention**, avec comme objectif la réduction des facteurs de risque, une surveillance étroite de la tolérance aux antipsychotiques, et une amélioration du dépistage des troubles organiques en ayant recours plus systématiquement à un médecin généraliste référent.

Il faudrait instaurer une plus grande **fluidité entre les spécialités** (gériatrie, psychiatrie, neurologie) pour éviter les ruptures dans le parcours de soin. De même, **décloisonner les champs de l'action sanitaire et de l'action sociale** permettrait une meilleure synergie entre les acteurs concernés.



La prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes

Christine Laconde, Directrice générale du Samusocial de Paris

La prise en charge des personnes âgées sans-abri est une problématique assez ignorée des Pouvoirs publics. Car ces personnes se situent à la lisière des dispositifs existants pour prévenir l'isolement, la pauvreté, les mal-logement. Il n'existe rien de spécifique ou si peu pour les SDF.

Etat des lieux

L'espérance de vie de ces personnes se situe entre 43 et 50 ans. Ainsi les SDF meurent avant d'avoir été vieux. Dans les centres d'hébergement d'urgence (CHU), 16% des accueillis ont plus de 60 ans, un pourcentage pouvant atteindre 40% dans certaines structures. Une personne par mois décède dans ces établissements. Et pourtant, les « vieux SDF » sont bien plus nombreux dans la rue qu'en centres d'hébergement.

Le SDF vieillissant est trop jeune pour prétendre à des structures d'accueil destinées aux personnes âgées (âge minimum requis 60 ans), et trop vieux pour s'inscrire dans un programme d'insertion. L'accès aux institutions, qui pourraient lui venir en aide, reste également très difficile. On note une réelle méconnaissance, de ce qui est proposé et des spécificités de ces publics. A cela s'ajoutent l'effroyable complexité des démarches pour prétendre à des aides, et les difficultés d'intégration dans un établissement. Enfin, il n'existe pas de dispositifs d'accueil « inconditionnel » dans les structures médico-sociales, pour les personnes en situation irrégulière.

Le Samusocial de Paris vient de remettre à la Ville de Paris 15 propositions « pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants ».

Il s'agit tout d'abord de leur **faciliter l'accès aux structures de droit commun**, notamment en simplifiant les démarches d'obtention de l'aide sociale légale. Les SIAO devraient être informés des places vacantes disponibles dans les EHPAD, les résidences services et les résidences appartements. A ce sujet, ne faudrait-il pas parallèlement systématiser les dérogations d'âge dès 55 ans et réfléchir à la création de contingents de places dédiées dans ces structures ? Pour faciliter également l'adhésion des personnes à entrer en EHPAD ou en résidences, on pourrait leur permettre de s'orienter par petits groupes, vers ces structures.

Le second chantier porte sur le **renforcement de la coordination et de l'intervention conjointe des acteurs du secteur social, du médical et médico-social**. Il va s'agir de développer des actions de formation/information en direction des travailleurs sociaux (sur les dispositifs d'aide existants pour les personnes âgées), et des acteurs des structures sanitaires et médico-sociales (sur l'accueil des personnes en précarité) et de créer en parallèle un dispositif d'interface pour coordonner les actions des différents secteurs, afin de gagner en efficacité. A Angoulême, c'est un travailleur social qui en est chargé. Il intervient en amont - avec les acteurs concernés et les personnes elles-mêmes - pour préparer les orientations vers des hébergements (EHPAD et foyers logements). Il suit ensuite les personnes, une fois installées, pour stabiliser leur intégration.

Le troisième chantier est relatif **aux personnes à droits incomplets**. Le plus simple serait de leur donner des papiers, tout le monde le souhaite... A défaut de cette régularisation, et pour contourner cette problématique, des places de LHSS (lits halte soins santé, dispositif spécifique pour les personnes précaires) pourraient être créées au sein des EHPAD. On pourrait également élargir la transformation de lits d'hôpital en structures LAM (lits d'accueil médicalisés, prise en charge au long cours) et créer des « SSIAD précarité » (services de soins infirmiers à domicile) spécifiquement pour les précaires et les sans papiers, et œuvrer ainsi au maintien à domicile...

Enfin le dernier point porte sur **les études et le recensement des personnes sans domicile vieillissantes**, des structures qui les accueillent, des freins aux orientations, etc. Il faut absolument continuer les efforts de recensement.

Retrouvez [ici](#) les 15 propositions du samusocial de paris pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants ou sur [samusocial.paris](#)



La formation en travail social

Martine Trapon, Directrice de l'École normale sociale



Il est assez rare que soit évoquée la formation en travail social, dans une journée consacrée à des questions qui se posent, dans le champ de l'intervention sociale. Et pourtant rapprocher terrain et centres de formation est capital.

Les métiers du travail social sont parmi ceux dont l'exercice s'est le plus transformé ces 20 dernières années.

Tout d'abord en 2002, la loi sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) a bouleversé le paysage. Elle permet à des salariés expérimentés et à des bénévoles d'obtenir des diplômes en travail social, sans passer par la porte étroite des «sélections» des centres de formation !

Ensuite entre 2004 et 2009, on réforme la formation aux métiers dits « canoniques » (assistant de service social, éducateur,...), mais sans grands résultats.

Aujourd'hui, on n'enseigne plus seulement des disciplines mais des compétences. La division théorie /pratique et son binôme savoir-être/savoir-faire s'en trouve modifié. Il est assez facile d'instaurer une discussion, pour saisir quel savoir est utile pour comprendre, par exemple, l'obstination d'un vieux monsieur très malade qui dort dans la rue et refuse tout hébergement (interprétation sociologique, psychanalytique, anthropologique ou empirique). Il est parfois plus compliqué de se mettre d'accord à propos d'un référentiel de compétences.

Or apprendre à lire une situation de travail social, c'est apprendre à vivre, c'est faire l'expérience des composantes d'une rencontre et de son contexte. Par exemple concernant les personnes vieillissantes, c'est articuler ensemble l'installation d'un droit de plus en plus spécialisé, l'affaiblissement des

protections collectives, la chronicité des difficultés, les questions relatives à la personne âgée comme membre à part entière de la communauté, le rôle de la famille de cette personne.

Dans la configuration actuelle des formations, il est nécessaire, pour que le stagiaire apprenne, qu'il puisse interroger ce qu'il ne sait pas, et pour cela qu'une lecture contradictoire de la situation soit organisée entre le référent terrain, le référent de site, le référent école et l'étudiant. Le travail social s'apprendra dans cet espace vide, produit par la lecture croisée de tous les protagonistes à propos d'une même situation. Ce qui suppose, côté terrain, la liberté d'interroger le projet institutionnel et ses manques éventuels, côté école, l'adaptation des enseignements à la réalité sociale que la situation questionne, et enfin côté stagiaire, une confrontation possible entre son idéal et les limites de son intervention sans qu'il ne se perçoive comme « mauvais élève ».

Le paysage social est actuellement en complète métamorphose. Le travail social s'exerce aujourd'hui, encore plus qu'hier, dans des organisations à formes multiples, sans unité de lieu ni d'action, par des acteurs aux formations et qualifications diverses, le tout régulé de façon de plus en plus mécanique pour tenter d'en maîtriser les incertitudes.

Les projets de réforme attendus vont introduire davantage de spécialisation en formation initiale et permettre peut être d'améliorer cette situation, à condition que le nouveau système ne favorise pas la mise en œuvre d'un travail social à la chaîne, «chosifiant» encore davantage ceux qui doivent bénéficier de ses services. En effet cette réforme est élaborée à l'envers. Une définition du travail social n'ayant toujours pas été mise en chantier, on peut craindre plus de confusion que d'éclaircissement pour nos pratiques, côté formation et côté terrain.

L'accompagnement à la fin de vie

Marion Quach-Hong, chargée de mission santé et études au siège de la FNARS

Le sujet de la fin de vie est souvent abordé dans les commissions et les groupes de travail de la FNARS, car **les personnes finissent de plus en plus leur vie au sein des structures d'hébergement ou dans les dispositifs médico-sociaux, et les travailleurs sociaux se sentent démunis face à ces situations.**

On entend par **fin de vie** « une personne atteinte d'une maladie grave en phase avancée ou terminale, et pour laquelle le médecin et/ou l'équipe soignante pourrait dire "je ne serais pas surpris qu'il décède au cours des six prochains mois" ». ¹

L'accompagnement à la fin de vie, appelé aussi soins palliatifs, consiste en la prise en charge globale d'une personne atteinte d'une maladie grave et évolutive mettant en jeu son pronostic vital, afin de lui assurer la meilleure qualité de vie possible. Il se traduit par la mise en place de soins actifs et continus dits « palliatifs », pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en vue de soulager la douleur, de sauvegarder la dignité de la personne malade et de soutenir ses proches.

Comment faire pour accompagner les personnes en fin de vie dans les structures d'hébergement ?

Selon une enquête de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) en 2014, 20% des professionnels des CHRS rencontrent de plus en plus de situations de fin de vie; or les équipes de soins palliatifs interviennent peu dans les structures sociales et médico-sociales. Il y aurait donc une méconnaissance réciproque des dispositifs.

Il est nécessaire de prévoir les modalités de l'accompagnement de fin de vie dans la structure, avec entre autres le repérage des acteurs concernés (médecins généralistes, équipes de soins palliatifs, hospitalisation à domicile-HAD, services de soins infirmiers-SSIAD) et les partenariats à nouer, et de l'inscrire dans le projet associatif et/ou d'établissement.

Les équipes peuvent aussi s'informer et/ou se former auprès de collectifs, comme les Morts de la rue ou le Centre national de ressources en soins palliatifs qui proposent des outils en ligne et un numéro d'appel national.

¹ Définition selon les travaux de WEISSMAN et MEIER

Enfin, le bénévolat d'accompagnement de fin de vie est une ressource de qualité encore trop méconnue. En 2013, ils étaient plus de 5 000 bénévoles dans 201 associations en France. ²

Assurer la dignité de la personne jusqu'à la fin de sa vie, c'est veiller également à l'inclure dans toutes les décisions prises à son encontre, l'accompagner dans la rédaction de ses directives anticipées et la désignation de la personne de confiance. Cette dernière peut accompagner la personne dans ses démarches, assister à ses entretiens médicaux, et éventuellement l'aider à prendre des décisions.

Un décès peut être quelque chose de traumatique pour les autres résidents. En équipe, avec eux, il conviendra de décider (toujours en amont et pas au moment où, car c'est beaucoup plus difficile) des moyens les plus adaptés pour permettre à chacun de s'exprimer (temps collectifs, temps individuels)...

Pour conclure, nous devons travailler ensemble, avec les services de l'Etat, à ce que chacun puisse avoir accès aux soins palliatifs dans un principe fort d'égalité ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Chacun doit pouvoir finir sa vie dans la dignité.

Cela nécessite le développement de moyens supplémentaires pour les équipes de soins palliatifs afin d'accompagner les personnes hébergées dans les structures sociales et médico-sociales. Des formations en direction des intervenants sociaux, mais aussi des médecins généralistes et des hôpitaux, sont également nécessaires.



² Répertoire national des structures de soins palliatifs de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)

ATELIER 1 : Vieillir jusqu'au bout – L'accompagnement à la fin de vie



Intervenants

Laure Copel, médecin responsable de l'unité de soins palliatifs du groupe hospitalier Diaconesses Croix St-Simon
Violaine Agnagan, infirmière de coordination au réseau ville hôpital « Ensemble soigner et accompagner à Paris »
Cécile Rocca, membre du collectif Les Morts de la rue

Dès l'ouverture du colloque en début de matinée, les intervenants de la plénière ont insisté le fait que le monde médical et celui du social travaillent encore trop de façon indépendante. Un constat particulièrement tangible lorsqu'il s'agit des soins palliatifs. Précarité et fin de vie c'est le binôme impensable : on ne veut entendre parler ni de l'un, ni de l'autre, alors parler des deux à la fois paraît insurmontable.

Cet atelier, comme d'autres au sein de ce colloque, a donc permis de réunir des professionnels de deux secteurs qui se connaissent mal et qui partagent pourtant les mêmes constats, les mêmes valeurs et le même besoin d'échanger sur leurs expertises.

Valeurs communes

- **ACCOMPAGNER** : Nous utilisons le même mot pour parler de notre action auprès des publics que nous suivons : le verbe accompagner. Ce qui veut dire que nous avons un parti pris : celui d'être aux côtés de la personne accompagnée quelle que soit sa route, sans jugement et sans la forcer à nous rejoindre.
- **INCONDITIONNEL** : Si Aurore propose un accueil et un accompagnement inconditionnel, les soignants offrent également des soins inconditionnels. C'est notamment pour cela que ces secteurs doivent se retrouver : les professionnels en soins palliatifs doivent aussi soigner des personnes dans des situations sociales ou de fragilité particulière et les travailleurs sociaux

doivent également accompagner des personnes en fin de vie. On accompagne même en situation particulière, même en fin de vie.

- **GLOBALITE** : Nous avons la même approche, basée sur la globalité de la personne humaine. Nous considérons, comme un tout, la santé physique, psychique, sociale et parfois spirituelle. Cette globalité définit la qualité de vie d'une personne, que défendent les soins palliatifs. Car les soins palliatifs acceptent la mort comme une échéance inéluctable, mais défendent avant tout la vie jusqu'au bout, avec des projets, du confort et surtout de la dignité.

- **DIGNITE** : Pour offrir cette dignité aux personnes en situation de précarité, nous n'avons pas tous les mêmes expertises dans chacun des domaines qui définissent la qualité de vie et c'est pour cela que nous avons besoin les uns des autres

- **PAROLE** : Dans les deux milieux nous savons ce qu'est un espace de parole. Ce n'est pas vrai partout en médecine, mais c'est essentiel en soins palliatifs et c'est un mode de fonctionnement central dans le social. Lorsque nous croisons un moment difficile ou complexe dans notre activité, nous avons l'habitude d'échanger et c'est une richesse que nous devrions mieux partager.

Précarité et fin de vie c'est le binôme impensable : on ne veut entendre parler ni de l'un, ni de l'autre. Alors parler des deux paraît insurmontable.

Constats communs

Nous savons tous qu'il y a un **décalage entre l'âge biologique et l'âge biographique**. Et il y a par ailleurs beaucoup d'interactions entre la maladie et la précarité ou l'exclusion. La précarité aggrave la maladie avec une augmentation des facteurs de risques, un retard au diagnostic et une difficulté d'accès aux soins

Inversement, la maladie aggrave les précarités dites relatives : financière par baisse des revenus (perte d'emploi, frais engendrés par les soins...) ou par aggravation de situation de discrimination, complexités administratives plus fortes...

Retrouvez [ici](#) le Guide accompagnement santé et fin de vie FNARS 2016 ou sur le site de la [FNARS](#).

Deuxième constat : **l'accès aux soins est particulièrement difficile pour ces personnes**. D'ailleurs un tiers d'entre eux entre à l'hôpital par le biais des urgences.

Dans son rapport « Fin de la vie et précarités », l'Observatoire National de la Fin de Vie relevait en 2014 que 50 % des décès avait lieu à l'hôpital. Et le séjour

à l'hôpital est parfois très mal vécu par ces personnes. Mais les Unités de Soins Palliatifs sont particulièrement habituées à s'adapter au rythme des patients. Les rythmes de vie, de toilette, de sommeil sont le plus souvent respectés, les visites sont très facilitées, parfois même avec des animaux.

Dernier constat commun, **les travailleurs sociaux sont trop peu formés aux soins palliatifs**. C'est un peu différent selon les structures. Il a été montré que 39 % des appartements de coordination thérapeutique disposent d'un professionnel formé sur la fin de vie; seulement 16% des pensions de famille ont au moins un professionnel sensibilisé à cet accompagnement.

Et pourtant, malgré ces fondements et constats communs, les professionnels de ces deux secteurs se connaissent mal et interagissent peu.

Dans la salle un témoignage d'une situation dans un foyer de vie illustre les limites des partenariats des structures médico-sociales avec une unité de soins palliatifs, incapable de parler avec une personne psychotique. La clé réside dans le croisement des disciplines.

Légalement, la responsabilité des équipes des structures sociales et médico-sociales s'arrête à la seconde du décès, mais il y a une humanité qui fait que l'on accompagne les personnes jusqu'au bout, même après la mort.

C'est pourquoi la formation des travailleurs sociaux aux questions de fin de vie et au décès est indispensable. En s'occupant de vivants, on accompagne des mortels et on se retrouve confronté à des situations particulièrement difficiles à gérer.

Quelle est la juste distance dans ces circonstances? Peut-on prendre dans les bras? Faut-il retrouver la famille? A partir de quand réattribue-t-on la chambre? De quel droit va-t-on préparer les funérailles alors que nous ne sommes pas la famille? Que fait-on de ses affaires? Les travailleurs sociaux doivent-ils

également accompagner la famille?

Le collectif des morts de la rue encourage les structures à oser parler de la mort en amont et peut apporter une aide aux équipes sociales, au moment du décès d'un résident.

On est forcément bousculé quand il y a un décès. On est porté par ce qui a été décidé, ce qui n'empêche pas de l'adapter. Les questions que l'on ne pose pas en amont sont plus difficiles à poser au moment du décès. Quand elles sont posées au moment de l'accueil, de façon systématique, la discussion se fait plus sereinement.

L'idéal serait que les associations préparent des procédures, un canevas qui pourra être adapté à chaque situation, mais servir de guide. Ces situations sont des situations très douloureuses et très difficiles, mais il y a une satisfaction et un soulagement à faire ces choses bien.

On constate d'ailleurs que les équipes des structures d'accueil font plutôt bien, mais elles peuvent être accompagnées sur des questions médicales et techniques par un réseau de partenaires. Les hôpitaux de jour, qui permettent un accompagnement sans hospitalisation et les réseaux de soins palliatifs à domicile constituent deux solutions majeures.

Les réseaux de santé, spécialisés en soins palliatifs et en cancérologie, interviennent gratuitement. L'objectif est de favoriser le maintien des patients atteints d'une maladie grave et évolutive dans le lieu de vie qu'ils ont choisi. Les équipes, composées notamment de médecins et d'infirmières experts, ont pour mission d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale, sociale et psychologique, de faciliter le lien ville-hôpital et la continuité de soins.

Propositions

- Intégrer la fin de vie aux formations de travail social
- Poser les questions sur la fin de vie (personne de confiance et éventuellement directives anticipées) au moment de l'accueil.
- Préparer au niveau des associations des procédures de guide en cas de décès.
- Faciliter la rédaction et l'opposition des souhaits testamentaires pour les personnes en incapacité de le faire.
- Multiplier les partenariats entre les soins palliatifs et les dispositifs sociaux et médicaux-sociaux, notamment par le biais des hôpitaux de jour et des réseaux de soins palliatifs à domicile.

ATELIER 2 : Vieillir chez soi à tout prix ? – Le maintien à domicile



Intervenants

Marianne Auffret, chef de service de l'Equipe mobile psycho-sociale - Aurore

Nzhate Bounzate, pilote MAIA Paris Sud (Méthode Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Dominique Macchi, directeur du pôle social du bailleur Toit et Joie

Neville Rigaux, psychologue de l'Equipe mobile psycho-sociale - Aurore.

Marianne Auffret introduit l'atelier en rappelant les enjeux : le maintien à domicile pour les personnes vieillissantes précaires représente l'option à privilégier pour les pouvoirs publics. Pour autant, est-il toujours adapté aux besoins spécifiques des personnes ?

Avec le vieillissement se développent des pathologies chroniques, la réponse en santé des populations n'est plus l'hôpital au long cours ou l'asile, mais à l'extérieur des établissements, dans la ville. Ce sont alors d'autres acteurs qui prennent en charge ces personnes - bailleurs sociaux, aidants, pensions de famille...-, sans y être préparés et sans avoir forcément les ressources pour y répondre. Reste à imaginer de nouvelles organisations entre les différents acteurs des champs social et sanitaire, pour faire en sorte que ce « chez soi » devienne un lieu de vie adéquat. Tout en étant conscient qu'il y aura toujours des situations limites, pour lesquelles il est très difficile de maintenir dans un domicile non spécialisé des personnes devant être étroitement accompagnées.

Ce sera la question centrale de l'atelier et du partage d'expériences avec tous les participants, qui font le même constat : **le maintien à domicile est-il si souhaitable, toujours souhaitable, comment souhaitable ?**

A ce titre, l'expérience de l'équipe mobile de psychologues d'Aurore, qui travaille depuis 3 ans avec des bailleurs sociaux en Ile-de-France (sept aujourd'hui), permet de mesurer les limites de l'accompagnement. « On bricole parfois pour assurer le maintien au domicile ». L'équipe intervient à la demande du bailleur auprès de locataires présentant des troubles de santé mentale, dont les « difficultés à habiter » peuvent compromettre leur maintien à domicile mais qui ne sont pas en demande de soins explicite.

Nzhate Bounzate, pilote [MAIA](#), qui s'occupe de la coordination entre tous les acteurs qui, en ville, concourent au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, pose également la question du jusqu'à quand maintenir à domicile. Quel risque acceptons-nous de prendre, nous professionnels, en voulant respecter le choix de la personne de rester à son domicile ? Son jugement est-il toujours éclairé ? Ne faut-il pas anticiper un futur départ, etc.

Dominique Macchi, directeur du pôle social du bailleur Toit et Joie, rappelle que 10 millions de personnes, soit 1/6 de la population française, résident en logement social. Toit et Joie gère 14000 logements et 35000 occupants, dont 3406 ont entre 60 et 74 ans, 750 entre 74 et 85 ans et 304 plus de 85 ans. Les résidences ont été construites en 1957 et ont accueilli à partir de 1960 les rapatriés d'Algérie, notamment celles de Fresnes et de La Haÿ-les-Roses. Et les résidents y vivent encore. La question du vieillissement des locataires se pose de façon de plus en plus accrue. Les travaux de réhabilitation de la résidence de

«On bricole parfois pour assurer le maintien à domicile.»

ATELIER 2 : VIEILLIR CHEZ SOI A TOUT PRIX ?

Fresnes, qui ont duré 36 mois, et ont nécessité des interventions au domicile, ont mis au jour des situations inconnues, dramatiques : des personnes seules, grabataires, d'autres souffrant de pathologies lourdes isolées chez elles. Certaines ont dû être déplacées pour faciliter les travaux, ce qui a entraîné leur mort très rapidement. Les réhabilitations se poursuivent et un travail d'information et de sensibilisation auprès des entreprises et des architectes est en cours pour qu'elles intègrent ces paramètres.

Que ce soient les pensions de famille ou les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), tous s'accordent à dire que les personnes souffrant du syndrome de Korsakoff et/ou du syndrome de diogène relèvent dans leur majorité, moins du logement, que du médical.

Neville Rigaux, psychologue à Aurore, détaille un cas clinique, M. R. 62 ans, emblématique

de la problématique rencontrée avec beaucoup des locataires suivis. Plaintes du voisinage, odeur forte émanant de l'appartement, porte ouverte en permanence et M. R errant dans les couloirs.

L'état de M. R. est très dégradé, pas d'hygiène, passif, avec de gros troubles de la mémoire, ne se repère plus dans le temps et l'espace. Son habitat est sale avec un amoncellement de déchets, les meubles sont détruits.

Il est hospitalisé à la suite d'une chute et on découvre une maladie neuro-dégénérative. Il va en soins de suite, il fugue, veut retourner au domicile, est mis sous tutelle.

Son appartement est nettoyé, remeublé, il y retourne avec la mise en place d'aides à domicile. Trois jours plus tard, l'appartement est dans le même état qu'auparavant.

Depuis, se succèdent séjours en hôpital, puis en soins de suite, puis retour à l'hôpital, etc. Les médecins veulent le renvoyer chez lui, mais le bailleur et nous estimons que c'est impossible.

Pas assez vieux pour aller en EHPAD, trop vieux pour un centre d'hébergement, pas assez handicapé pour avoir un hébergement médico-social, mais trop dépendant pour avoir un logement accompagné de type pension de famille...

Un dossier a été déposé au SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation), mais il n'est pas prioritaire, car M. R. a déjà un appartement.

Les participants réagissent très vivement au cas de M. R. représentatif du public qu'ils accompagnent. Que ce soient les pensions de famille ou les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), tous s'accordent à dire que les personnes souffrant du syndrome de Korsakoff et/ou du syndrome de diogène relèvent dans leur majorité, moins

du logement, que du médical. Ils ne sont pas autonomes et se mettent en danger, eux et les autres.

Propositions

La création en nombre d'appartements thérapeutiques, où les personnes pourraient être accueillies après une hospitalisation, serait peut-être une solution.

On remarque qu'une majorité de personnes passées par le sas d'un appartement thérapeutique arrive à se stabiliser. Ce qui rend ensuite possible une sortie vers une pension de famille ou chez un bailleur social, toujours bien entendu avec un accompagnement.

On pourrait aussi imaginer que des SAVS, SAMSAH et aides à domicile puissent intervenir en renfort dans les pensions de famille.

Les SAVS qui accompagnent des locataires en appartements associatifs avant qu'ils n'accèdent à un logement en propre, aimeraient pouvoir les suivre, une fois dans leur logement. Avec le regret que les baux glissants n'existent qu'une fois, et qu'ils ne puissent aussi glisser à l'envers (du logement social en bail glissant).

Marianne Auffret conclut l'atelier en proposant aux participants un groupe de travail, pour prolonger ces riches échanges sur le sujet.

Elle précise que **les coûts d'un logement avec un accompagnement social et sanitaire restent toujours plus bas qu'une journée d'hospitalisation**. C'est une réalité. Et l'expérimentation « Un chez soi d'abord » se solde au bout de 5 ans par un succès¹. Malgré des incidents, aujourd'hui **85% des personnes sont stabilisées et le coût de cette prise en charge avec médecins, psychiatres, acteurs sociaux 24h/24 reste inférieur à celui d'un CHRS**.

¹ Bilan expérimentation « Un chez soi d'abord » : www.ac-paris.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/un_chez_soi.pdf

ATELIER 3 : Vieillir chômeur



Intervenants

Sylvie Lelièvre, bénévole Solidarités nouvelles face au chômage (SNC)

Danièle Rapoport, psychosociologue, analyste des modes de vie et de la consommation

Isabelle Adam, conseillère en insertion professionnelle du pôle Insertion - Aurore

Face à un marché du travail saturé, l'avancée en âge constitue un obstacle supplémentaire pour les personnes en recherche d'emploi.

Sylvie Lelièvre ouvre l'atelier en donnant quelques éléments de contexte sur le chômage des seniors et les mesures spécifiques pour leur emploi.

Fin août 2016, on comptait 1,3 million de demandeurs d'emploi de plus de 50 ans, ce qui représente 24% des personnes inscrites à Pôle Emploi. La durée du chômage est nettement supérieure à celle de l'ensemble des demandeurs d'emploi : 18,5 mois pour les + de 50 contre une moyenne de 11 mois pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.

Les mesures spécifiques pour l'emploi des seniors :

Les Contrats Uniques d'Insertion (CUI), d'une durée de 2 ans, sont prolongés jusqu'à 5 ans pour les personnes de plus de 50 ans, et jusqu'à la retraite pour les personnes âgées de plus de 58 ans.

Les contrats de génération : Les entreprises de moins de 300 salariés reçoivent une aide pour l'embauche d'un jeune liée au maintien dans l'emploi d'un senior (>57 ans) ou le recrutement d'un senior (> 55 ans).

Cette aide est de 4 000 € par an pendant 3 ans pour le maintien d'un senior et de 8 000 € pour le recrutement d'un senior.

Les contrats de professionnalisation : Ces contrats en alternance (formation-travail en entreprise) d'une durée de 6 à 12 mois sont sans limite d'âge. Pour les plus de 45 ans, une prime de 2 000 € supplémentaires est versée à l'employeur.

Les CDD senior : la durée de ces contrats peut être étendue à 36 mois (2 fois 18 mois par exemple) pour les personnes de plus de 57 ans.

L'IAE permet aux personnes les plus éloignées de l'emploi de bénéficier d'un accompagnement renforcé

Les mesures d'indemnisation :

L'allocation d'aide au Retour à l'Emploi (ARE), versée par Pôle Emploi.

Le maintien de l'indemnisation après l'âge légal de départ à la retraite (62 ans ou plus) jusqu'à l'obtention des trimestres pour une retraite complète.

La Prime Transitoire de Solidarité : après leurs 60 ans, les personnes bénéficiaires du RSA ou de l'ASS et ayant validé suffisamment de trimestres pour une retraite complète, peuvent recevoir une prime de 300 euros.

Il est également à noter que 2,8% des personnes en âge d'être à la retraite préfèrent continuer une activité professionnelle, notamment pour des questions financières ou d'isolement.

Isabelle Adam détaille le dispositif d'Insertion par l'Activité Economique (IAE) qui permet aux personnes les plus éloignées de l'emploi de bénéficier d'un accompagnement renforcé qui doit faciliter leur insertion professionnelle. Des structures spécialisées, comme les entreprises d'insertion, les associations intermédiaires, les entreprises de travail temporaire d'insertion

ou les ateliers et chantiers d'insertion signent des conventions avec l'Etat qui leur permettent d'accueillir et d'accompagner ces travailleurs.

Qui peut accéder au chantier d'insertion ?

Toute personne inscrite à pôle emploi (demandeur d'emploi, bénéficiaire du RSA, reconnue handicapée etc.) ayant une carte d'identité valide peut recevoir un agrément de pôle emploi pour accéder à une Structure d'Insertion par l'Activité Economique.

Il est important de ne pas laisser s'installer la notion d'échec.

Comme tout contrat, la personne est soumise à une période d'essai et reçoit sur toute la durée du contrat (24 mois maximum) un accompagnement social (récupération des droits, pédagogie sur les droits et devoirs professionnels, résolutions des freins à l'emploi...) et un accompagnement professionnel (formations etc.). Les contrats peuvent s'étendre jusqu'à l'âge de la retraite pour les personnes de plus de 50 ans[1].

Danielle Rapoport insiste sur la façon d'accompagner les seniors et les personnes en période de chômage. La capacité à envisager le changement est souvent très difficile pour elles. Passer d'un état que l'on connaît à un état que l'on ne connaît pas est toujours un réel traumatisme. Il y a cependant un risque réel pour les personnes qui partent à la retraite de perdre un réseau de relations, la mobilité ... On peut aussi parler de fracture alimentaire ou sanitaire dans le cas des personnes éloignées de l'emploi. La rupture sanitaire n'est pas forcément liée au financier. Si le chômage dure trop



longtemps, les personnes se «laissent tomber», ne ressentent plus le besoin d'être présentables. On remarque une forme de convergence entre la pauvreté, les troubles alimentaires, la situation de chômage.

En situation de non activité professionnelle, certaines personnes se retrouvent en perte totale de confiance en leurs capacités. Il est donc important de travailler à la reconstruction de leurs marques et ne pas laisser s'installer la notion d'échec. Ne pas hésiter non plus, en cas de refus de candidatures, à rappeler la conjoncture économique dans laquelle nous sommes et ainsi déculpabiliser les personnes en leur expliquant que cela peut prendre du temps.

Pénibilité au travail

Comment réorienter les travailleurs qui ont exercé dans une activité professionnelle épuisante physiquement ? Toute personne n'a pas qu'un seul savoir-faire. Il faut réfléchir à des activités qui lui permettront de s'orienter vers un autre projet de vie et professionnel. Le bénévolat peut être un bon moyen de découvrir de nouveaux savoir-faire.

Valorisation des creux dans les Curriculum Vitae

Comment peut-on valoriser les périodes de creux dans les CV de nos publics ? L'important est de trouver des techniques d'enjolivements sans pour autant inventer une autre vie. Par exemple, une personne qui travaillait dans les espaces verts en prison a mis sur son CV «a travaillé dans l'entreprise fleurie».

Des dispositifs spécifiques peuvent permettre aux personnes en situation de grande exclusion sociale de reprendre une activité professionnelle à un rythme progressif et adapté à leur quotidien. Par exemple, le dispositif Premières heures permet de commencer progressivement un parcours d'insertion professionnelle à l'heure. Cela permet de pallier l'inadéquation entre un contrat de 26 heures (IAE) et les rythmes de vie de certains publics éprouvés par l'exclusion.



ATELIER 4 : Vieillir dans quel monde ? – L'influence de l'environnement



Intervenants

Xavier Bougouin, chef de service du Centre d'hébergement et de stabilisation Pierre Petit - Aurore
 Pascale Dubois, coordinatrice du projet Les Grands Voisins - site de Saint Vincent de Paul - Aurore
 Pierre Picard, responsable opérationnel – Groupe associatif Siel Bleu.

Comment créer un environnement bénéfique aux personnes accueillies dans nos structures, pour qu'elles « vieillissent bien », quelles en seraient les conditions... Xavier Bougouin introduit l'atelier en proposant qu'il soit un laboratoire d'idées et d'échanges de pratiques sur ce vaste sujet, les conditions du « bien vieillir », à l'exemple de ce qui s'expérimente sur le site des Grands Voisins.

Le rythme

Donner du rythme et des repères à sa vie est un facteur structurant, essentiel pour son équilibre personnel. Qui dit rythme, dit occupations, activités, avoir sa place, se sentir utile. La gestion du temps joue ainsi favorablement sur le processus de vieillissement, elle le ralentit. Dans les structures



d'hébergement, il faut pouvoir alterner des périodes de repos, d'activités diverses, de participation à la mise en place des repas, ou d'activités grâce au dispositif d'insertion allégé Premières heures. Il permet aux personnes de reprendre une activité adaptée à leur rythme propre et à leur quotidien. Les difficultés majeures rencontrées sur le site des Grands Voisins résident en partie sur une bi-temporalité, celle propre au site et la rapidité des projets liée à une implantation éphémère et celle des institutions et de leurs ressortissants, dont le rythme est différent.

Les espaces

Il est intéressant de réfléchir à l'architecture intérieure des établissements, comme lieux multiples de rencontres. Les centres doivent être générateurs de déplacements et de lieux de circulation, tout en laissant des espaces, libres d'occupation (des lieux invisibles, non institutionnalisés), que les résidents peuvent investir et organiser comme ils le souhaitent, entre eux. Dans ce même fil, il est intéressant de soutenir toute initiative ou activité ou rencontre qui permettent aux résidents de participer ou de s'inscrire dans un rythme de vie, en dehors des accompagnements sociaux. Cela contribue à rendre la personne responsable et lui permet de s'émanciper des chemins habituels empreintés par les institutions.

«L'architecture intérieure d'un établissement doit favoriser les déplacements et les rencontres informelles»

Il est parfois difficile d'amener les personnes à avoir une activité à l'extérieur. Le dehors peut faire peur. L'expérience menée sur le site des Grands Voisins montre que quand il est possible d'aménager des

ATELIER 4 : VIEILLIR DANS QUEL MONDE ?

espaces tiers, des sas entre l'intérieur et l'extérieur, les personnes arrivent à circuler tout en se sentant en sécurité.

Les Grands Voisins représentent ce genre de sas. C'est un endroit ouvert, étendu, comptant de

nombreux bâtiments, mais aussi de nombreux points de repères, qui favorise les déplacements humains, les croisements de populations différentes. Il s'agit d'un lieu sécurisant - peu éloigné de la rue, sans en être une - qui assure des possibilités de replis

et de sécurité pour les personnes hébergées.

«Mieux vaut partir des centres d'intérêt des résidents et favoriser les différences»

L'inadaptation des structures pour SDF vieillissants

Il existe une inadéquation entre l'offre pour les personnes âgées et les personnes vieillissantes accueillies dans nos structures (les règles de fonctionnement des maisons de retraite ne sont pas adaptées à la singularité des publics accueillis). Le risque pour les structures d'Aurore serait de devenir des maisons de retraite pour SDF. Il ne faut surtout pas se spécialiser, mais au contraire favoriser les différences et cultiver l'intergénérationnel.

Concernant les équipes, il est nécessaire de les former à l'accompagnement des résidents jusqu'à la fin de vie.

Les activités pour personnes vieillissantes

Plutôt que des activités imposées, il vaut toujours mieux partir de ce qui intéresse personnellement les résidents et trouver avec eux des activités qui leur conviennent, qui leur ressemblent. Cela peut être des choses toutes simples, comme faire un puzzle, écouter de la musique, l'idée étant de favoriser leur bien-être et les moments de détente. Il est parfois difficile de respecter les choix de



chacun et de rester dans une démarche éthique. Quid d'un résident qui n'a pas de désir et qui ne veut rien faire ? L'accepter, accepter que les rythmes ne soient pas les mêmes pour tous, accepter que le repos soit nécessaire après de longs années passées à la rue, accepter la difficulté de vivre dans des lieux collectifs, de vivre une certaine forme de violence dans les institutions.

Pierre Picard expose les activités de l'association Siel Bleu et leurs finalités.

Siel Bleu a pour objectif de **prévenir les effets néfastes de la sédentarité et du vieillissement chez les personnes âgées, malades et/ou en situation de handicap grâce à des programmes d'Activités Physiques Adaptées (APA)**. Ces programmes favorisent l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des participants par la pratique d'activités motrices régulières, prodiguées et accompagnées par des professionnels spécifiquement formés en APA. Les activités peuvent se dérouler à domicile, et en collectif, au sein d'établissement d'hébergement.

Siel Bleu propose également des formations en éducation thérapeutique du patient et forme les salariés. Le développement de l'éducation thérapeutique s'adapte tout à fait aux politiques de santé actuelles qui ont pour ambition de mettre en avant la prévention santé.



ATELIER 5 : Vieillir immigré



Intervenants

André Lefebvre, responsable du Carré des Biffins/ Association Aurore

Maïa Lecoin, Directrice Adjointe de l'Association Ayyem Zamen et Responsable du Café Social Belleville

Sandra Daunis, Déléguée générale à la commission interministérielle pour le logement des populations immigrées, au sein de la DIHAL

L'atelier s'ouvre sur la projection du **documentaire de Ferial Ben Mahmoud : « Ayyem Zamen, les jours lointains »**.

Réalisé en 2008, ce film propose une immersion au cœur du Café Social Belleville : un espace créé par l'Association Ayyem Zamen (*le bon vieux temps* en arabe), qui accueille depuis 2003 des vieux migrants arrivés en France dans les années 50 à 70.

La joute verbale entre deux personnes accompagnées par le Café social nous met rapidement face aux sujets qui se situent au cœur du vieillissement des migrants : **le manque de la terre natale même s'il faut bien « habiter le pays qui te fait vivre », la pratique du français qui reste sommaire, même après toute une vie d'ouvrier en France, la perte de l'énergie de la jeunesse même si « je peux dormir jusqu'à 13h » alors qu'au temps de l'usine, « je n'ai jamais raté le 1er métro ».**

A l'issue de cette projection, les participants se posent une première question : **pourquoi ces travailleurs immigrés, à la retraite, restent-ils en France ?**

Réflexions et témoignages apportent des éléments de réponse économiques, liés à la santé, liés aussi à une nouvelle image de soi, façonnée par de longues années d'expatriation :

- difficulté de repartir vers un pays qui a changé et que l'on ne reconnaît pas
- difficulté de rentrer au pays, affaibli et diminué

par le poids des années

- peur de « rentrer les mains vides », ce qui sera perçu comme un échec ... même pour qui a envoyé régulièrement de l'argent au pays

- dilution de la relation avec des membres de sa famille, incluant l'épouse restée au pays et avec laquelle recréer une vie de couple n'est plus possible

- choix de rester près de ses enfants et petits enfants pour ceux qui ont enraciné, en France, leur propre famille

- retraite certes « exportable » mais insuffisante

- conditions de perception très contraignantes de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

- absence de couverture médicale pour qui a travaillé à l'étranger

- meilleure prise en charge, en France, des pathologies lourdes

- poids des cultures, traditions et politiques du pays natal : absence d'aide et assistance au retour soulignée en Algérie et Tunisie, au contraire de l'Afrique subsaharienne « plus solidaire »

Pourquoi ces travailleurs immigrés, à la retraite, restent-ils en France ?

Intégration et Langage

Le second temps d'échange a porté sur l'apprentissage du français, comme facteur d'intégration.

Il apparaît qu'il est difficile de « forcer » des migrants âgés à apprendre le français alors que leur besoin est d'échanger dans leur langue natale et retrouver ainsi un peu de leur pays d'origine. De plus, se lancer dans l'acquisition d'une seconde langue pour des personnes qui ne sont plus dans une logique de projet, complique l'apprentissage.

Logement et structures d'accueil

Ce troisième thème s'ouvre par l'intervention de Sandra Daunis, Déléguée Générale de la Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées (CILPI)

La CILPI, rattachée depuis 2015 à la DIHAL (Ministère du logement) est fortement liée avec le Ministère de l'Intérieur, son partenaire institutionnel principal étant le Ministère des affaires sociales.

Elle se concentre sur une mission principale : transformer les anciens foyers de travailleurs migrants créés dans les années 60 et aujourd'hui très dégradés, en résidences sociales dans l'objectif d'offrir des lieux de vie non seulement décentes mais doublés d'un accompagnement social.

Plusieurs contraintes, rigoureusement contrôlées, sous-tendent cette réhabilitation :

- Une augmentation des surfaces, portées à 9 m² minimum
- Une structure favorisant l'autonomie avec l'intégration d'une kitchenette et de sanitaires personnels
- Un accès prioritaire des rez de chaussée aux personnes âgées

- La proximité avec des transports en commun
- Le contrôle des redevances pratiquées par les bailleurs sociaux
- La présence d'un ETP au moins pour accompagner les résidents dans l'accès aux droits et aux soins
- L'intégration d'espaces collectifs permettant aux résidents de se retrouver,

partager des activités et prévenir ainsi l'isolement : une composante d'autant plus importante que certains résidents ont toujours vécu en collectivité.

De nouveaux projets, destinés à favoriser le confort et la convivialité sont en réflexion, tels que la création d'espaces modulaires ou une transformation plus radicale des structures existantes (ainsi à Montreuil un immeuble sera transformé en quatre résidences distinctes).

Les Domiciles Partagés

Maïa Lecoin, responsable du Café Social Belleville, expose la nouvelle initiative, lancée en 2014 par l'Association Ayyem Zamen.

Les Domiciles Partagés est un dispositif de colocation, conçu à titre expérimental, pour répondre aux besoins des immigrés âgés : se loger, mais aussi vieillir entourés et accompagnés



L'objectif est donc triple : **reloger, accompagner et proposer des animations afin de prévenir l'isolement.**

Un poste, dédié à ce suivi social a été créé en 2016.

Grâce à un partenariat noué avec Paris Habitat, quatre grands appartements ont été réhabilités et transformés en intégrant des chambres individuelles et des espaces de vie commune.

Douze personnes sont aujourd'hui relogées dans ces nouvelles « unités de vie », accessibles dès 55 ans, quatre nouveaux appartements seront transformés d'ici 2017.

A plus long terme, l'association prévoit de formaliser les outils de gestion et d'accompagnement nécessaires au bon déroulement du projet afin d'en faciliter l'essaimage, partout en France.

La prise en compte des problématiques spécifiques liées au vieillissement des migrants dits de « 1ère génération » est en marche.

Si le logement et l'hébergement demeurent des pré-requis fondamentaux, cet atelier a aussi démontré combien un accompagnement qui respecte et encourage la dignité des personnes est tout aussi essentiel.

Comme le souligne André Lefebvre en conclusion, «Un important réseau d'acteurs publics, associatifs avance aujourd'hui en ce sens et votre participation enthousiaste en est aussi la preuve ».

Pour offrir des lieux de vie décentes et offrant un accompagnement social, les anciens foyers de travailleurs migrants sont transformés en résidences sociales

ATELIER 6 : Vieillir bien avant l'âge



Intervenants

Thierry Gallarda, psychiatre, responsable du centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement (CETPV) du centre hospitalier Sainte Anne

Emmanuelle Mouy, cadre de santé, les petits frères des Pauvres

Marie-Thérèse Borges, conseillère en Economie Sociale et Familiale, les petits frères des Pauvres

Bruno Torregrossa, coordinateur Un chez soi d'abord - Aurore

Moussa Djimera, coordinateur Maraude Est et Ouest - Aurore

L'addiction, la précarité économique ou l'isolement social sont autant de problématiques qui pèsent sur la santé des personnes et peuvent accélérer leur vieillissement. On estime l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies psychiques réduite de 10 ans, et celle des personnes vivant à la rue de 30 à 35 ans.

Un cumul de fragilités

En introduction de l'atelier, Moussa Djimera rappelle que les conditions inadmissibles de la vie à la rue entraîne des décès dès l'âge de 35 ans. « A la gare d'Austerlitz, toujours à la même place, il y a un homme sans abri connu de la maraude d'Aurore. Il est arrivé là il y a quinze ans. Il n'a que 45 ans, mais en paraît 80. Le travail de la maraude consiste aussi, et souvent, à faire de l'accompagnement à la fin de vie. »

Même constat de vieillissement prématuré en milieu psychiatrique. Thierry Gallarda raconte que dans son service de gériatrie psychiatrique se côtoient aujourd'hui des patients très âgés et des « jeunes », de 45 à 70 ans, présentant une perte d'autonomie égale à celle des très âgés. C'est une

population nouvelle qui cumule pathologies et troubles psychiques, passif d'addiction, précarité économique, familiale... Il n'existe pas pour eux de prise en charge adaptée.

Les petits frères des Pauvres, qui prennent en charge les personnes précaires vieillissantes, alertent sur le cumul des carences qui fragilisent ces personnes. Absence de liens sociaux, de lieux adaptés (par exemple les hôtels sociaux sont souvent dépourvus d'ascenseur), de soins, d'hygiène, carences alimentaires et perte d'appétit (manque de revenus pour se nourrir, de lieux pour cuisiner... Beaucoup de personnes suivies mangent seulement une fois par jour).

Les difficultés d'accompagnement

Trop jeunes, ou trop vieux, trop cassés, trop éloignés de l'emploi... Les « jeunes vieux », prématurément vieillis par un cumul de fragilités, ne rentrent pas dans les cases de l'accompagnement social.

Les participants sont nombreux à évoquer une certaine défiance de ce public vis-à-vis de l'aide : refus de se rendre dans les espaces de soins par crainte d'y être mal traités du fait d'une mauvaise image de la grande précarité ; refus d'aller en EHPAD, perçus comme très stigmatisants ; refus d'être pris en charge dans les structures d'hébergement...

Il est nécessaire d'« apprivoiser » ces personnes, de leur faire comprendre que l'on ne va pas les rejeter encore une fois, que l'on connaît et prend en compte la multiplicité de leurs problématiques et besoins. Une chef de service d'un Centre d'accueil et

On estime l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies psychiques réduite de 10 ans, et celle des personnes vivant à la rue de 30 à 35 ans.

ATELIER 6 : VIEILLIR BIEN AVANT L'ÂGE

d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) explique d'ailleurs que le public dont elle s'occupe est composée d'usagers de drogue, dont certains vieillissants. Pour eux il n'est pas question d'arrêter la drogue et l'équipe n'est pas là pour ça. Certains envisagent au contraire de proposer un hébergement collectif, autorisant une consommation autogérée à l'intérieur.

Une prise en charge sociale et médico-sociale globalement peu adaptée

Globalement, il y a un vrai manque de lieux d'accueil adaptés à ce public. L'institutionnel ne va pas aussi vite que la précarisation de la société. Les participants se demandent si le fonctionnement des SIAO Insertion et Urgence est vraiment adapté à la réalité. « C'est à nous de nous adapter à ces personnes et non l'inverse ». Parfois cela relève presque de la maltraitance institutionnelle. Par exemple, le sommeil participe à la bonne santé. Or, il y a des CHU où les personnes arrivent à 22h et sont levées à 6h.

Autre exemple, dans les CSAPA les personnes sont suivies pendant 2 ans et à peine la personne est-elle « apprivoisée » qu'elle doit déjà partir. « C'est incohérent. On investit du temps, mais pas assez pour que ça marche ». Plusieurs membres de l'atelier estiment que c'est de la maltraitance. « Est-ce vraiment aidant ? »

Il y a un vrai manque de lieux d'accueil adaptés à ce public. L'institutionnel ne va pas aussi vite que la précarisation de la société.

Il existe cependant des exemples de mutualisations de moyens, entre le social et le sanitaire. Des infirmiers psychiatriques se déplacent en EHPAD, où les équipes sont insuffisamment, voire par du tout formées à certaines problématiques (l'addiction par exemple).

Quelques pistes

Les travailleurs sociaux et médico-sociaux doivent systématiquement faire remonter les situations problématiques qu'ils rencontrent et les besoins des personnes accompagnées, afin de réduire le décalage entre le terrain et les actions politiques.

Il est important d'anticiper la question de l'accès aux soins et l'accompagnement au vieillissement avec un médecin, avant que le problème ne se pose. Mais aussi d'assurer la continuité de l'accompagnement social et de l'accès aux soins quand la personne déménage ou entre en dispositif d'hébergement. Le risque d'interruption des soins est particulièrement délétère, et renforce l'isolement de ces personnes.



Enfin, il est primordial de donner à ces personnes un sentiment d'utilité, qui ramènera du dynamisme et freinera le processus de déclin. Sans les infantiliser, leur permettre de se sentir intégrés, en (re)créant un lien solide avec les travailleurs sociaux et les autres personnes accueillies, en leur donnant des responsabilités au sein de la structure d'accueil (gestion des stocks, sorties des poubelles, ouverture de la salle collective), une marque de confiance qui leur fait se sentir utiles. Le travail à l'heure et le bénévolat sont d'autres leviers valorisants pour l'image de soi.

Aurore
ASSOCIATION

Retrouvez la [vidéo de la journée sur le site d'Aurore.](#)

www.aurore.asso.fr

Association Aurore

34, boulevard de Sébastopol

75004 Paris

01 73 00 02 31

