

# Etude sur le public précaire vieillissant accueilli dans les EHPAD d'Ile-de-France

## RAPPORT FINAL

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Date de dernière modification | Juillet 2023 |
| Référence du projet           | 2021-166     |

### REFERENTS CEMKA

**Dr Alexandre CARON**  
Médecin de Santé Publique  
[Alexandre.caron@cemka.fr](mailto:Alexandre.caron@cemka.fr)

**Mme Valérie DONIO**  
Directrice Adjointe du Pôle Santé Publique  
[valerie.donio@cemka.fr](mailto:valerie.donio@cemka.fr)  
+33 (0)1.41.87.95.27.

**Mme Sandrine BAFFERT**  
Directrice du Pôle Economie de la santé  
[Sandrine.baffert@cemka.fr](mailto:Sandrine.baffert@cemka.fr)



43, boulevard du Maréchal Joffre  
92340 BOURG-LA-REINE

### REFERENTS ARS ILE-DE-FRANCE

**Mme Céline BOREUX**, Responsable du  
Département Organisation de l'offre pour  
personnes âgées

**Dr Martine LE NOC SOUDANI**, Conseiller  
médical gériatre

**Mme Alice TAKACS**, Attachée de direction -  
Direction de l'autonomie



Immeuble "Le Curve, 13 Rue du  
Landy, 93200 SAINT-DENIS

## TABLE DES MATIERES

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>EXECUTIVE SUMMARY .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>RAPPEL DE LA DEMANDE ET DE LA METHODOLOGIE GLOBALE DE L'ÉTUDE.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>3</b> | <b>PHASE 1 : ÉTAT DE L'ART ET DEFINITION DE LA POPULATION .....</b>  | <b>13</b> |
| 3.1      | Revue de la littérature .....  | 13        |
| 3.2      | Éléments issus des entretiens exploratoires.....   | 22        |
| 3.3      | Conclusion : principaux critères d'identification de la population cible.....                                      | 26        |
| <b>4</b> | <b>RESULTATS PHASE 2 : RECENSEMENT : ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DES 709 EHPAD DE LA REGION ÎLE-DE-FRANCE.....</b> | <b>29</b> |
| 4.1      | Matériel et méthodes.....  | 29        |
| 4.2      | Résultats .....  | 30        |
| 4.3      | Spécificités de la prise en charge.....  | 36        |
| 4.4      | Principaux éléments issus de la discussion du comité technique#2 (09 septembre 2022).....                          | 39        |
| <b>5</b> | <b>RESULTATS PHASES 3 ET 4 : IDENTIFICATION DES SPECIFICITES DE PRISE EN CHARGE ET VALORISATION FINANCIERE</b>     | <b>41</b> |
| 5.1      | Objectifs des phases 3 et 4.....   | 41        |
| 5.2      | Méthodologie mise en œuvre.....  | 41        |
| 5.3      | Constats généraux issus des entretiens .....   | 45        |
| 5.4      | Spécificités de prise en charge du public précaire en EHPAD.....   | 50        |
| <b>6</b> | <b>PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS ET VALORISATION FINANCIERE .....</b>  | <b>52</b> |
| 6.1      | Recommandations proposées.....   | 52        |
| 6.2      | Valorisation financière des recommandations.....   | 54        |
| 6.3      | Éléments de discussion du comité technique du 23 Juin 2023 .....   | 55        |
| 6.4      | Pour donner suite à l'étude / Précisions de l'ARS.....   | 56        |
| <b>7</b> | <b>ANNEXES .....</b>   | <b>58</b> |
| ⇒        | Rappel des modalités de financement des EHPAD.....   | 58        |

## Liste des principales abréviations

---

|         |   |
|---------|---|
| AGGIR   | Autonomie gérontologique groupes iso-ressources   |
| AHI     | Accueil, Hébergement, Insertion   |
| AME     | Aide médicale d'état  |
| AMP     | Aide Médico-psychologique   |
| APA     | Allocation personnalisée pour l'autonomie   |
| APUR    | Atelier Parisien de l'urbanisme   |
| ARS     | Agence Régionale de Santé   |
| ASE     | Aide Sociale d'Etat   |
| ASH     | Aide Sociale à l'Hébergement  |
| CSS     | Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)   |
| CNAM    | Caisse Nationale d'Assurance Maladie  |
| CASVP   | Centre d'Action Sociale Ville de Paris  |
| CHRS    | Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale   |
| CNSA    | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie   |
| CPOM    | Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens  |
| DSS     | Direction de la Sécurité sociale  |
| EHPAD   | Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  |
| ETP     | Equivalent Temps Plein  |
| EPRD    | Etat provisionnel des recettes et des dépenses  |
| FAM     | Foyer d'accueil médicalisé  |
| FEANTSA | Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris   |
| GIR     | Groupe Iso-Ressources   |
| GMP     | GIR Moyen Pondéré   |
| INSEE   | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques   |
| IDF     | Ile-de-France   |
| IOA     | Infirmier Organisateur d'accueil  |
| PA      | Personne âgée   |
| SA      | Sans-Abris  |
| LHSS    | Lits Halte Soins Santé  |
| 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 |
| PMP     | Pathos Moyen Pondéré  |
| PRAPS   | Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.  |

## Remerciements :

---

Qu'il soit permis de remercier les membres du groupe technique pour les échanges et contributions qui ont permis d'enrichir les différents livrables de cette mission. Que soient également remerciés les responsables et personnels des EHPAD qui ont bien voulu accueillir les consultants de CEMKA dans le cadre des immersions et qui ont accepté d'être interrogés et de partager leur expérience et leur expertise. Les échanges ont été passionnants et contributifs à la bonne conduite de la mission.

**Liste des membres du comité Technique :**

|               |                  |   |
|---------------|------------------|---|
| Thomas        | BAUDE            | Samu social / Mission interface   |
| Vanessa       | BENOIT           | Samu social   |
| Raphaëlle     | PERRIGAUD        | CASH Nanterre (EHPAD)   |
| Hélène        | MARSA            | CASVP   |
| Patrick       | DELARUE          | CASVP   |
| Charlotte     | MIOT             | CASVP   |
| Alain         | MERCUEL          | GHU neurosciences et Psychiatrie, Paris                                       |
| Natty         | TRAN             | Saint Denis   |
| Oriane        | THOMASSIN        | La P.U.V Yersin des Petits Frères des pauvres                                 |
| Andry         | DR RAZAKARIVONY  | EHPAD Ma Maison Notre Dame des Petites Sœurs des Pauvres                      |
|               | Sœur CÉLIA       | EHPAD Ma Maison Breteuil des Petites Sœurs des Pauvres                        |
| Rachid        | AKHOURCHAM       | EHPAD Victor Hugo Arpavi  |
| Xavier        | DE LA COCHETIERE | EHPAD Ordre de Malte  |
| Marie         | LE MAUX          | Constance Mazier  |
| Alice         | JAFFRÉ           | FHF Ile de France   |
| Eric          | CLAPIER          | FHF Ile de France   |
| Louis         | MATHIAS          | FEHAP IDF   |
| Edouard       | PRONO            | GCSMS Public 93   |
| Jacques       | DR GAUILLARD     | Hôpitaux de St maurice  |
| Anne Caroline | DR CLAUSE        | Espace Ethique  |
| Fabrice       | GZIL             | Espace Ethique  |
| Christine     | BERBEZIER        | DASES   |
| Sandrine      | LOUIS-ELIZABETH  | La Résidence autonomie du Soleil de Coallia                                   |
| Guy           | LESSIEUX         |   |
| Corinne       | LAUNAY           | Pôle « Psychiatrie-Précarité » de Paris - Site Centre Hospitalier Sainte Anne |
| Jacques       | GAUILLARD        |   |
| Pauline.      | BLANC            | EHPAD du pavillon Sous-Bois du groupe Coallia - 93                            |

**Responsables ARS et DT ARS :**

- ⇒ Isabelle BILGER (ARS-IDF/OSMS/POLE-MEDICOSOC-DIR).
- ⇒ Martine LE NOC SOUDANI (ARS-IDF).
- ⇒ Céline BOREUX (ARS-IDF).
- ⇒ Alice TAKACS (ARS-IDF/OSMS/RH-HOSP).
- ⇒ Eric BONGRAND (ARS-IDF).
- ⇒ Flore MOITSINGA (ARS-IDF).
- ⇒ Isabelle CHABIN-GIBERT (ARS-IDF/DSP/MPCSP).
- ⇒ Doha BOUISSA (Dpt Précarité-PRAPS).
- ⇒ Clémence CORDIER (ARS-IDF/OSMS/RH-HOSP).
- ⇒ Luc GINOT (ARS-IDF/DSP/BRITDIR).
- ⇒ Angélique VARLET (ARS-IDF/OSMS/POLE-MEDICOSOC-OOPA).

## 1 EXECUTIVE SUMMARY

Pour répondre aux problématiques spécifiques des résidents en situation de précarité accueillis dans les EHPAD de la région, l'ARS d'Ile-de-France a confié à CEMKA la réalisation d'une étude dans le but de valoriser les spécificités de la prise en charge des publics précaires vieillissants en EHPAD et visant à développer sur la région, une politique médico-sociale adaptée et dédiée.

L'étude réalisée entre début 2022 et Juin 2023, avait pour objectifs principaux de :

1. Définir et d'**identifier la population cible**, en l'occurrence le public atypique des EHPAD : les résidents issus de la "grande précarité", désignés ainsi dès lors qu'ils ont passé au moins une nuit à la rue (Phase 1 de l'étude).
2. **Recenser** le nombre de personnes âgées en situation de grande précarité sociale (répondant à la définition établie) accueillies au sein des EHPAD franciliens au 31/12/2021 (Phase 2).
3. Identifier les **spécificités** de la prise en charge du public cible (Phase3).
4. Formuler des **recommandations/préconisations** en vue d'améliorer la prise en charge de ces publics et estimer l'effort financier de ces recommandations (par type d'EHPAD et au niveau régional) (Phase 4).

Sont présentés dans cette synthèse, les principaux résultats des différentes phases de l'étude (repris en détails dans les différents livrables et le rapport final remis en août 2023).

### 1. DEFINITION DE LA POPULATION CIBLE

La définition de la population cible a été établie par le comité technique en avril 2022 (cf. livrable 1). Elle est issue de l'analyse systématique de la littérature (19 articles ont été retenus et synthétisés), des entretiens d'experts et d'un consensus formalisé par l'ensemble des membres du Comité Technique :

**Définition validée par le Comité technique #1 du 04 avril 2022 :**

Les résidents « précaires vieillissants », qui font l'objet de cette étude, sont définis comme ayant connu « un parcours de rue » correspondant aux catégories 1 à 8 de la typologie ETHOS, à savoir avoir été sans abri, sans logement, ou en habitat précaire.

### 2. RECENSEMENT DE LA POPULATION

Le recensement du public précaire, tel que défini ci-dessus, a été réalisé via une enquête en ligne auprès de l'ensemble des EHPAD de la région. Les résultats ont été présentés dans le livrable 2, remis en septembre 2022.

**Recensement : Principaux chiffres :**

Sur 262 EHPAD répondant (soit 37% des 709 EHPAD de la région), **112 EHPAD** déclarent accueillir un total de **783 résidents** relevant de la définition. Ces résidents précaires représentent en moyenne 8% de l'ensemble des résidents (entre 0,5 et 100%). Chacun de ces EHPAD accueillent entre 1 et 90 résidents précaires.

A l'issue de cette phase, trois groupes d'EHPAD ont été identifiés sur la base du nombre de résidents précaires accueillis : inférieur ou égal à 5 résidents précaires (77% ; n=86 EHPAD), entre 6 et 20 résidents précaires (14% ; n=16 EHPAD) et plus de 21 résidents précaires (8% ; n=9 EHPAD). Ces derniers EHPAD, que l'on peut qualifier d'« hyperspécialisés », accueillent jusqu'à 90 résidents précaires.

Pour plus de lisibilité dans la suite de l'étude, sont nommés EHPAD type 1, les EHPAD accueillant jusqu'à 5 résidents précaires, EHPAD type 2, les EHPAD accueillant entre 6 et 20 résidents précaires, EHPAD type 3, les EHPAD accueillant plus de 20 résidents précaires.

### **3. IDENTIFICATION DES SPECIFICITES DE LA PRISE EN CHARGE DU PUBLIC PRECAIRE EN EHPAD ET VALORISATION FINANCIERE**

L'identification des spécificités, initiée lors des premières phases, a été réalisée via des immersions et entretiens approfondis auprès d'un échantillon d'EHPAD, représentant les 3 types, afin d'illustrer différentes situations d'accueil et de prise en charge du public précaire. → Ainsi, 18 entretiens qualitatifs semi-directifs de groupe auprès d'une quarantaine de professionnels de différentes compétences (direction et encadrement, médecins et psychologues, professionnels de soins et cadres de santé, agents d'accueil, animateurs) ont été conduits entre novembre 2022 et mai 2023. Ils ont permis l'identification de spécificités liées à l'accueil du public précaire, les besoins et adaptations des établissements en fonction des grandes étapes du parcours d'un résident.

Chaque entretien a fait l'objet d'un compte rendu détaillé basé sur la méthode d'analyse des contenus, (consistant à classer les phrases témoins en thèmes et sous thèmes, puis à identifier les idées-clés de synthèse), aboutissant à une **grille de synthèse des spécificités**.

Cette synthèse a ensuite été complétée et enrichie à chaque nouvel entretien, parfois révisée et ajustée en fonction des besoins exprimés par les professionnels des différents types d'EHPAD. A l'issue des entretiens, les professionnels ont validé l'exhaustivité des spécificités et la fidèle restitution de leurs besoins ainsi que les socles de financement auxquels elles pouvaient se rapporter.

**L'analyse qualitative transversale des éléments recueillis au travers des entretiens permet de dresser des constats de deux natures, partagés par les différents professionnels :**

- ⇒ Des constats au niveau de la structure EHPAD : des professionnels motivés et volontaires, des conditions d'exercice difficiles, des failles dans l'accompagnement des résidents précaires, des structures dont les besoins diffèrent selon leur statut et leur rattachement à un établissement de santé.
- ⇒ Des constats au niveau de l'accueil du public précaire : public difficile et complexe du fait de l'isolement social et du manque d'estime de soi, un accès aux droits complexe et un besoin d'accompagnement juridique et administratif, de la prévalence des addictions et des comportements agressifs associés.

**L'identification des surcoûts liés à l'accueil du public précaire se définit en termes de temps supplémentaire de mobilisation des professionnels, en termes de temps social et de surcoûts structurels.**

- ⇒ Les temps de mobilisation de l'ensemble des professionnels des EHPAD sont plus longs (jusqu'à 2 fois plus longs dans certains cas, certains jours), du fait de difficultés de compréhension et d'acculturation (compréhensions linguistiques ou absence de culture collective, sociétale ou encore de culture médicale).
- ⇒ Les cadres de santé, les infirmières et les aides-soignantes passeraient de 10 à 20 % de temps en plus en soins et en éducation ; il peut s'agir de temps de toilette ou d'éducation fondamentale, dont un important temps d'explication afin de s'assurer de la bonne compréhension et intégration des indications.
- ⇒ La précarité sociale des résidents impacte fortement le temps de travail « social » dévolus aux professionnels de l'EHPAD, qu'ils soient affectés spécifiquement à cette tâche (assistantes sociales) ou non (animateurs, cadres, aides-soignants, secrétaires). La non-affiliation des patients suppose un travail administratif d'ouverture de droits et de contacts avec les réseaux médico-sociaux. Le cloisonnement entre les établissements sanitaires et les institutions sociales et médico-sociales rend ces difficultés particulièrement prégnantes. Selon les structures interrogées, le travail « social » pour la prise en charge d'un résident précaire représente entre 20 % à 40 % du temps de travail.
- ⇒ L'accueil des populations en situation de précarité impose *a minima* une organisation spécifique.

**L'analyse qualitative des parcours des résidents précaires dans leurs multiples dimensions a permis d'identifier 15 spécificités liées à l'accueil d'un public précaire dans les EHPAD.**

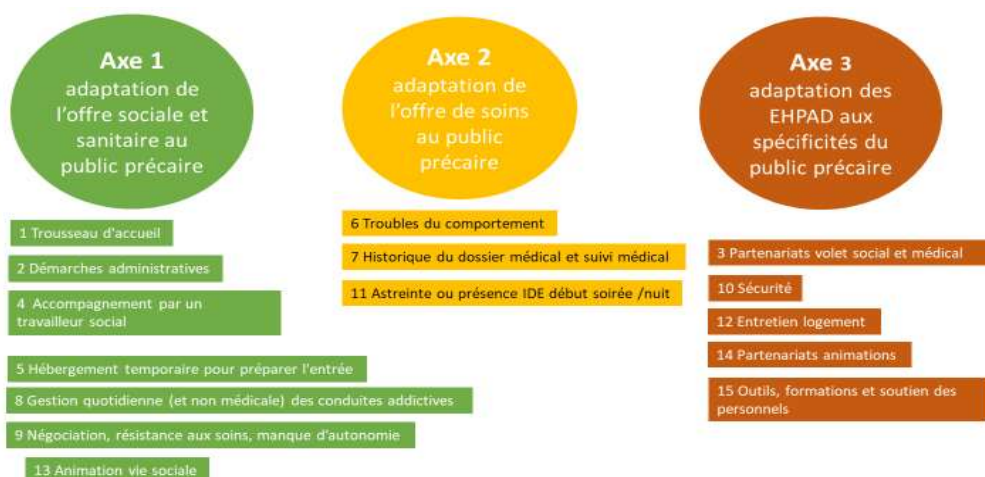
**Tableau 1 : Liste des 15 spécificités identifiées de la prise en charge du public précaire en EHPAD**

| Spécificité | Détails / Précisions  |  |
|-------------|---|--|
| 1           | Trousseau d'accueil   | Constitution du trousseau (vêtements, produits d'hygiène...) ou pack-accueil - extensible à l'achat de cigarette.  |
| 2           | Démarches administratives                                       | Réalisation des démarches administratives (aides sociales, tutelles, ouvertures des droits) et suivi.  |
| 3           | Partenariats volet social et médical                            | Partenariats pour le volet social et médical.<br>Besoin de partenariats avec des acteurs sociaux, avec le SAMU social/ Mission Interface (intervention sur le précaire, formations...), de partenariat avec le CCAS/ CASVP.  |
| 4           | Accompagnement par un travailleur social                        | Accompagnement pour l'adaptation à la vie en collectivité (règle et cadre).<br>Adhésion au fonctionnement de l'EHPAD.<br>Accompagnement au quotidien par un travailleur social (éducateur spécialisé, assistant social ou CESF Conseiller en économie sociale et familiale). |
| 5           | Hébergement temporaire pour préparer l'entrée.                  | Accompagnement à l'adaptation au lieu de vie, préparation du dossier.  |
| 6           | Troubles du comportement.                                       | Gestion médicale des troubles neurologiques et psychiatriques (Bilan médical en préadmission).   |
| 7           | Historique du dossier médical et suivi.                         | Reprise et antériorité du dossier médical.   |
| 8           | Gestion quotidienne (et non médicale) des conduites addictives. | Gestion des cigarettes / Gestion argent de poche<br>Gestion des addictions   |
| 9           | Négociation, résistance aux soins et manque d'autonomie         | Temps de négociation, gestion et temps de mobilisation supplémentaire induit par l'accueil des publics précaires   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | Temps de négociation supplémentaire nécessaire avec les soignants (soins, nettoyage lieu de vie).  |
| 10 | Sécurité                                      | Besoin de personnels pour la sécurité et la gestion de la violence, des fugues, des conflits<br>Sécurisation de la structure   |
| 11 | Astreinte ou présence IDE fin de journée/nuit | Nécessité d'un personnel IDE ou personnel fin de journée/nuit IDE  |
| 12 | Entretien logement                            | Entretien et maintenance (Travaux et réparations des chambres, blanchisserie ...)  |
| 13 | Animation vie sociale                         | Animation spécifique de la vie sociale (davantage de sorties, achats, animations plus courtes...) et renarcississassions/ image de soi   |
| 14 | Partenariats animations                       | Partenariats pour animations culturelles (en dehors de l'établissement).<br>Mise en place de partenariats culturels pour décroquer l'établissement et ouverture sur la vie/ville (établissement de convention, négociation de la gratuité...)<br>Accompagnement aux sorties. |
| 15 | Outils, formations et soutien des personnels  | Mise à disposition d'outils pour l'adaptation du fonctionnement de l'EHPAD aux caractéristiques des publics précaires (partage d'outils et de savoir-faire).<br>Formations et soutien des professionnels de l'EHPAD.   |

- ⇒ Ces spécificités liées à l'accueil d'un public précaire dans les EHPAD jalonnent les différentes étapes du parcours du résident au sein de l'établissement, de la préadmission à l'admission du résident, puis au quotidien de sa prise en charge (vie dans l'EHPAD) ; plus de la moitié d'entre elles relèveraient du socle de financement hébergement, quelques-unes du soin, et peu relèveraient du socle de financement de la dépendance.
- ⇒ Afin de mieux prendre en compte les spécificités du public précaire en EPHAD, des recommandations à l'attention des décideurs impliqués ont été proposées. Elles s'articulent en 3 axes distincts relevant de l'adaptation de l'offre sociale et sanitaire, de l'adaptation de l'offre de soins et de l'adaptation des établissements eux-mêmes.

**Figure 1 : Classement des spécificités en 3 axes**



#### 4. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations proposées sont de deux natures (Cf. tableau 4) :

- ⇒ **Des recommandations financières**, estimées essentiellement à partir de la valorisation du temps de mobilisation des différents professionnels de santé (Recrutement personnel temps plein ou partagé entre deux structures (poste mutualisé) à partir du salaire brut chargé annuel (ou mi-temps) de la grille des professionnels travaillant dans les EHPADs.
- ⇒ **Des recommandations organisationnelles**, correspondant à des demandes de partenariats entre structures, à la création d'une plateforme de mise à disposition d'outils ou de formations spécifiques, correspondant à un soutien (non financier) aux EHPAD.

Ces recommandations à l'attention de l'ARS pourraient se traduire non seulement par une **approche intégrée** dans les politiques publiques existantes de lutte contre la précarité du sujet âgé, mais aussi par une **approche spécifique** de développement de dispositifs en termes de personnels et d'outils appropriés pour répondre aux problématiques spécifiques du public précaire.

Précisions concernant la mise en œuvre de ces décisions :

- ⇒ Les recommandations relatives aux temps de mobilisation de personnels supplémentaires pourraient être mises en œuvre pour les EHPAD ayant recours à plus de 60 % d'aides sociales (versus 20% d'aides sociales pour les EHPAD « plus classiques »).
- ⇒ Des possibilités de valorisation de ces spécificités liées à l'accueil du public précaire pourraient être envisagées par la création de postes partagés / mutualisés à développer en fonction des besoins identifiés mais aussi par l'ajout d'un critère précarité dans le scoring GIR et PATHOS
- ⇒ Des prérequis pour tous les EHPAD, quelles que soient leur volumétrie d'accueil de public précaire, permettraient d'assurer des conditions d'accueil facilitées pour un public précaire. Ces prérequis pourraient concerner tant la **connaissance globale de la gestion du public précaire** (comportement des équipes face au précaire, soignants, animateurs, éducateurs, médecins) que la **connaissance spécifique et personnalisée du précaire dès son entrée** dans la structure par l'ensemble des professionnels et tout au long de son séjour. L'accueil doit être centré sur le patient avec un intérêt porté à la personne dans son ensemble, un respect de ses préférences, et une prise de décision partagée et coordonnée entre les équipes et les résidents.

Tableau 2 : Synthèse des spécificités et recommandations correspondantes

| N° | Spécificité  | Type de recommandation        | Propositions de recommandations  |
|----|--|-------------------------------|--|
| 1  | Trousseau d'accueil  | Financière                    | Mise en place d'un Forfait par résident à l'admission (Montant de 75€ proposé).  |
| 2  | Démarches administratives                                      | Financière                    | Mobilisation d'un temps plein travailleur social pour EHPAD de type 3.<br>Et Mutualisation de postes de travailleur social 0,5ETP pour EHPAD 2.  |
| 3  | Partenariats volets social et médical                          | Organisationnelle             | Partenariats avec les acteurs sociaux (tuteurs, Samu social, autres acteurs sociaux) pour EHPAD types 2 et 3 ; Mise à disposition de modèles de conventions de partenariat sur une <b>plateforme type ToolBox, de mise à disposition d'outils</b> accessible aux professionnels des EHPAD (types 1 2 3).   |
| 4  | Accompagnement par un travailleur social                       | Financière                    | Mutualisation de postes éducateur spécialisé pour les EHPAD 2 et 3.<br>Temps de mobilisation supplémentaire d'un personnel éducateur spécialisé 0,1 ETP (EHPAD 3, qui disposent déjà d'un éducateur spécialisé) et temps de mobilisation d'un personnel éducateur spécialisé 0,5 ETP (EHPAD 2 et 3 sans éducateur spécialisé).   |
| 5  | Hébergement temporaire pour préparer l'entrée                  | Financière, organisationnelle | Allongement de la durée de l'hébergement temporaire de 30 à 90 jours (renouvelable maximum 3 fois)   |
| 6  | Troubles du comportement                                       | Financière, organisationnelle | Recommandation pour un bilan médical -psychiatrique/neurologique en préadmission (le rendre obligatoire).<br>Recommandation organisationnelle : Partenariats service psy/addictologie/gériatrie pour EHPAD type 2 ou recours EPS ou centres municipaux de santé EHPAD type 1.<br>Recommandation financière : Mutualisation de postes médecin psychiatre pour EHPAD type 3. |
| 7  | Historique du dossier médical et suivi                         | Financière                    | Temps de mobilisation d'un personnel médical 0, 2ETP (et 0,1ETP secrétaire médicale ou 0,4 ETP d'IPA) pour EHPAD type 2 (seuil élevé) et EHPAD type 3.   |
| 8  | Gestion quotidienne (et non médicale) des conduites addictives | Financière                    | Mutualisation de postes personnel animation/service social pour EHPAD types 2 et 3.  |
| 9  | Négociation, résistance aux soins et manque d'autonomie        | Financière                    | Mutualisation de postes de personnel aide-soignant AS/AMP/AES pour EHPAD types 2 et 3.   |
| 10 | Sécurité   | Organisationnelle             | Partenariat en amont avec la police et tribunal et possibilité de recours ponctuel à un dispositif d'agents de sécurité.   |
| 11 | Astreinte ou présence IDE fin de journée/nuit                  | Financière                    | Temps de mobilisation 0,25ETP personnel IDE de nuit (type 1 ou type 2 seuil bas) ou astreinte IDE 0,5ETP (mutualisé ou pas, pour type 2 seuil élevé et type 3)   |
| 12 | Entretien logement   | Organisationnelle             | Partenariats avec la parasitologie (EHPAD types 1 2 3)<br>Recommandation financière (EHPAD types 2 et 3) : forfait entretien (par résident)  |
| 13 | Animation vie sociale  | Financière                    | Recours à un personnel animateur (ou socio-esthétique) : 0,25ETP EHPAD type 3 et 0,20ETP EHPAD type 2 (thérapies non médicamenteuses).   |
| 14 | Partenariats animations  | Financière                    | Mise en place et suivi de partenariats avec des associations culturelles.  |
| 15 | Outils, formations et soutien des personnels                   | Organisationnelle             | Création d'une Plateforme (Boite à outils) de mise à disposition d'outils et de supports de formation (supports pour aide à l'adaptation du fonctionnement et projet d'établissement/protocole organisationnel interne et réflexions éthiques).  |

→ L'ensemble des spécificités et recommandations présentées *supra* ont été discutées, amendées et validées par le Comité Technique de l'étude.

## 5. POUR DONNER SUITE A L'ETUDE / PRECISIONS DE L'ARS

La mise en œuvre de ces recommandations, tant financières qu'organisationnelles, nécessitera leur appropriation par l'ARS et la réalisation de démarches spécifiques dans le cadre d'une feuille de route.

Cette mise en œuvre passera notamment par le besoin de recenser régulièrement le nombre de résidents précaires dans chaque EHPAD (sur le mode déclaratif ?), puis de caractériser les EHPAD en fonction du nombre de précaires accueillis. Il s'agira également d'organiser une prestation de gestion de la boîte à outils (confiée à un EHPAD référent ou à réaliser en interne à l'ARS ?) et de prévoir le coût de sa création, de sa maintenance, et de son actualisation. Dans ce contexte, l'outil CPOM pourra être mobilisé. Enfin, une communication sur les évolutions et efforts financiers de l'ARS en faveur des EHPAD investis dans la prise en charge de ce public pourra être réalisée, notamment pour faire connaître les nouveaux outils, mais également pour valoriser l'action, l'appui de l'ARS aux EHPAD et éventuellement inciter à la prise en charge de ce public par d'autres établissements.

**L'ARS à l'occasion du comité technique a identifié plusieurs pistes et axes d'actions pour mettre en œuvre ces recommandations et en particulier :**

- ⇒ Le partage de ces résultats (et des conséquences notamment financières) avec les tarificateurs de la section hébergement et de l'ASE. En effet, les recommandations proposées ne relèvent pas uniquement d'un financement régional par l'ARS, mais également d'un financement départemental par des Conseils Départementaux. Ainsi, l'allocation de l'effort financier pour la mise en œuvre de ces recommandations est estimée équivalente entre l'ARS et les Conseils Départementaux, notamment concernant la section Hébergement.
- ⇒ Un travail de hiérarchisation, de priorisation des mesures, en concertation avec un groupe technique, est à effectuer, notamment en regard des contraintes budgétaires, et à traduire **en feuille de route**.
- ⇒ La question de l'articulation des recommandations avec le PMP, le GIR pour revalorisation est à l'étude : travail mené par le Dr LE NOC-SOUDANI pour l'intégration de la précarité dans les scorages.
- ⇒ L'organisation d'une formation, via un comité piloté par le Pr MERCUEL lors de la journée Précarité – Formation prévue le **5 décembre à HEJP** et une étude de la pertinence de créer un Diplôme Universitaire sur la thématique Précarité et Gériatrie.
- ⇒ L'organisation de formations pour les EHPAD de type 1.
- ⇒ S'appuyer sur des EHPAD référents pour un partage d'expertises, proposer des formations. Lien futur avec l'AAP : référent-ressource territoriale / animation expertise diffusion de bonnes pratiques.

En parallèle, l'accompagnement des résidents précaires par la **Mission Interface** qui pourrait être renforcée/redimensionnée est à envisager (non valorisée dans le cadre de cette étude), pour intervenir sur l'ensemble des EHPAD demandeurs de la région. Enfin, la possibilité de proposer des « innovations dans les dotations, la réglementation » pourrait être encouragée par l'ARS, commanditaire de l'étude.

## 2 RAPPEL DE LA DEMANDE ET DE LA METHODOLOGIE GLOBALE DE L'ETUDE

L'ARS IdF a confié à CEMKA la réalisation d'une étude dans le but de valoriser la prise en charge des publics précaires vieillissants en EHPAD et de développer sur la région une politique médico-sociale adaptée, dédiée et basée sur des recommandations en la matière.

L'étude avait pour objectifs principaux de :

1. Définir et d'**identifier la population cible**, en l'occurrence le public atypique des EHPAD : les résidents issus de la "grande précarité", désignés ainsi dès lors qu'ils ont passé au moins une nuit à la rue.
2. **Recenser** le nombre de personnes âgées en situation de grande précarité sociale accueillies au sein des EHPAD franciliens (en date du 31/12/2021)
3. Analyser les **spécificités** de la prise en charge des publics identifiés.
4. Formuler des **recommandations/préconisations** en vue d'améliorer la prise en charge de ces publics et estimer l'effort financier de ces recommandations (par type d'EHPAD et au niveau régional).

Figure 2 : Déroulement de l'étude



L'étude s'est déroulée en 4 phases, chacune correspondant à un objectif.

→ Le présent rapport expose les méthodes et présente les résultats de l'étude par phase. Il compile ainsi les livrables 1 et 2 déjà remis à l'ARS et constitue le dernier livrable avec intégration des résultats phases 3 et 4 d'identification et de valorisation financière des spécificités de la prise en charge du public précaire en EHPAD et de propositions de recommandations.

### 3 PHASE 1 : ETAT DE L'ART ET DEFINITION DE LA POPULATION

---

#### 3.1 Revue de la littérature

##### 3.1.1 Cadrage de la recherche

###### → Critères d'éligibilité

La recherche a été effectuée dans les principales bases de données bibliographiques médicales portant sur les études publiées les 10 dernières années (publications entre 2012 et 2022).

Les **critères d'inclusion** des études étaient les suivants :

- ⇒ L'étude porte sur une population ayant un antécédent de parcours de rue (**définition exacte validée ultérieurement avec le groupe d'expert**).
- ⇒ La population est résidente, ou candidate à l'admission, en EHPAD.
- ⇒ L'étude apporte des éléments sur les dimensions médicales, psychiques et sociales, ainsi que sur la prise en charge de la population d'intérêt.

Les **critères d'exclusion** étaient les suivants :

- ⇒ Population âgée exclusivement de moins de 50 ans.
- ⇒ Etudes portant spécifiquement sur la prise en charge palliative des personnes âgées.

###### → Stratégie de recherche

Trois stratégies de recherche ont été mises en œuvre :

- 1) Une recherche de littérature internationale réalisée sur la base de données MEDLINE, grâce au moteur de recherche Pubmed®.
- 2) Une recherche de littérature française réalisée sur la base de données francophone Cairn et sur les sites éditeurs scientifiques.
- 3) Une recherche « de proche en proche » de littérature à partir des références bibliographiques des articles retenus.

#### Financement de la prise en charge du public précaire

---

Les acteurs interrogés s'accordent pour souligner **l'absence de reconnaissance de la spécificité de la prise en charge du public précaire en EHPAD** : « *la pénibilité quotidienne, par exemple lors des multiples temps de négociation, n'est pas retranscrite sur le GIR ou le PATHOS* », « *l'admission d'un patient précaire nécessite bien souvent le renforcement de l'équipe d'hygiène* ».

Dans ce contexte, la prise en charge de résidents précaires doit se faire au **détriment de la qualité de la prise en charge d'autres résidents**, l'enveloppe étant constante : « *il serait intéressant de mesurer la différence entre le temps de prise en charge moyen d'un résident d'un EHPAD classique versus celui d'un EHPAD spécialisé, pour quantifier le besoin en ressources humaines* ». Par ailleurs, « *la compensation des recettes soins et autonomie par le tarif de séjour pose un problème de concurrence* ».

En termes de **pistes de financement** : « *n'est-il pas envisageable de reproduire le schéma de financement proposé à une époque pour les personnes handicapées vieillissantes ?* », « *l'opportunité du recours à un financement MIG est à étudier* ».

Les modalités de financement doivent enfin tenir compte d'une population jusqu'à présent négligée : « *Quid des précaires vieillissants en **situation irrégulière...*** », « *Concernant la problématique des sans-papiers : l'Etat devrait accorder l'Aide sociale d'Etat aux sans papier : pourraient aller en EHPAD au lieu d'emboliser des lits d'accueil médicalisés (LAM = 200€/j), ou les SSR...* ».

### → Sources d'information

La **recherche de littérature internationale** a été essentiellement réalisée sur la base de données internationale MEDLINE, avec le moteur de recherche Pubmed®. L'équation de recherche utilisée<sup>1</sup> est détaillée ci-dessous. Elle retrouvait **843 études éligibles**.

|           | Mots clés                                     | Nombre de résultats |
|-----------|---|---------------------|
| #1        | "aging"[MeSH Terms]                           | 281,803             |
| #2        | "aged"[MeSH Terms]                            | 3,372,676           |
| #3        | older people[Title/Abstract]                  | 35,451              |
| #4        | homeless persons[MeSH Terms]                  | 10,230              |
| #5        | homelessness[Title/Abstract]                  | 6,083               |
| #6        | 2012:2022[pdat]                               | 12,076,537          |
| <b>#7</b> | <b>(#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND #6</b> | <b>843</b>          |

La **recherche de littérature Française** a été réalisée sur la base de données francophone Cairn, les moteurs de recherche Google Scholar et Semantics Scholar et le site web de l'éditeur Elsevier Masson® aux moyens des mots clés suivants : « Sans-abris », « Sans-abrisme », « Sans domiciles fixes », « Précarité », « Vieillesse », et « Personnes âgées ».

La présente revue de littérature intègre également les documents de littérature blanche et grise transmis par l'ARS Ile-de-France, ainsi que des documents institutionnels et non scientifiques recherchés sur Google ou directement sur les sites web des institutions d'intérêt.

### → Processus de sélection des études

La sélection des études a été réalisée en deux temps :

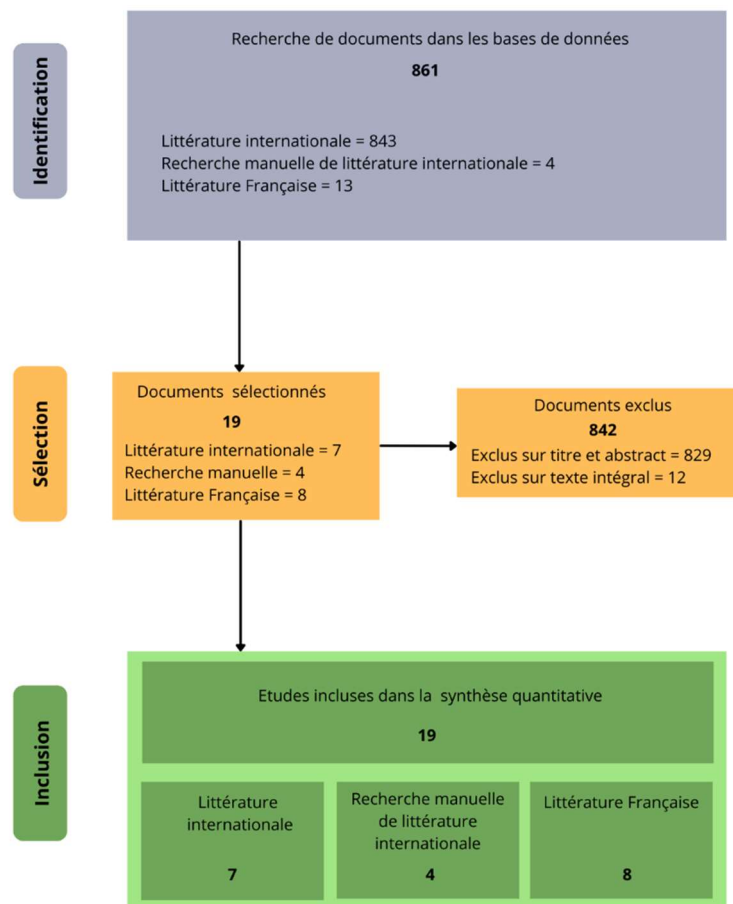
- 1) Une première sélection réalisée sur les titres et résumés des études.
- 2) Une seconde sélection sur la base du contenu du texte de l'article et de sa pertinence quant aux objectifs de recherche.

### → Détail de la sélection des études issue de la recherche Pubmed

Notre stratégie initiale de recherche a généré 857 études. Après avoir passé en revue les titres, les résumés et les articles complets des articles présélectionnés, 19 articles ont finalement été retenus (**voir figure 1**).

<sup>1</sup> ("aging"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "older people"[Title/Abstract]) AND ("homeless persons"[MeSH Terms] OR "homelessness"[Title/Abstract]) AND 2012/01/01:2022/12/31[Date - Publication]

Figure 3: Diagramme de flow PRISMA du processus de rétention des articles



### 3.1.2 Résultats : Etudes sélectionnées

#### Caractéristiques des études sélectionnées

Au total, 8 des articles sélectionnés concernent la France, 6 les Etats-Unis, 3 le Canada, et 2 l'Australie. La majorité des études incluses avaient des objectifs analytiques (N=14) ou d'aide à la décision (N=12) et 9 études avaient un objectif de description de la population étudiée. Les méthodologies utilisées étaient les suivantes : 8 étaient des études quantitatives transversales, 6 étaient des revues narratives ou non systématiques, 5 se fondaient sur des méthodologies qualitatives d'entretiens et/ou de focus-groupes, enfin 2 études étaient des revues systématiques (**voir annexe 1**). Différentes méthodes pouvaient être associées dans une même étude.

#### → Résumé court des études

Les principaux éléments d'intérêt identifiés pour chacune des études sont présentés ci-dessous. Pour plus de détail, le lecteur est invité à consulter le tableau 1 en annexe :

1. Davies, A., & Wood, L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. (1)

Les facteurs de risque majeurs du sans-abrisme comme les troubles psychopathologiques, les traumatismes psychologiques, une mauvaise santé physique et les addictions à l'alcool ou aux drogues se trouvent également être des conséquences du sans-abrisme. Ce qui amène à la nécessité de développer une

**approche de la prise en charge « trauma-informed ».** Les auteurs relèvent **3 types de barrières à l'accès aux soins** spécifiques aux sans-abris : barrières personnelles ; barrières relationnelles ; barrières pratiques.

2. Omerov, P., et al. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. (2)

Le manque de **flexibilité des administrations** et des services locaux représente une barrière à la recherche de soins et d'aide sociale. Les **rencontres avec les professionnels du social et de la santé** jouent un rôle important dans la période de sans-abrisme : les expériences positives (respect, empathie, soutien) et négatives (discrimination, irrespect, stigmatisation) ont un impact sur le bien-être et la volonté de recherche d'aide des sans-abris.

3. Grenier, A., et al. (2016). 'Growing Old' in Shelters and 'On the Street': Experiences of Older Homeless People. (3)

**Identification de 4 sous-groupes de sans-domicile** : les sans-abris, les personnes en abris d'urgence, les personnes provisoirement abritées, les personnes à risque de sans-abrisme. **Les personnes sans-abris chroniques tendent à être plus âgées**, sans emploi, et ont plus de chance d'être handicapées ou d'avoir des troubles de l'usage. En revanche, **les sans-abris cycliques ou épisodiques tendent à être plus jeunes**. Les personnes sans-abris de 50 ans tendent à expérimenter les problèmes de santé physiques et psychologiques habituellement rencontrée 10 ans après en population générale

4. Grenier, A., Barken, R., Sussman, T., Rothwell, D., Bourgeois-Guérin, V., & Lavoie, J. P. (2016). A Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda. (4)

Distinctions entre : **sans-abris temporaire** ou **transitionnel**, **épisodique** ou **cyclique**, et **chronique**. Certaines recherches définissent l'aspect chronique à partir de 3 mois, et d'autres lorsque qu'ils sont à la rue de manière répétitive pendant plus d'1 an. Description des facteurs du sans-abrisme (emplois précaires, etc.). Description de **2 types de sans-abrisme chez les personnes-âgées** : les sans-abris en processus de vieillissement, ou personne-âgée nouvellement sans-abris.

5. Bazari, A., et al. (2018). 'The Thing that Really Gets Me Is the Future': Symptomatology in Older Homeless Adults in the HOPE HOME Study. (5)

Les PA sans-abris ont une **prévalence plus élevée de pathologies chroniques et de syndromes gériatriques**. Ils sont plus exposés aux facteurs de stress et ont moins d'opportunités de modifier leur environnement pour alléger leurs symptômes. Les **symptômes psychologiques et sociaux** causent autant de détresse que les symptômes physiques. Les symptômes psychologiques exacerbent les symptômes physiques et inversement.

6. Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. (6)

Les troubles de l'usage sont une barrière à l'accès aux soins de santé mentale dans certains pays européens. La mise en place de **services coordonnés**, avec une intégration des soins des troubles mentaux, des addictions et de médecine générale montre une efficacité. Les **pairs-aidants** peuvent être utiles comme membres de l'équipe de santé.

7. Rowlands, A., et al. (2020). Designing residential aged care for people at risk of, or experiencing, homelessness: An exploratory Australian study. (7)

Le nombre de personne ayant expérimenté ou étant à risque de sans-abrisme augmente. **La proportion de femme** dans cette cohorte augmente également. Un historique d'abus durant l'enfance peut amener les PA sans-abris à craindre les résidences pour PA. L'approche par **réduction des risques** est recommandée ainsi que la **formation des équipes** aux addictions.

8. Canham, S. L., et al. (2021). Design Considerations for the Development and Implementation of a Medical Respite for Older Adults Experiencing Homelessness in Metro Vancouver. (8)

Difficultés pour les PA sans-abris d'avoir une bonne observance thérapeutique : le financement et la gestion des prescriptions (manque de littératie en santé) ; nutrition ; repos ; aller aux rendez-vous (accès aux transports). L'approche « **trauma-informed** » est proposée.

9. Anita M Souza, et al. (2020) Cognition, Health, and Social Support of Formerly Homeless Older Adults in Permanent Supportive Housing. (9)

Les scores de santé globale des PA sans-abris (santé fonctionnelle, mentale, sociale qualité de vie, stress émotionnel, auto-efficacité) étaient tous significativement plus bas que la moyenne. Haute prévalence de problèmes cognitifs subjectifs et objectifs.

10. Sudore, et al. (2018). Advance Care Planning for Older Homeless-Experienced Adults: Results from the Health Outcomes of People Experiencing Homelessness in Older Middle Age Study. (10)

61% des PA sans abris ont un tuteur potentiel, 18% ont désigné un tuteur mais peu d'engagement dans la démarche du PPS. Recommandation : **Dépistage des syndromes gériatriques** chez les PA sans-abris ou ayant une expérience de sans-abrisme récemment, de 50+ dans les services de soin de santé.

11. Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., & Kushel, M. B. (2017). Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. (11)

La **prévalence de syndrome gériatrique** est élevée chez les sans-abris de 50 ans et +. Alors que la médiane d'âge était de 58 ans les sans-abris avait des prévalences de syndrome gériatriques **similaires à la population générale de 80 ans**. 71,3% avaient un historique de problèmes de santé mentale, la plupart des participants fumaient du tabac (65,4%) et plus de la moitié avaient un trouble de l'usage de l'alcool ou de drogues.

12. Sass, C., et al. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. (12)

La moyenne d'âge des sans-abris est de **45,5 ans** pour les hommes et **43,5** pour les femmes. Importance de ne pas prendre en compte uniquement les critères socio-administratifs pour identifier une population précaire mais de **prendre en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité** (Score EPICES).

13. Rouay-Lambert Sophie. La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite. (13)

**L'isolement ressenti ou effectif met en péril le maintien à domicile.** La maison de retraite comporte de nombreuses inadaptations aux PA sans abris. Le logement ne rime pas forcément avec insertion. Quelques semaines à la rue peuvent les avoir vieillis de 10 ou 20 ans : leur âge biologique est plus avancé que leur âge biographique.

14. Pierre Chauvin, Isabelle Parizot. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. (14)

Quelle que soit la maladie, sa prévalence chez les sans-domicile usagers des services d'aide est plus importante que dans la population générale. **8/10 sans abris n'ont pas de couverture sociale**, la probabilité de se retrouver sans couverture sociale augmente avec la précarité de l'hébergement. Obstacle à la couverture maladie et la continuité des soins : obligation de domiciliation

15. Uribe Larrea, G. (2021). La dernière demeure : Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. (15)

Présence importante des sans-abris âgés dans les institutions de l'urgence sociale : âge médian des SA en LHSS = 47 ans mais présence de 70 ans et plus. Les sans-abris n'ont pas d'accès aux EHPAD : coût financier important et refus de les accueillir. Ils restent donc coincés dans le circuit assistanciel de l'urgence sociale.

16. INSEE. (2014). Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. (16)

Depuis 2001 la population sans-abri vieillit et se féminise ; **¼ des sans-domiciles ont 50+ ans** et sont surreprésentés parmi les sans-abris et les hébergements collectifs. Dans l'agglomération parisienne la moitié des sans-domiciles le sont depuis minimum 1 an.

17. Laporte, A. & Chauvin, P. (2009). Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (17)

La prévalence de comorbidités entre troubles psychopathologiques et addiction est plus élevée chez les sans-abris par rapport à la population générale. Les personnes âgées de 50 ans ou plus sont près de 16 % à souffrir de troubles sévères de l'humeur contre moins de 10 % dans les autres classes d'âge. Les SA de plus de 50 ans avaient perdu leur logement depuis plus de 8 ans en moyenne

18. Leaune, É. & Zeroug-Vial, H. (2017). Le suicide des personnes sans-abris : une silencieuse tragédie de santé publique ? (18)

La prévalence des conduites suicidaires est près de 175 pour 100 000 dans la population sans-abris, plus de 10 fois supérieur à celui de la population générale (11,4 pour 100 000). 18 à 51% des SDF déclarent avoir réalisé au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. L'adversité psychosociale, l'isolement social, l'exclusion, la précarité sociale et économique constituent des facteurs de fragilisation psychologique majeurs.

19. Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P.M. (2010). La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. (19)

Le fait d'être SA constitue un facteur de mortalité prématurée **indépendant de tout autre facteur social défavorable**. Les SA ont un âge moyen de décès **30 à 35 ans inférieur à l'espérance de vie** de la population générale. La moyenne d'âge au décès est de **56 ans** pour les hommes et **41 ans** pour les femmes. Au-delà de 60 ans, on compte **5 fois plus d'hommes que de femmes**.

Typologie ETHOS (FEANTSA) : sans-abris, les sans logement, les en logement précaire, les en logement inadéquat.

### Principaux enseignements issus de l'analyse des documents et études

#### → Définir la vieillesse et le sans-abrisme

Les définitions et catégories de sans-abrisme varient dans la littérature entre pays, institutions et programmes. Le terme « sans-abris » est défini légalement en Belgique : « une personne qui n'a pas de résidence habitable, qui ne peut, par ses propres moyens, disposer d'une telle résidence et qui se trouve dès lors sans résidence ou dans une résidence collective où elle séjourne de manière transitoire, passagère en attendant de pouvoir disposer d'une résidence personnelle » (loi du 12 janvier 1993). Toutefois, la FEANTSA (19) ainsi que la Canadian Homelessness Research Network (4) proposent une définition plus ouverte désignant différents degrés de sans-abrisme, correspondant à la typologie ETHOS :

- 1) Les sans-abris (dormant dans la rue) ;
- 2) Les sans logement (abri provisoire, institutions ou foyers d'hébergement) ;
- 3) En logement précaire (menacés d'exclusion sévère, d'expulsion, de violences domestiques) ;

- 4) Les en logement inadéquat ou à risque de sans-abrisme (caravanes, logement indigne, surpeuplement sévère).

Les deux dernières catégories de personnes sont particulièrement difficiles à identifier car elles n'utilisent pas nécessairement les services d'aide aux sans-domiciles comme les hébergements d'urgence (4). En France, l'INSEE adopte une définition davantage restrictive et ne prend d'ailleurs pas en compte ces deux catégories (19).

Alors que l'âge de 65 ans est l'âge de la retraite dans de nombreux pays, en faisant un marqueur de vieillesse en population générale, les 6 études incluses s'intéressant aux personnes âgées sans-abris définissent l'âge marqueur de vieillesse à 50 ans chez les sans-abris. En effet, les personnes âgées sans-abris ont un âge moyen de décès 30 à 35 ans inférieur à l'espérance de vie de la population générale (19). Le fait d'être sans-abri constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable (19). Toutes les études incluses s'intéressant à cette population s'accordent sur le fait que leur âge biologique est plus avancé que leur âge biographique (4, 5, 7-9, 13, 14). Effectivement, selon Anita et al. (2020), un sans-abri de 50 ans a l'équivalent de la santé mentale et physique d'une personne logée de 80 ans. Toutefois, d'autres auteurs estiment cet écart est plutôt de 10 ans (4, 8). Selon l'INSEE (16), les sans-abris de 50 ans et plus représentent 25% de la population totale sans-abris. Cet âge est à mettre en perspective de l'âge réglementaire d'entrée en EHPAD fixé à 60 ans (une dérogation doit être demandée au cas par cas auprès du conseil départemental pour toute personne âgée de moins de 60 ans).

### ➔ *Typologie des trajectoires de vie chez les personnes âgées sans-abris*

Le sans-abrisme revêt différentes réalités en fonction des parcours de vie de chacun. Des distinctions sont ainsi faites entre l'aspect transitoire ou temporaire, épisodique ou cyclique, et chronique du sans-abrisme (Culhane & Metraux, 2008 ; Echenberg & Jensen, 2008 ; Kuhn & Culhane, 1998) – cité par Grenier, 2016). Le seuil de chronicité est un critère relativement arbitraire à évaluer, certains auteurs considèrent que le sans-abrisme devient chronique à partir de 3 mois (Trypuc & Robinson, 2009 - cité par Grenier, 2016), tandis que d'autres le catégorisent ainsi lorsque le sans-abrisme est répété pendant plus d'un an (McDonald et al., 2014 – cité par Grenier, 2016).

Selon une enquête de l'INSEE menée en 2013, les personnes sans-abris ont vécu 6,7 mois en moyenne sans abris et 0,5 mois en hébergement collectif. Dans cette études 39% des sans-abris déclarent ne jamais avoir eu de logement à eux. Deux sans-domiciles sur cinq sont des femmes, mais la proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente (48% parmi les 18-29 ans, 31% parmi les plus de 50 ans).

Chez les personnes âgées, deux types de sans-abrisme peuvent être catégorisés (8) : les sans-abris chroniques vieillissant dans ce contexte et les personnes expérimentant pour la première fois le sans-abrisme alors qu'elles sont âgées. Les recherches aux Etats-Unis, en Angleterre et en Australie suggèrent que le second type représente deux tiers de la population des personnes âgées sans-abris (8). Les données de l'étude Samenta (2009) suggèrent que les sans-abris de 50 ans avaient perdu pour la première fois leur logement depuis plus de 8 ans, ce qui pourrait indiquer une tendance majoritaire de sans-abrisme chronique au sein de la population âgée. En effet, la précarisation des personnes âgées (Fondation Abbé Pierre, 2009) a amené des personnes âgées d'au moins 50 ans d'Ile-de-France à perdre leur logement car 34,6% d'entre eux n'arrivaient plus à payer le loyer, les charges, 22% l'ont perdu à la suite d'une séparation/divorce, et 15,9% à la suite d'une perte d'emploi (17). Finalement, l'enquête Samenta (17) a révélé que 29,5% des sans-abris d'Ile-de-France étaient au chômage, 16,4% étaient en invalidité, 14,9% travaillaient, 12,5% étaient retraités et seulement 0,7% n'ont jamais travaillé.

Les causes du sans-abrisme sont complexes et multifactorielles pour chaque individu. S'il n'y a pas un chemin menant à cette situation, de nombreux facteurs de risque du sans-abrisme demeurent (4):

- Les emplois précaires
- Un bas niveau d'éducation
- Les expériences traumatiques

- La diminution des finances menant à la pauvreté
- Mauvaise santé physique/troubles psychiatriques/addictions
- La diminution du réseau social
- Un historique d'incarcération
- Le manque de ressources psychologiques/cognitives pour gérer une situation d'urgence
- Être issu d'une minorité
- Les violences domestiques
- Les problématiques familiales

### → Profil de santé des personnes âgées sans-abris

Les problèmes de santé sont à la fois un facteur de risque du sans-abrisme et sa conséquence (1, 4). Des études menées aux Etats-Unis ont montré que la santé globale des sans-abris de 50 ans et plus est significativement moins bonne que la moyenne nationale américaine (9, 11).

L'étude de Brown et al. (11) compare des sans-abris de 50 ans et + par rapport à des personnes en situation de pauvreté de 65 ans et plus : une prévalence de l'incontinence urinaire de 48% contre 29,5%, de dépression sévère de 38,3% contre 11,3%, de déficience visuelle de 45,1% contre 12,0%. Les auteurs indiquent en somme que la prévalence de syndromes gériatriques est disproportionnellement plus haute chez les sans-abris de 50 ans et plus par rapport à la population générale américaine. Les personnes âgées sans-abris ont en outre peu d'accès aux soins primaires et sont fréquemment sujets aux hospitalisations avec séjours prolongés et aux réadmissions (8, 19).

Les addictions (cigarette, alcool et drogues) sont fréquentes au sein de la population sans-abri, en France (Revue de Gériatrie, 2020), comme à l'international (1, 2, 4, 6, 10). Les sans-abris âgés présentent de fait une prévalence plus élevée de tri morbidité, c'est-à-dire de polyopathologies, d'addictions et de troubles psychopathologiques (1). La prévalence plus importante de comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions au sein de la population sans-abris d'Ile-de-France par rapport à la population générale a été documentée par l'enquête Samenta (17), les auteurs précisaient toutefois que leur répartition au sein de cette population dépendait des trajectoires sociales des personnes enquêtées.

Une étude qualitative a permis d'interroger la perception des sans-abris de 50 ans et + sur leur expérience de leurs symptômes physiques, psychologiques et sociaux (5). L'usage de drogues et d'alcool étaient vus par les répondants comme temporairement efficaces pour réduire les symptômes physiques, cet usage génère cependant une peur de perte de contrôle. Les sans-abris expliquaient que les symptômes psychologiques et sociaux causaient autant de détresse que les symptômes physiques. Le sentiment de honte, la démoralisation, et la perte de dignité sont décrits comme douloureux. L'étude montre également que les symptômes psychologiques exacerbent les symptômes physiques (somatisation) et inversement. En effet les sans-abris de 50 ans et + sont davantage exposés aux facteurs de stress et ont moins d'opportunités de modifier leur environnement pour alléger leurs symptômes (5).

Finalement, l'adversité psychosociale à laquelle sont confrontés les sans-abris est la principale cause amenant une proportion importante d'entre eux au suicide : 18 à 51% des sans-abris déclarent avoir réalisé une tentative de suicide au cours de leur vie contre 5,5% de la population générale. Amenant le taux de suicide à 175 pour 100 000, c'est-à-dire plus de 10 fois supérieur à celui de la population générale (18). **L'état de santé au moment de l'entrée en EHPAD des personnes âgées grandes précaires sera évalué dans le cadre de l'étude.**

### → Les besoins spécifiques des personnes âgées sans-abris

Les expériences traumatiques sont fréquemment présentes au cours des différents parcours de vie des sans-abris âgés (1, 3, 5). Ces événements pouvant amener à développer des psychopathologies et des troubles du comportement déclenchés par des réminiscences traumatiques, sont souvent associées à un parcours de marginalisation et de relations fracturées (7). Cette problématique est d'autant plus importante que, dans l'enquête Samenta (17), les sans-abris atteints d'au moins un trouble psychiatrique sévère (psychotique, sévère de l'humeur ou anxieux) étaient significativement plus souvent victimes de différentes formes de

violences que les sans-abris n'ayant aucun trouble diagnostiqué. Les sans-abris souffrant de pathologies psychiatriques ont également une errance plus longue, une moins bonne santé physique, une désaffiliation familiale plus importante que la population sans-abris dans son ensemble (19).

Un historique d'abus, de trauma peut d'ailleurs amener les personnes âgées sans abris à craindre les résidences pour personnes âgées (7). Cette population a donc besoin que le personnel médico-social comprenne les expériences de perte et de traumatisme (abus infantiles, violence et agression sexuelles à l'âge adulte, incarcérations, etc.) (7), à travers une démarche « trauma-informed (1, 7, 8). Cette démarche consiste à prendre connaissance des impacts du sans-abrisme sur la santé, le bien-être, l'identité, les relations et prioriser l'anticipation et les réponses aux problématiques associées aux stressors pour promouvoir le contrôle, l'empowerment et le rétablissement (7).

Les personnes âgées sans-abris ont, en somme, besoin d'être intégré à une communauté tout en gardant leur intimité, de développer des activités sociales et de reconstruire un sens de soi (19). Trois autres besoins sont également prégnants : un habitat sécurisé (4, 19) une facilitation de l'accès aux services sociaux (4) et aux soins de santé (2, 4, 7, 8, 14, 15, 19).

### ➔ *Aspects organisationnels de la prise en charge*

#### **1) Assurer un logement stable : approche « housing first ».**

Le logement doit précéder le traitement (1, 6, 9). L'efficacité de cette approche a été plus particulièrement démontré chez les sans-abris ayant des troubles mentaux (6).

#### **2) Mettre en place un repérage systématique des situations de sans-abrisme sur les urgences hospitalières**

Mettre en place un protocole d'alerte et former les IOA au repérage des situation de sans-abrisme, en particulier chez les plus de 50-55 ans (19).

#### **3) Organiser le dépistage des syndromes gériatriques**

Dépister les syndromes gériatriques les personnes âgées sans-abris ou ayant une expérience de sans-abrisme récemment de dans les services de soin de santé et les hébergements d'urgence (10).

#### **4) Mettre en place des équipes de liaison médico-sociales dédiée aux SA**

Mettre en place dans chaque établissement hospitalier public ou participant au service public, une équipe de liaison médico-sociale internant aussi dans les EHPADs, qui pourrait – à la demande du patient et dès son entrée- assurer une évaluation médico-psycho-sociale de sa situation et proposer des stratégies d'accompagnement le temps des séjours (19).

#### **5) Assurer la continuité des soins**

Assurer la continuité des soins des sans-abris résidant en EHPADs après une hospitalisation (assurer la récupération post-hospitalière (8).

#### **6) Mettre en place des services coordonnés**

Ces services peuvent pourrait être sur site ou externalisés et devraient intégrer les soins des troubles de santé mentale, les addictions et la gériatrie. La coordination pour être gérée par le PRAPS en intégrant les sans-abris à leurs missions de manière à mettre de la cohérence dans l'existant (19).

#### **7) Favoriser l'approche de réduction des risques et former des équipes aux addictions (7, 19).**

#### **8) Former le personnel des EHPAD accueillant les SA sur les discriminations et leurs liens avec la violence et la santé (19).**

➔ *Bonnes pratiques pour les professionnels*

**1) Soutien de la part de personnes non professionnelles : pairs-aidants et bénévoles**

Intégrer des pairs-aidants pourrait aider l'équipe pourrait participer à la construction d'une relation positive avec les sans-abris et de renforcer une confiance mutuelle avec les équipes responsables de la prise en charge des SA (6).

**2) S'assurer que les interactions avec les patients sont « trauma informed »**

Les équipes orientant les personnes âgées sans-abris en EHPAD devraient informer les équipes de l'établissement de l'histoire de ces personnes pour qu'elles aient conscience/connaissance de leurs éventuels traumatismes afin de les prendre en compte dans le modèle de soin (1, 7, 8).

**3) Intégrer un dépistage de la santé globale des résidents dans leurs évaluations de routine**

Cela permettrait de prévenir les hospitalisations potentiellement évitables et de mettre en place des stratégies de soin adaptées à chaque situation (9).

**4) Les professionnels doivent avoir connaissance des ressources/programmes disponibles pour cette population**

De manière orienter leur prise en charge en fonction de leurs besoins et de favoriser la coordination(6).

**5) Stimulations sociales : insérer de la flexibilité dans les routines de soin (7)**

**6) Faible niveau de littératie : expliquer clairement et visuellement les informations (1)**

**7) Mettre en place des activités thérapeutiques stimulantes et adaptées**

Comme la musique, l'art, le jardinage, visites d'école. Ces activités génèrent des interactions sociales, or le fait d'aider autrui améliore le bien-être et renforce l'empowerment (7). L'expérience et la tracabilité réalisé à l'EHPAD François 1<sup>er</sup> montre que les personnes vieillissantes issues de la précarité sont plus volontaires aux activités réalisées seul ou 1 pour 1 (billard, babyfoot, flipper, billard), les sorties, et les débats. (de fait, ils ne sont jamais intéressés pour aider autrui))

**8) Adapter la longueur de la consultation**

Celles durant plus de 25-30 min tendent à être contreproductives, mais le temps doit être suffisant pour les écouter (1).

**9) Intégrer dans l'accompagnement des SA des groupes de parole collectifs autour des phénomènes et des motifs de discrimination et de violence (19).**

## 3.2 Éléments issus des entretiens exploratoires

### 3.2.1 Réalisation des entretiens

Une liste d'experts et de personnes qualifiées a été définie avec les membres du Comité technique de l'étude. Début février 2022, des demandes d'entretiens ont été envoyées. Au 28 mars 2022, 10 entretiens ont été réalisés et 3 demandes n'ont pas abouti.

**Tableau 3 : Liste des personnes contactées et des entretiens réalisés (au 28 mars 2022)**

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| M. Thomas BAUDE et<br>Mme Charlotte TURPAUD | Samu social<br>Mission Interface | Responsable / Mission interface<br>Coordinatrice sociale dans notre équipe   |
| Mme Vanessa BENOIT                          | Samu social                      | Directrice générale  |
| Mme Raphaëlle PERRIGAUD                     | CASH Nanterre (EHPAD)            | Directrice du pôle de santé publique et médecine sociale, de l'EHPAD et USLD |

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| Mme Hélène MARSÀ           | CASVP   |   |
| Mme Charlotte MIOT         | CASVP   | Chargée de mission - Sociologue                               |
| Dr Xavier de la COCHETIERE | EHPAD Ordre de Malte                                    | Médecin coordinateur  |
| Dr Alain MERCUEL           | GHU neurosciences et Psychiatrie, Paris                 | Psychiatre  |
| Soeur CELIA                | EHPAD Ma Maison Breteuil des Petites Sœurs des Pauvres  | Directrice  |
| M. Habib GANHOULE          | EHPAD Victor Hugo ARPAVI                                | Cadre de santé (en remplacement de M. AKHOURCHAM, Directeur). |
| Dr RAZAKARIVONY            | HPAD Ma Maison Notre Dame des Petites Sœurs des Pauvres | Médecin Coordinateur  |

### 3.2.2 Critères d'identification du public cible en EHPAD précisés/identifiés par les personnes interrogées

Les personnes interrogées ont fait part de leur expérience et cité les critères suivants pour le repérage du public précaire en EHPAD. Il n'y avait pas d'ordre spécifique dans l'importance des critères mais le critère « Parcours de rue » semblait le plus discriminant.

**Tableau 4 : Critères identifiés par les experts interrogés**

| CRITERES PRINCIPAUX                      | Précisions   | Autres remarques d'intérêt  |
|--|--|---|
| Parcours de rue quelle que soit la durée | - Résidents ayant un parcours de rue OU marqués par un parcours chaotique de logement avec conséquences (alcoolisme...)<br>- Parcours de rue quelle que soit la durée (longue ou courte)   | « Les EHPAD connaissent les personnes avec un parcours de rue mais cette information n'est pas dans les bases de données »  |
| Critères de ressources / administratifs  | - Avoir l'Aide sociale (ASH)<br>- Sous Tutelle ou curatelle renforcée- Critères de ressources : Aide sociale légale et sous-groupe Aide sociale d'Etat (10 ans d'errances, sans domicile connu)<br>- En difficulté financière par carence de droit |   |
| Mode d'adressage                         | - Qui les a orientés vers l'EHPAD : Mission Interface/SAMU social, Opérateurs spécialisés de la veille sociale AHI, Etablissement psychiatrique...   |   |
| Parcours passé (avant entrée en EHPAD)   | Critères de provenance : Centre d'hébergement, LHSS, CHRS, CHU, Pension de famille, centre de stabilisation, rue...  | Un critère d'identification pragmatique : « Si l'EHPAD ferme demain, ces personnes sont à la rue... »   |
| Critères « sociaux »                     | - Papiers à jour ou sans papier<br>-Être /Avoir été accompagné par un travailleur social ou avoir besoin d'être accompagné   | « Ils ont toujours eu des liens avec un travailleur social ». « Arrivés par le Samu Social ou via une assistante sociale (d'une association, d'un hôpital, d'une mairie...) »                   |
| Problématiques d'addictions              | - Problèmes d'addictologie majeurs : alcool ou cigarettes (obligation de gestion des cigarettes, par rapport à des budgets restreints...) / dégénérescence dues à l'Alcool / Korsakov.   | « Ils vont vouloir boire, fumer, sortir, retourner sur leur lieu de manche, accumuler... »<br>« Ne pas oublier les usagers de la drogues vieillissant et SDF (héroïnomane de plus de 65 ans) ». |
| Comorbidité notamment psychiatriques     | - Ont souvent des problèmes de santé mentale (30% des personnes précaires ont des troubles psychiques), de gestion du quotidien.   | « En termes de typologie, on peut distinguer trois catégories : les psychotiques ayant vieillis, les psychopathes vieillissants et les états démentiels »                                       |
| <b>CRITERES COMPLEMENTAIRES</b>          |  |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Age                                    | « Plus de 55 ans »<br>« Plutôt jeunes par rapport aux autres résidents »<br>- Moyenne d'âge de 70/72 ans (CASH)<br>- Agés entre 66 et 86 ans (Petite sœur des pauvres)<br>et entre 59 et 74 ans pour l'EHPAD Francois 1er | « Patients souvent avec 20 ans de moins que les résidents en EHPAD ».  |
| Genre                                  | - Plutôt des hommes   | Les profils évoluent avec une augmentation sensible des femmes. Les profils comptent aujourd'hui de la famille, mais en rupture familiale. |
| Refus de soins                         | - Problème d'acceptation des soins / difficulté de faire de la prévention : refus de soins et de vérification de la salubrité de la chambre (accumulateurs).  |  |
| Isolé (pas/peu de famille)             | Patients bien souvent sans famille. En tout cas, sans LIEN avec la famille  | « Troubles majeurs en lien avec l'isolement, les problèmes psychiatriques et les problèmes administratifs ».                               |
| Besoin d'accompagnement très important | - Besoin d'accompagnement très important : - - T --<br>Temps de négociation important.<br>- Y compris au niveau administratif.  |  |
| « Notion d'errance                     | - Personnes qui sont "libres" : elles souhaitent pouvoir sortir même le soir...   | « Elles retournent parfois sur leur lieu de manche » (elles peuvent fuguer) »  |

Les personnes interrogées précisent également, que les précaires sont des personnes relativement « exigeantes, qui ne se moulent pas dans un cadre classique » (« C'est à l'EHPAD de s'adapter »).

### 3.2.3 Besoins identifiés, par les experts interrogés, pour prendre en charge ce public en EHPAD

En termes de prise en charge, l'expérience de terrain montre des besoins **d'adaptation des EHPAD, d'adaptation et de formation des professionnels, d'anticipation des besoins en augmentation à venir.**

- ⇒ « C'est à l'EHPAD de s'adapter : ce public va changer le profil des résidents : il faut adapter le règlement, accompagner les équipes, adopter des politiques de réduction des risques. Le public pourra investir les comités des usagers, vouloir du pouvoir d'actions... ».
- ⇒ « Ce qui manque en EHPAD c'est la « **Réduction des risques et des dommages** » : pouvoir être souples pour s'adapter au public : accepter l'alcool... ».
- ⇒ « **Le rapport à la circulation** est très différent pour un résident précaire qui peut s'absenter de l'EHPAD entre 8h30 et 18h00 ».
- ⇒ « **Les savoir-faire** des aides-soignants/des professionnels **s'adaptent naturellement** à ce type de résidents, mais les choses sont informelles (mais besoin de formations, sensibilisations) : Tutoiement quand pertinent, négociation, confident... ».
- ⇒ « Il faudrait **répertorier les bonnes pratiques** pour les cadrer/encadrer ».
- ⇒ « **Le compagnonnage** est une modalité éprouvée de formation des professionnels soignant ». De même : « des **réunions d'analyse de pratiques** peuvent être organisées pour les situations les plus complexes ».
- ⇒ « **Faire évoluer les EHPAD** : Ils doivent affirmer que c'est leur travail et dans ce cas, les professionnels le feront, s'adapteront ».
- ⇒ « Augmenter et **diversifier les profils** des professionnels : Psychologues, éducateurs, addictologues, aides-soignants avec profil éducatif, animation (mutualiser les animateurs EHPAD et résidence autonomie... »).
- ⇒ « Revoir le **taux d'encadrement** (actuellement insuffisant car tout prend plus de temps), Diversifier les **compétences**, former le personnel, les accompagner dans la réflexion ».

- ⇒ « Besoin de **former le personnel à la psychiatrie** et besoin d'une filière psychiatrique : convention avec hôpital pour hospitalisation de répit... et de **formation des soignants et du médecin coordinateur** ».
- ⇒ « Besoin d'animations, **d'activités occupationnelles** (car pas de famille ou autre possibilité de sortir sinon) ».

Les experts interrogés notent également le **besoin d'accompagnement spécifique de ces personnes** afin de **favoriser l'acceptation des soins** :

- ⇒ « Besoin d'un **accompagnement, d'un référent, de temps de négociation** pour entrer et à l'entrée en EHPAD (visites régulières à la personne parfois pendant plusieurs années) »
- ⇒ « Un **dispositif de préadmission** de type hôpital de jour/semaine permettrait la prise en charge médico-psycho-sociale nécessaire préalablement à l'admission en EHPAD » et « sortir de l'adage : « un chez soi d'abord », parfois contre-productif ».
- ⇒ « **Intervention pour le lien post-admission** de bénévoles en services civiques (Unicité en lien avec la Mission Interface) ».
- ⇒ « Les **compétences des personnels doivent être élargies** – par exemple, l'agent d'accueil participe à l'accompagnement éducatif et social en gérant les cigarettes (ce qui leur permet de ne plus fumer dans leur chambre...) »
- ⇒ « Certaines « atypies » nécessitent parfois l'intervention d'un comité d'éthique ».

Un **accompagnement des professionnels** est également souhaité :

- ⇒ « Procéder à une réflexion avec les équipes sur le fonctionnement, et la place de ces personnes dans les établissements. Avoir une réflexion éthique : Il faut que les établissements et les professionnels acceptent les risques que prennent les personnes précaires : Accompagnement des professionnels ».

**Les avis sont relativement divergents sur la « spécialisation » des EHPAD** dans la prise en charge de ce public : Pour certains, il ne faut pas spécialiser les EHPAD dans la précarité (= Ghetto) (« Importance qu'il n'y ait pas d'EHPAD spécialisés sans-abri ») (« Peu d'EHPAD refusent ces personnes, souvent par peur du trouble collectif, des problèmes d'hygiène. ») (« Peut-être penser à obliger tous les EHPAD à en prendre en charge quelques-uns (notamment un quota pour les EHPAD privés) ») et pour d'autres « un EHPAD lambda acceptera rarement ce type de personnes, car ils savent/connassent les difficultés de prises en charge. L'entrée devant être validée par le directeur et le médecin coordinateur sur dossier médical notamment ». Dans le cadre d'un EHPAD non spécialisé, « un projet personnalisé permettrait de faciliter l'intégration, notamment pour les cas les plus difficiles ». « L'expérience rencontrée au CASVP est que la spécialisation des EHPAD engendrent des dérives ingérables, et accueillir des précaires sporadiquement entraine des phénomènes d'auto-exclusion, voire de stigmatisation, contraire aux principes d'accompagnement, en cohérence et que ce soit pour des EHPAD de 100 ou 300 lits, dès que les précaires représentent au moins 10% des résidents, ces phénomènes sont exceptionnels et gérables. »

### Suggestions ou besoins spécifiques

En termes de prise en charge, 2 expérimentations d'intérêt ont été réalisées dans les EHPAD du CASVP, et apportent des éléments contribuant à la réflexion sur l'évolution des structures et des prises en charge pour répondre aux besoins spécifiques :

- ⇒ Expérimentation de la mise à disposition d'un **éducateur spécialisé**. Ce professionnel constitue un « référent » nouant une relation privilégiée avec les personnes précaires : il est identifié et fait de la « contractualisation » avec les personnes (« Ces résidents ne supportent pas le turn-over des personnels et ont besoin d'une personnes identifiée stable »). Le besoin a été évalué à 0,5 ETP d'éducateur spécialisé

pour environ 20 résidents précaires. Il peut également s'occuper de la vie sociale, faire des sorties en petits groupes ou encore s'occuper des résidents plus standard.

- ⇒ 2<sup>ème</sup> « accompagnement » important : un **partenariat avec les services sociaux** et notamment le SAMU Social, qui accompagne le précaire avant, après son entrée, forme le personnel et assure un suivi.
- ➔ Selon les professionnels interrogés, un des principaux **besoins est « un REFERENT »** pour la personne précaire : cette personne pourrait être un éducateur spécialisé, dédié, identifié, spécifique qui reste dans l'établissement ou facilement accessible. Un **temps d'assistante sociale** (pour le volet accompagnement administratif notamment à l'entrée) est également souhaité.

#### **Les besoins de formations s'expriment à différents niveaux :**

- ⇒ « Travailler sur l'augmentation des compétences des travailleurs sociaux »
- ⇒ « Travailler sur le terrain avec les professionnels, travailleurs sociaux pour les aider à faire les dossiers administratifs... ».
- ⇒ « Sensibiliser les EHPAD à l'accueil du public sans abri (type d'approche du public...) ».
- ⇒ « Pouvoir prendre en compte le traumatisme lié à la rue (EHPAD trop rigides) ».
- ⇒ « Besoin de kits de formation, d'échanges de pratiques, de tutorat (anciens vers nouveaux professionnels), de parrainage ».
- ⇒ « Besoin de décomplexer les aides-soignants. Proposer des stages d'immersion à Villers-Cotterêts ».
- ⇒ « [Elle] a présenté ses travaux à 3 ou 4 EHPAD demandeurs : cela a permis des échanges, l'émergence des problématique, la discussion autour de difficultés... ».
- ⇒ « Besoin de formation à la psychiatrie ».
- ⇒ *Le partage des outils et savoir-faire des professionnels de Villers-Cotterêts auprès d'une dizaine d'EHPAD d'île de France a permis de résoudre des situations difficiles et d'enclencher une démarche de réflexion et d'accompagnement décomplexé et spécifique.*

#### **« Un besoin d'anticipation du problème qui va s'amplifier à l'avenir »**

Les personnes interrogées confirment l'importance de la réflexion à mener aujourd'hui sur l'avenir des EHPAD du fait du « *vieillessement et de la précarité qui sont aux portes des EHPAD* ». « *Il faut se projeter sur ce que va devenir l'EHPAD* ». « *Ce public va être de plus en plus nombreux avec le vieillissement qui arrive ("le vieillissement de la population est devant nous") et la précarité qui augmente* ».

(A noter l'absence de remarques des personnes interrogées quant aux difficultés d'identifier, de repérer la douleur de ces personnes, ou par rapport au taux de suicide (important dans cette population) ou encore les difficultés des soignants face aux agressions physiques).

La gestion de l'incurie, ou des comportements de type suicidaire, notamment par les refus de soins et de traitement, peuvent intervenir lorsque la charge mentale liée aux problèmes de droits sont résolus et que les liens sociaux, notamment familiaux sont en cours d'amélioration.

### **3.3 Conclusion : principaux critères d'identification de la population cible**

A partir des constats et enseignements issus de l'analyse de la littérature et des entretiens d'experts, une liste de critères a été établie. Cette liste de critères a pour vocation d'alimenter les réflexions concernant un triple objectif : (i) définir la population d'intérêt, (ii) repérer ces résidents dans le cadre de l'enquête qui sera menée

auprès de l'ensemble des EHPAD d'Ile-de-France, (iii) orienter les financements dans le cadre d'un éventuel dispositif d'aide à la prise en charge.

Critères proposés :

- 1) **Provenance /mode d'adressage :** CCAS, SAMU social [Mission Interface], rue, CASVP, hôtel, DDSCS...
- 2) **Typologies des trajectoires de vie (« avoir eu un parcours de rue ») :**
  - Sans-abris vieillissants (/personne-âgée soudainement sans-abris).
  - Typologie ETHOS : sans-abris (dormant dans la rue) ; sans logement (abri provisoire, institutions ou foyers d'hébergement); en logement précaire (menacés d'exclusion sévère, d'expulsion, de violences domestiques); en logement inadéquat (caravanes, logement indigne, surpeuplement sévère).
- 3) **Indicateurs administratifs :**
  - Aide au logement :
    1. 96% d'entre eux bénéficient de l'ASH (versée par le département).
    2. 56% d'entre eux sont bénéficiaires de l'aide légale-Compte d'état- Département (DDSCS) lorsqu'aucune attache suffisante à un département n'a pu être établie.
  - Lieu de naissance : Plus de 75% d'entre eux sont nés hors IDF.  
Être ou avoir été accompagné par un travailleur social.
- 4) **Isolement social et familial.**
- 5) **Mesures de sauvegarde :** tutelle et curatelle.
- 6) **Profils :**
  - Prévalence élevée de polyopathologies + addictions + troubles psychiatriques.
  - Dépendance fonctionnelle plus faible (GIR supérieur) mais perte d'autonomie/vulnérabilité mal évaluée par PATHOS.
  - Peu d'accès aux soins de santé primaires et hospitalisations itératives avec séjours prolongés.
  - Augmentation de la mortalité à l'occasion des relogements : décompensations une fois à l'abris.
  - Faible littératie en santé.
  - Difficultés à se repérer dans l'espace-temps.
  - Isolement ou rupture de lien familiaux
- 7) **Age** supérieur à 60 ans.
- 8) **Sexe masculin** prédominant : sex ratio 1/9.

### Définition retenue lors du Comité technique #1 (04 avril 2022)

Les résidents « précaires vieillissants », dont fait l'objet cette étude, sont définis comme ayant connu « un parcours de rue » correspondant aux catégories 1 à 8 de la typologie ETHOS, à savoir avoir été sans abri, sans logement, ou en habitat précaire.

Les autres critères proposés ne sont pas retenus dans la définition. Ils permettront néanmoins le ciblage des résidents d'intérêt.

Figure 4 : Grille ETHOS

| ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.   |   |   |   |
| FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).   |   |   |   |
| La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement ( <i>domaine physique</i> ); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales ( <i>domaine social</i> ); et avoir un titre légal d'occupation ( <i>domaine légal</i> ). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement. |   |   |   |
|   | Catégorie opérationnelle  | Situation de vie  | Définition générique  |
| SANS ABRIS  | 1 Personnes vivant dans la rue  | 1.1 Espace public ou externe  | Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation |
|   | 2 Personnes en hébergement d'urgence  | 2.1 Hébergement d'urgence   | Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix       |
| SANS LOGEMENT   | 3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile                   | 3.1 Foyer d'hébergement d'insertion   | Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte  |
|   |   | 3.2 Logement provisoire   |   |
|   |   | 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement   |   |
| 4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes  | 4.1 Hébergement pour femmes   | Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte |   |
| 5 Personnes en hébergement pour immigrants  | 5.1 Logement provisoire/centres d'accueil   | Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants                      |   |
|   | 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants  |   |   |
| 6 Personnes sortant d'institutions  | 6.1 Institutions pénales  | Pas de logement disponible avant la libération  |   |
|   | 6.2 Institutions médicales (*)  |   |   |
|   | 6.3 Institutions pour enfants / homes   |   |   |
| 7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme   | 7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées | Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)                  |   |
|   | 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri   |   |   |
| LOGEMENT PRÉCAIRE   | 8 Personnes en habitat précaire   | 8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis  | Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement  |
|   |   | 8.2 Sans bail de (sous-)location  |   |
|   |   | 8.3 Occupation illégale d'un terrain  |   |
| 9 Personnes menacées d'expulsion  | 9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)                             | Quand les avis d'expulsion sont opérationnels   |   |
|   | 9.2 Avis de saisie (propriétaire)   |   |   |
| 10 Personnes menacées de violences domestiques  | 10.1 Incidents enregistrés par la police  | Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques  |   |
| LOGEMENT INADÉQUAT  | 11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles          | 11.1 Mobile homes   | Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel   |
|   |   | 11.2 Construction non conventionnelle   |   |
|   |   | 11.3 Habitat provisoire   |   |
|   | 12 Personnes en logement indigne  | 12.1 Logements inhabitables occupés   | Abri, baraquement ou cabane de fortune  |
| 13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère   | 13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée                              | Baraque ou cabane de structure semi permanente  |   |
|   |   |   | Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction            |
|   |   |   | Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables         |

## 4 RESULTATS PHASE 2 : RECENSEMENT : ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DES 709 EHPAD DE LA REGION ÎLE-DE-FRANCE

Sont présentés ci-après la méthode et les résultats du recensement. Cette phase a fait l'objet d'un livrable remis au format PPT en septembre 2022.

### 4.1 Matériel et méthodes

#### 4.1.1 Enquête par questionnaire dématérialisé

- ⇒ Lien de l'enquête en ligne envoyé par les Directions Départementales aux 709 EHPAD d'Île-de-France.
- ⇒ Précédé d'un mail d'information à S-1.
- ⇒ A destination du directeur de l'EHPAD.
- ⇒ Remplissage par médecin/infirmier coordonnateur ou directeur.

#### 4.1.2 Population cible

- ⇒ Répondant à la définition de public précaire vieillissant.
- ⇒ File active au 31/12/2021.

#### 4.1.3 Métrologie

- ⇒ Questions fermées n=28.
- ⇒ Questions ouvertes n=2.
- ⇒ Recueil de données non individualisée : nb de X parmi les résidents répondant à la définition.

#### 4.1.4 Période d'étude

- ⇒ Enquête ouverte du 25 mai 2022 au 15 juillet 2022
- ⇒ 3 relances intermédiaires et une prolongation le 23 juin 2022

#### 4.1.5 Principaux items du questionnaire

- ⇒ **Caractéristiques de l'établissement**
  - Caractéristiques médico-administratives.
  - Nombre de résidents répondant à la définition.
- ⇒ **Parmi ces résidents**
  - Caractéristiques socio-démographiques.
  - Provenance et répartition des adresseurs.
  - Aides sociales.
  - Éléments du parcours d'amont.
  - Prévalence des troubles médicaux et psychologiques.

- ⇒ **Adaptations nécessaires à la prise en charge**
  - Mise en place de modalités spécifiques de prise en charge.
  - Existence d'une filière ou de partenariats.
  - Surcoûts RH et financiers.
- ⇒ **Freins et leviers identifiés (incluant les EHPAD sans résidents précaires)**
  - D'un point de vue individuel
  - D'un point de vue organisationnel
  - D'un point de vue financier
  - En termes d'image

#### 4.1.6 Analyses statistiques réalisées

- ⇒ **Data-management**
  - Identification des doublons dans la base de données de l'enquête.
  - Identification des réponses incomplètes et éventuelles exclusions.
  - Travail sur les numéros FINES.
  - Identification et exclusion de répondants ne faisant pas partie des EHPAD d'IDF.
- ⇒ **Aspects statistiques :**
  - Tests de Khi2, Fisher, t-Student après vérification des conditions de validité.
  - Seuil de significativité de 5% (\*\*).
  - Tendance à un seuil de 20% (\*).
- ⇒ **Analyses au niveau des EHPAD :**
  - Analyse descriptive globale.
  - Analyse descriptive stratifiée sur l'accueil du public précaire vieillissant : oui/non.
  - Analyse descriptive stratifiée sur le nombre de résidents précaires : 5 ou moins, 6 à 20, plus de 20 (par type d'EHPAD).
  - Analyse inférentielle (comparaisons) sur les deux niveaux de stratification.
- ⇒ **Analyses au niveau des résidents :**
  - Analyse descriptive globale.

## 4.2 Résultats

### 4.2.1 Représentativité de l'échantillon

Un taux de réponse de 37%, soit 262 EHPAD ayant répondu sur les 709 identifiés.

**Sur les 262 EHPAD répondants, 43% (n=112) accueillent au moins un résident précaire vieillissant et 57% (n=150) n'en accueillent aucun**

**Les 112 EHPAD accueillant au moins un résident précaire vieillissant accueillent un total de 783 résidents précaires vieillissants.** Ces résidents précaires représentent **8% de l'ensemble des résidents** (entre 0,5 et 100%)

**50% des EHPAD accueillent 3 précaires vieillissants ou moins.**

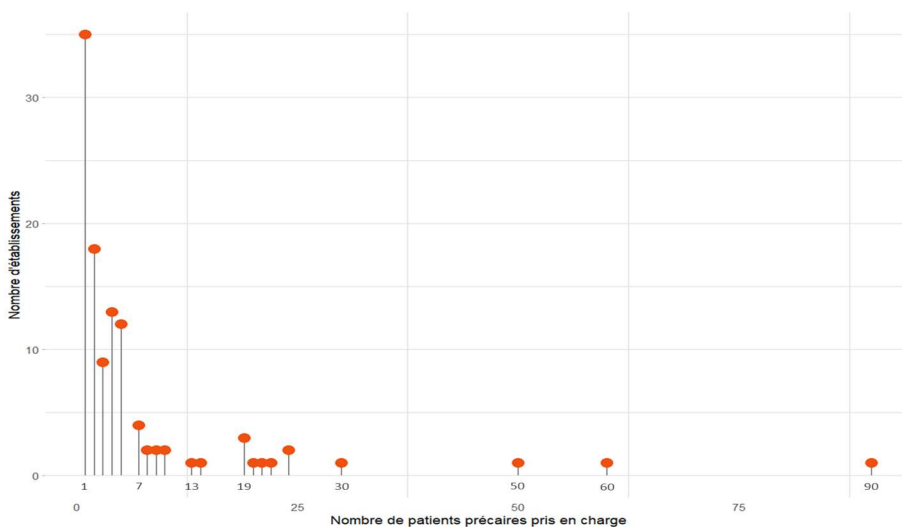
- **77% (n=86) en accueillent jusqu'à 5**

- 14% (n=16) en accueillent entre 6 et 20
- 8% (n=9) en accueillent plus de 20 (maximum 90)

**Tableau 5 : caractéristique des établissements répondants**

|                     | Accueillant (n=112) | Non accueillant (n=150) | p  | 1 à 5 | 6 à 20 | >20 |
|---------------------|---------------------|-------------------------|----|-------|--------|-----|
| Capacité d'accueil  | 101                 | 86                      | NS |       |        |     |
| Taux de remplissage | 95%                 | 90%                     | *  | 91%   | 90%    | 93% |

**Figure 5 : distribution des EHPAD en fonction du nombre de précaires vieillissants accueillis**



**Figure 6 : répartition des EHPAD selon leur statut**

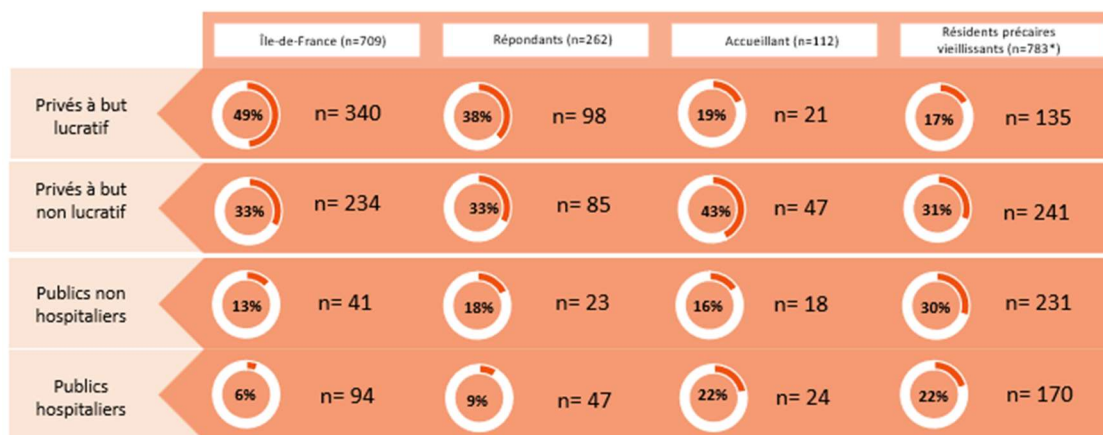


Tableau 6 : comparaison entre les EHPAD accueillants et les non-accueillants

| Caractéristiques des EHPAD                                      | Accueillant (n=112) | Non accueillant (n=150) | p  |
|---|---------------------|-------------------------|----|
| Nombre de résidents   | 91                  | 78                      | *  |
| GIR moyen (GMP médian 735)                                      | 738                 | 733                     | NS |
| PATHOS (PMP médian 223)   | 231                 | 239                     | NS |
| PASA  | 37%                 | 32%                     | NS |
| Habilités à l'aide sociale                                      | 90%                 | 57%                     | ** |
| Bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement  | 38%                 | 16%                     | ** |
| Bénéficiaires de l'aide légale compte d'état département (DDCS) | 3%                  | 1%                      | ** |

- ⇒ Les EHPAD accueillant sont significativement plus pourvus des postes suivants : Gestionnaires des résidents (41% vs 25%) ; Psychiatres (7% vs 0%) ; Ergothérapeutes (23% vs 13%).
- ⇒ Une tendance est observée pour : Médecins prescripteurs (39% vs 28%) ; Educateurs (6% vs 2%) ; Kinésithérapeutes (23% vs 15%).

Figure 7 : répartition géographique des EHPAD répondants

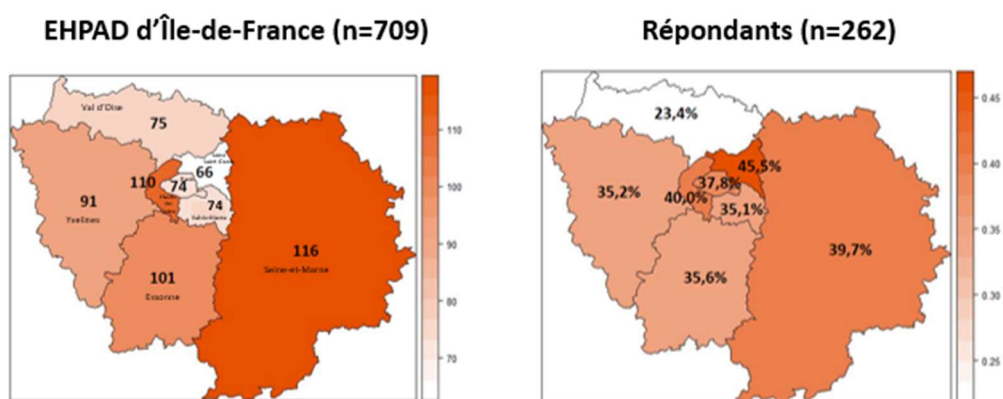
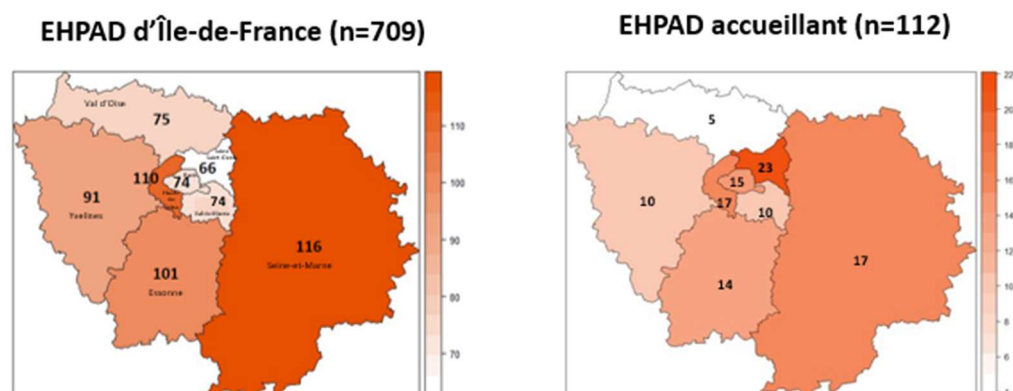


Figure 8 : répartition géographique des EHPAD accueillants

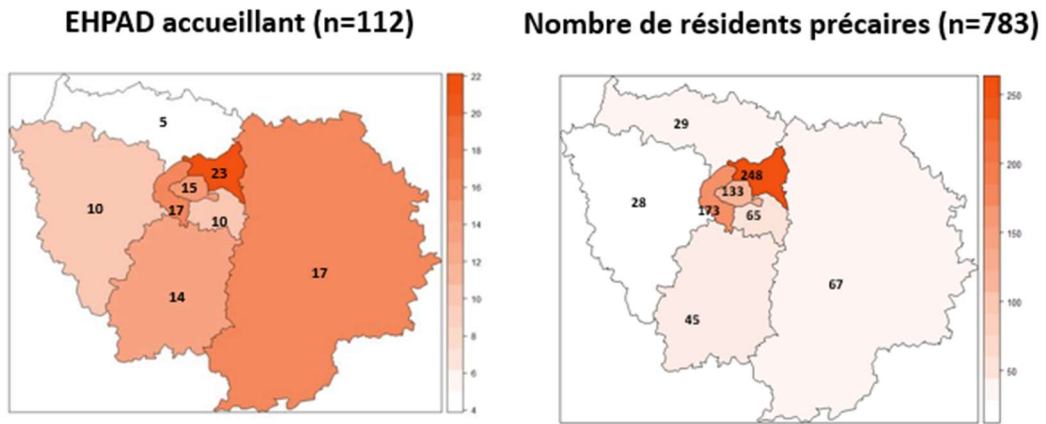


Une répartition géographique hétérogène des EHPAD répondants est remarquée.

L'échantillon des EHPAD « accueillant » est représentatif géographiquement des EHPAD de la région.

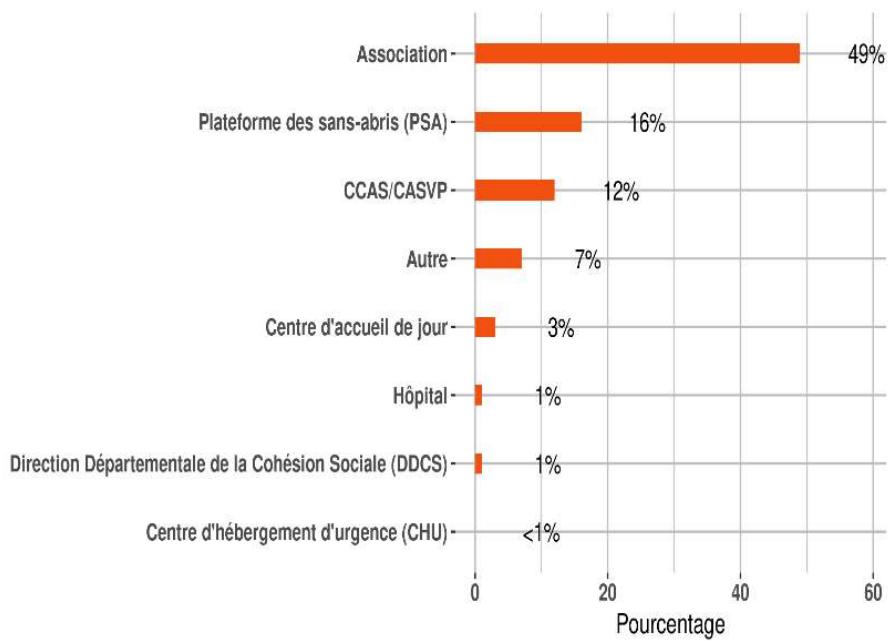
#### 4.2.2 Caractéristiques des résidents précaires vieillissants

Figure 9 : répartition des résidents précaires dans les EHPAD accueillants



#### 4.2.3 Parcours d'amont des résidents précaires

Figure 10 : organisme adressant les résidents précaires vieillissants



**Tableau 7 : dernier lieu d’hébergement des résidents précaires vieillissants**

| Dernier lieu d’hébergement                   |            |
|--|------------|
| Habitat précaire                             | 26%        |
| La rue                                       | 17%        |
| Institutions (pénales, médicales)            | 15%        |
| Centre d’hébergement d’urgence/ CHRS         | 9%         |
| Foyer d’hébergement pour sans-domicile       | 8%         |
| Foyer d’hébergement médicalisé               | 3%         |
| Logement d’accompagnement pour ex-sans abris | 3%         |
| Foyer d’hébergement pour immigrés            | 2%         |
| Foyer d’hébergement pour femmes              | <1%        |
| <b>Autre</b>                                 | <b>29%</b> |

#### 4.2.4 Un profil atypique

⇒ **Profil des résidents précaires vieillissants**

- Moyenne d’âge de 75 ans (min=52 ; max=89)
- 61% d’hommes
- Ancienneté moyenne de 7 ans au sein de l’EHPAD

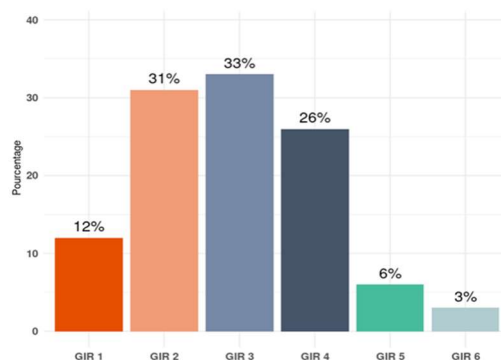
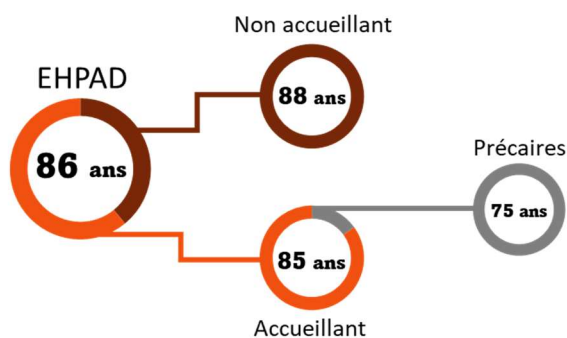
⇒ **Aides sociales**

- 63% Aide sociale départementale à l’hébergement
- 21% Aide légale-Compte d’état (aide sociale d’état à l’hébergement)

⇒ **GIR**

- Sous-représentation des GIR 1 et 2

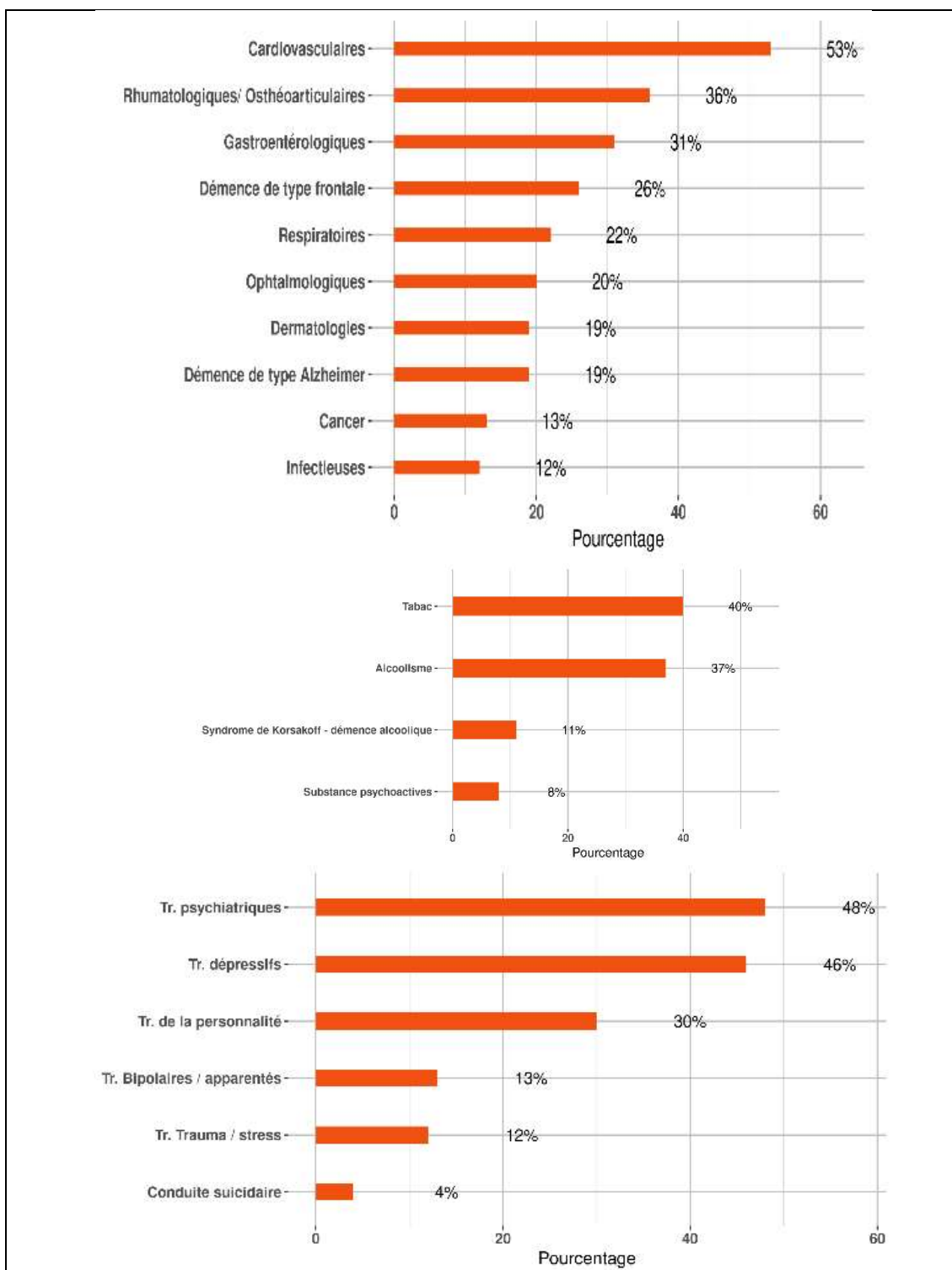
**Figure 11 : Age et GIR des résidents**



| Répartition IdF | 15% | 41% | 20% | 19% | 03% | 02% |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

#### 4.2.5 Un profil médical caractéristique

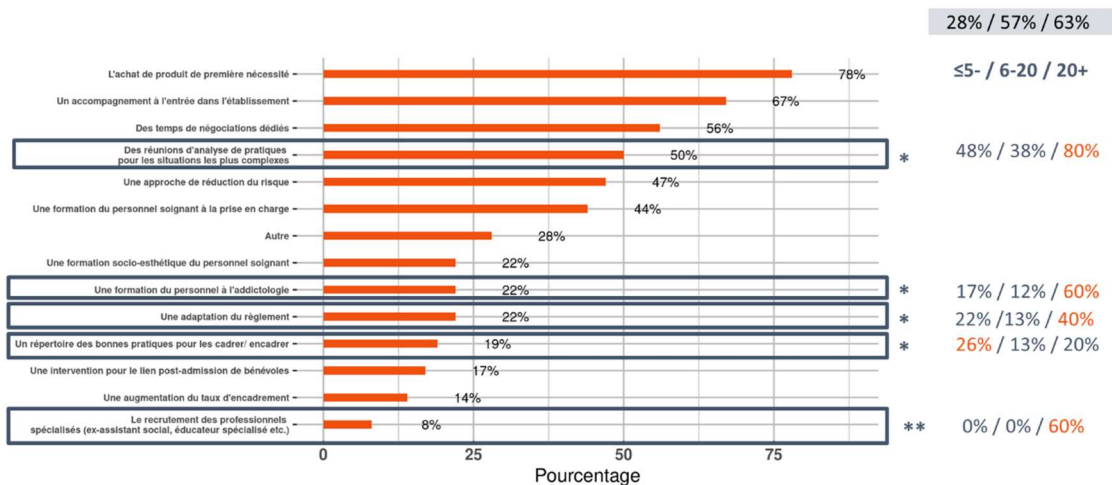
Figure 12 : profils médical des résidents



### 4.3 Spécificités de la prise en charge

34% des EHPAD ont mis en place des pratiques ou des modalités de prise en charge spécifiques.

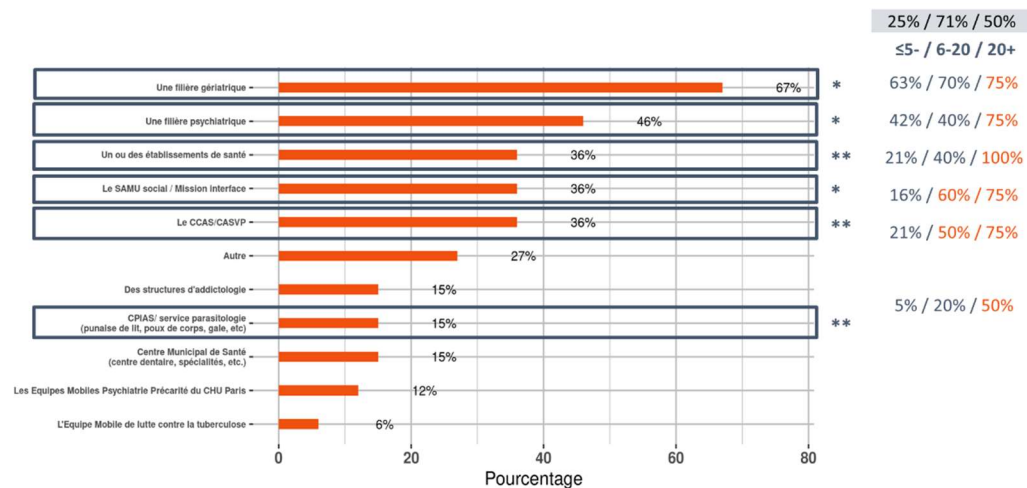
**Figure 13 : pratiques ou modalités de prises en charge mis en place par les EHPAD**



<sup>1</sup>Les pourcentages sont présentés au global puis comparés entre les 3 types d'EHPAD (colonne de droite). Une tendance (\*) ou une différence statistiquement significative (\*\*) est observée pour les items encadrés en bleu.

32% des EHPAD ont mis en place des partenariats avec des structures spécialisées

**Figure 14 : Partenariats avec des structures spécialisées mis en place par les EHPAD**

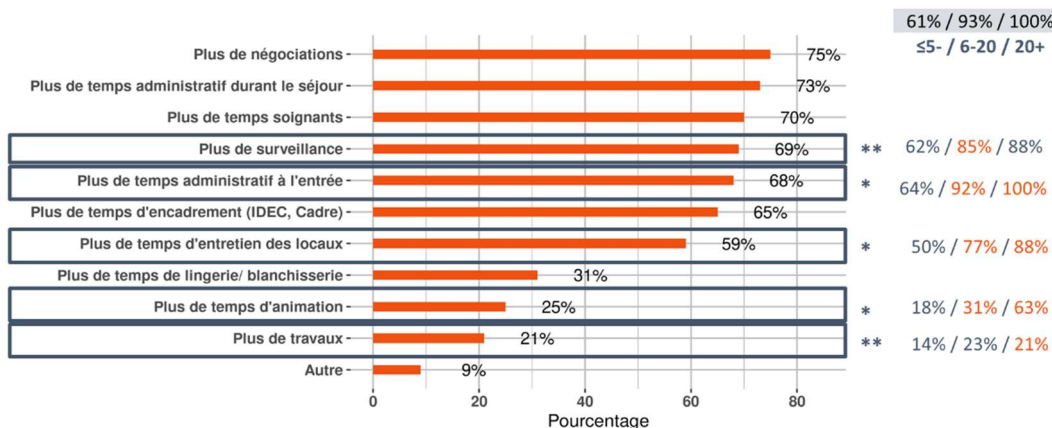


<sup>1</sup>Les pourcentages sont présentés au global puis comparés entre les 3 types d'EHPAD (colonne de droite). Une tendance (\*) ou une différence statistiquement significative (\*\*) est observée pour les items encadrés en bleu.

- ⇒ 68% des EHPAD déclarent nécessaire une mobilisation plus importante de ressources humaines
- ⇒ 37% déclarent avoir constaté un surcoût financier lié à l'accueil des résidents « précaires vieillissants »

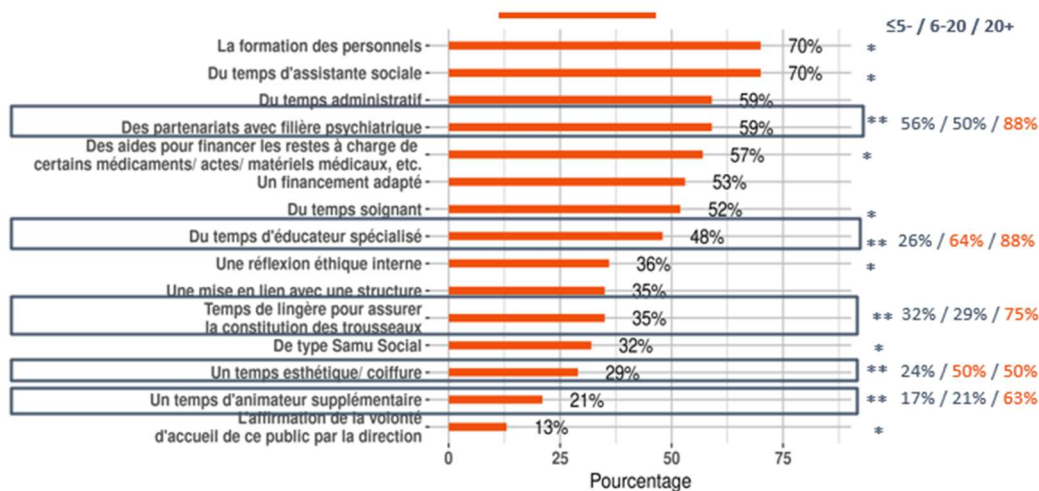
⇒ 19% ont constaté une mobilisation plus importante d'autres ressources

**Figure 15 : Ressources humaines supplémentaires mobilisées par les EHPAD pour les résidents précaires vieillissants**



<sup>1</sup>Les pourcentages sont présentés au global puis comparés entre les 3 types d'EHPAD (colonne de droite). Une tendance (\*) ou une différence statistiquement significative (\*\*) est observée pour les items encadrés en bleu.

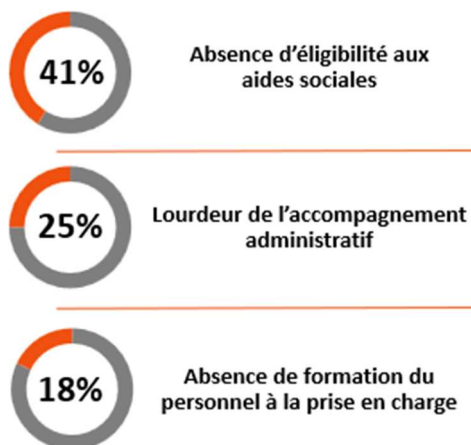
**Figure 16 : Principaux besoins identifiés**



<sup>1</sup>Les pourcentages sont présentés au global puis comparés entre les 3 types d'EHPAD (colonne de droite). Une tendance (\*) ou une différence statistiquement significative (\*\*) est observée pour les items encadrés en bleu.

#### 4.3.1 Motifs de non-accueil de résidents précaires vieillissants identifiés par les 150 EHPAD non accueillants

Figure 17 : Principales raisons de non-accueil de résidents précaires vieillissants

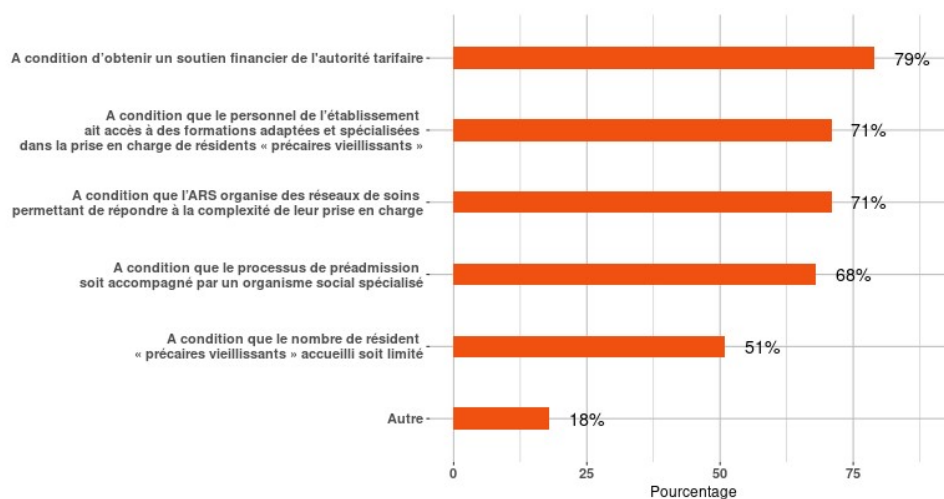


⇒ 48% déclarent d'autres raisons dont :

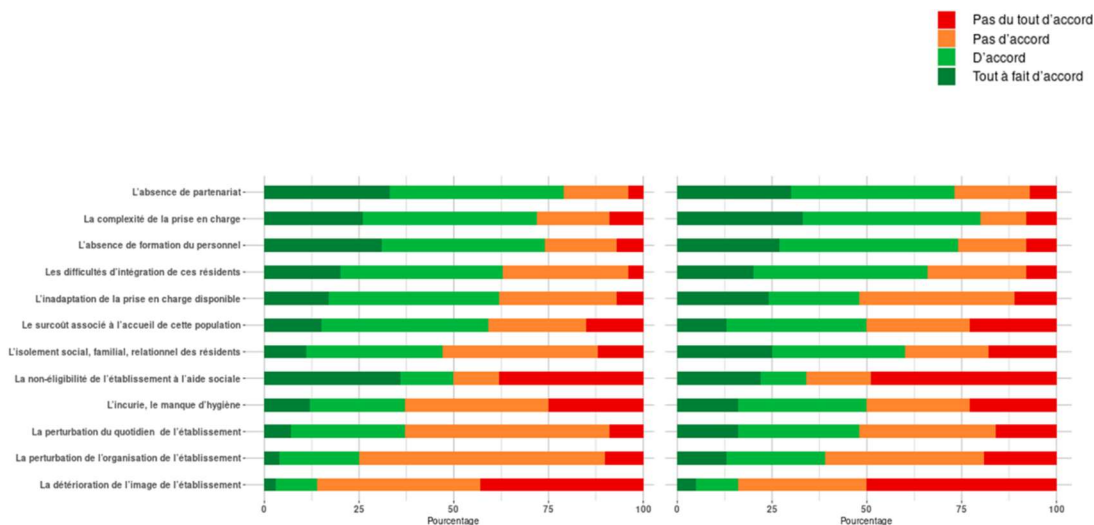
- 11% Il existe des difficultés d'intégration dans l'établissement
- 9% Les syndromes d'incurie sont un obstacle à la prise en charge
- 8% L'isolement social et relationnel pose des problèmes de cohésion
- 8% Prise en charge offerte par l'établissement inadaptée à leurs besoins
- 7% Les ressources humaines nécessaires sont trop importantes
- 6% L'accueil est associé à des perturbations du quotidien de l'établissement
- 4% Le surcoût associé à leur accueil est important
- 2% L'accueil est associé à des perturbations de l'organisation de l'établissement

⇒ Mais 77% des EHPAD non accueillants se déclarent favorables à l'accueil de ce public.

Figure 18 : conditions nécessaires à l'accueil de ce public par les EHPAD non-accueillants



**Figure 19 : identification des freins à l'accueil de résidents précaires dans les EHPAD accueillants vs non-accueillants**



#### 4.4 Principaux éléments issus de la discussion du comité technique#2 (09 septembre 2022)

##### Remarques concernant les réponses à l'enquête :

- Les EHPAD accueillant ont certainement eu une propension plus importante à répondre.
- Les EHPAD accueillant ont un bon taux d'occupation : beaucoup de demandes par les associations d'amont – moins de critères d'exclusion au recrutement – moins de rejet d'admission.
- Les EHPAD publics sont au tarif global ce qui impacte les postes existants et notamment la présence de médecins ou d'ergothérapeutes.

##### Caractéristique du public cible pris en charge :

- Importance des 14% ayant comme dernier lieu de résidence des institutions (pénales, médicales).
- On retrouve les mêmes moyennes d'âge que l'étude réalisée à la ville de Paris. Cette validation externe permet de valider les résultats détaillés obtenus par cette étude.
- Ancienneté dans l'EHPAD = 7 ans, on peut donc estimer une entrée dans l'EHPAD à 68 ans en moyenne.
- Concernant les résidents sans aide sociale (14%) : probable financement par les dons, les obligés alimentaires, des fonds personnels (ex : droit à la retraite).
- Comme attendu, on observe une sous-représentation des GIR 1 et 2 et une sur-représentation des GIR 3 à 6.

##### Profil médical/ addictions

- Les chiffres de tabagisme et d'alcoolisme (notamment pour les EHPAD accueillant beaucoup de précaires et où près de 90% des résidents fumaient à l'admission). Il est probable que les répondants aient fait état de la situation actuelle, et non celle de l'entrée. La prévalence des addictions est donc mécaniquement plus faible qu'à l'entrée mais reflète bien le besoin des EHPAD concernant les différentes pathologies/addictions.

##### Mobilisation des ressources / Spécificité

- Il existe différents types de formations en lien, mais existe-t-il des formations spécifiques sur ces sujets ?

- Au CASH de Nanterre cela fonctionne beaucoup par compagnonnage.
- Un constat : cela coûte très cher de prendre en charge ces résidents (ex le CASH est globalement déficitaire). Le tarif hébergement est insuffisant. L'une des pistes de réflexion serait la recherche de solutions concertées entre l'ARS et le CD.
- INTERFACE demande/souhaite du relais dans les établissements (pour intervenir moins longtemps) pour avoir une file active plus importante. Font aussi de la formation aux équipes médicales dans les structures. INTERFACE financée par des mécènes à 60% (problématique de pérennité des financements et donc de visibilité à moyen terme).
- D'un point de vue collectif, il reste « *moins cher de prendre en charge un précaire en EHPAD qu'en hôpital* » (même si les enveloppes budgétaires et les décideurs sont différents).

#### **Difficultés rencontrées par les EHPAD**

- L'étude confirme qu'il existe des profils d'EHPAD en fonction du nombre de résidents accueillis : le besoin de compétences varie fortement en fonction de l'expérience et du nombre de personnes accueillies.
- Rappel de l'intérêt de l'accueil mixte, incluant les précaires vieillissants, dans les EHPADs, en termes de vie commune.

#### **Besoins et autres commentaires**

- Besoin d'aide des EHPAD accueillant beaucoup de précaires par rapport aux évolutions demandées / Solidarité territoriale (EHPAD ressource territoriale). + Besoin d'accompagnement +++ (violence).
- Rappel du rôle fondamental du médecin coordinateur : doit être d'accord, engagé, formé et soutenu, pour l'accueil de ce public.
- Besoin de recours au soutien psychologique des équipes des EHPAD : elles ont tendance à minimiser et sont confrontées à l'absence de solution de répit (pas de retour en famille possible..., pas de possibilité de sanction de renvoi de l'EHPAD).
- Le sujet de la précarité des proches (en termes notamment de temps de gestion) doit être considéré.

## 5 RESULTATS PHASES 3 ET 4 : IDENTIFICATION DES SPECIFICITES DE PRISE EN CHARGE ET VALORISATION FINANCIERE

### 5.1 Objectifs des phases 3 et 4

Ce chapitre présente les spécificités de la prise en charge des publics précaires identifiées et leur valorisation financière. Cette analyse a été établie à partir des enseignements issus des phases précédentes et du retour d'expérience de professionnels des EHPAD recueilli via des immersions et entretiens auprès d'équipes de professionnels des EHPAD, plus poussés en matière de ressources supplémentaires consommées et de postes de dépenses, en lien avec les modalités de financement des EHPAD (phase 3).

La phase 4 a permis d'établir pour chaque spécificité identifiée, des **propositions de recommandations ainsi qu'une estimation de l'effort financier** lié à leur mise en œuvre. Ces propositions de recommandations/préconisations visent à soutenir le développement d'une offre adaptée et spécifique à l'échelle de la région par notamment le soutien des établissements. Les préconisations ont fait l'objet d'une estimation financière, par type d'EHPAD et au niveau régional (phase 4).

→ La méthodologie et les résultats de ces 2 phases (3 et 4) ont été présentés au groupe de travail de l'étude lors du comité technique du **23 juin 2023**.

### 5.2 Méthodologie mise en œuvre

#### 5.2.1 Entretiens et retour d'expérience des professionnels

Dans le cadre de la phase 3 de l'étude, des entretiens de professionnels de différents types EHPAD d'Ile-de-France ont été réalisés entre novembre 2022 et mars 2023.

Dix-huit EHPAD ont été présélectionnés de manière raisonnée avec l'ARS afin de disposer d'un panel d'établissements « participatifs » et représentant les 3 niveaux d'activité en termes d'accueil de publics précaires (niveaux 1 à 3 liés au nombre de précaires accueillis (<5 ; 6 à 20 ; >20)).

Au total, près d'une quarantaine de professionnels de différentes compétences (Directeurs/encadrements, médecins et psychologue, professionnels de soins et cadres de santé, agents d'accueil/animateur) ont été interrogés généralement en équipe (cf Tableau 10).

Chaque entretien a fait l'objet d'un compte rendu détaillé (Fichier Excel remis à l'ARS) et une analyse de **contenu**, consistant à classer les phrases témoins des acteurs dans les thèmes et sous thèmes puis à identifier les idées-clés de synthèse, a été réalisée afin de constituer une **grille de synthèse des spécificités**.

Au total, ont ainsi été réalisés :

- ⇒ 16 entretiens qualitatifs semi-directifs auprès de 36 professionnels de 16 EHPAD.
- ⇒ 2 immersions (visite sur site et entretiens de groupe) dans l'EHPAD Lumière d'Automne à Saint-Ouen (le 7 décembre 2022) et à l'EHPAD François 1<sup>er</sup> de Villers-Cotterêts (2 visites programmées reportées et transformées en entretiens le 14 décembre 2022 et 10 mars 2023).

A noter qu'aucune difficulté n'a été rencontrée dans la réalisation opérationnelle de la mission (obtention des rendez-vous relativement aisée et volonté de contribution à l'étude).

**Tableau 8 : Entretiens réalisés dans le cadre de la phase 3**

| Type d'EHPAD                                | EHPAD  | Personnes interrogées  | Fonction                                       | Date d'entretien               |
|---|--|--|--|--------------------------------|
| Entretiens EHPAD type 3                     | EHPAD HECTOR BERLIOZ Bobigny (93000)                         | CHIKHAOUI Mohamed  | Directeur                                      | 01/02/2023 à 11h30 (Visio)     |
|   |  | Christine WEBER  | Directeur financier                            |                                |
|   |  | Aline VARACHE  | Directeur régional                             |                                |
|   |  | Pauline MAROLOT  | Assistante du service sociale du groupe        |                                |
|   | EHPAD Constance Mazier, Aubervilliers, 93300                 | LE MAUX Marie  | Directeur                                      | 01/02/2023 à 16h (Visio)       |
|   |  | Ragunthan GNANA-GURUNATHAN   | Directeur financier                            |                                |
| Mme ASE                                     |  | Alternante Direction   |  |                                |
|   | Romain RORISTE   | Cadre de santé (infirmière coordinatrice)                                  |  |                                |
|   | EHPAD du CASH de Nanterre 92000                              | PERRIGAUD Raphaëlle  | Directeur                                      | 10/02/2023 à 14h00 (Téléphone) |
| Entretiens EHPAD type 2                     | EHPAD Alice Prin, Paris, 75014                               | SABOTIER Fabienne  | Directeur                                      | 06/02/2023 à 10h30 (Téléphone) |
|   |  | GUIDAL Beatrice  | Cadre de santé (infirmière coordinatrice)      |                                |
|   | Centre de Gérontologie Clinique, Magnanville, 78200          | DEON Basma   | Directeur                                      | 13/02/2023 à 14h15 (Téléphone) |
|   |  | Mme Labbe  | Directeur adjoint                              |                                |
|   | EHPAD public La seigneurie, PANTIN, 93697,                   | PRONO Edouard  | Directeur                                      | 09/02/2023 à 10h30 (Téléphone) |
|   |  | Camille LUTRINGER  | Directeur des ressources humaines (et qualité) |                                |
|   |  | Eric AIREY (le responsable économique, budgétaire et financier de l'EHPAD) | Directeur financier                            |                                |
|   |  | Mariama DRAME  | Responsable des relations avec les usagers     |                                |
|   |  | Dr. DELAFOSSE  | Médecin généraliste prescripteur               |                                |
|   |  | LECOEUR Violetta   | Cadre de santé (infirmière coordinatrice)      |                                |
|   | CH SAINT DENIS   | Natty TRAN   | Référent des filières personnes âgées          | 03/03/2023 à 14h30 (Téléphone) |
|   | EHPAD DU PERRAY, Epinay-sur-Orge 91360,                      | Mme. GOLOKO  | Directeur adjoint                              | 10/03/2023 à 10h (Visio)       |
| LOURDEL Odile                               |  | Assistante médico-administrative   |  |                                |
| MENACER Said                                |  | Médecin coordinateur   |  |                                |
| EHPAD "Ma Maison" Petites Sœurs des Pauvres | BELLEC Bérandère   | Psychologue principalement   | 17/03/2023 à 14h30 (Téléphone)                 |                                |
|   | SŒUR PATRICIA  |  |  |                                |
|   | Madeleine FAVRE  |  |  |                                |
| Entretiens EHPAD type 1                     | RESIDENCE AMODRU, LA FERTE ALAIS, 91590                      | Isabel TROUILLET   | Responsable public précaire                    | 07/02/2023 à 15h (Téléphone)   |
|   | EHPAD Coallia Résidence La Garenne, La Grande-Paroisse 77130 | MENARD Vincent   | Directeur                                      | 07/02/2023 à 10h30 (Téléphone) |
|   | ACCUEIL SAINT FRANCOIS, Fontenay sous-bois, 94120            | COUDERT Guylaine   | Directeur                                      | 09/02/2023 à 14h (Visio)       |
|   |  | Le directeur Financier   | Directeur financier                            |                                |
|   |  | Et une autre Directrice  | Directeur adjoint                              |                                |
|   | ACPPA PEAN, Paris 75013                                      | Romy LASSERRE  | Directeur                                      | 10/02/2023 à 11h00 (Téléphone) |
|   | EHPAD Sainte Monique, PARIS 75014                            | TOZALGAN Sonia   | Directeur                                      | 10/02/2023 à 16h30 (téléphone) |
| LES VIGNES, VILLENEUVE SAINT GEORGES, 94189 | MORGANTE GIOVANNA  | Directeur adjoint  | 17/02/2023 à 10h00 (Téléphone)                 |                                |
|   | Magalie ANTOINE  | Cadre de santé (infirmière coordinatrice)                                  |  |                                |

Les Jardins MÉDICIS,  
MEZY SUR SEINE 78250

DOUCE Marie Françoise     Directeur

20/02/2023 à  
15h30 (Télé-  
phone)

### Trame d'entretien

Pour d'optimiser les temps d'entretiens et enrichir les échanges, une trame des points et des questions abordés a été transmise préalablement aux entretiens et immersions. Aussi, les entretiens ont été conduits selon la trame suivante :

1. **Grandes spécificités** du parcours des précaires **par étape** : Parcours en amont, en préadmission, à l'admission, dans la prise en charge au quotidien.
  - a. Spécificités ayant conduit à des besoins en termes de personnels mobilisés (typologie, recours sur l'année ou par individu/ETP...), d'équipements, ressources mobilisées pour l'accueil/prise en charge ou nécessaires pour favoriser l'accueil/prise en charge de ce public en EHPAD, matériels et consommables...
  - b. Qualification des spécificités : transversales/générales à l'établissement (partenariats, formation...) / individuelles (liées aux spécificités du résident).
2. **Adaptations et actions de l'EHPAD** pour la prise en charge de ce public spécifique : modifications, partenariats, outils, ressources humaines supplémentaires...
3. **Améliorations et besoins** (dont économiques et financiers) pour valoriser la prise en charge les résidents précaires : Problématiques de la prise en charge des précaires à la lumière des modalités actuelles du budget des EHPAD : types de besoins spécifiques mal ou non couverts par les forfaits soins, dépendance, hébergement, ordres de grandeur des surcoûts...

#### 5.2.2 Grille de synthèse des spécificités

L'analyse transversale des différents entretiens a permis de caractériser les spécificités qui ont été classées en « miroir » du parcours d'un résident dans un EHPAD, de sa préadmission à sa prise en charge au quotidien. D'autres spécificités ont été relevées et impactaient davantage l'organisation et le fonctionnement général de la structure.

La grille de synthèse reprend **chaque spécificité caractérisée par les items** suivants :

- ⇒ Spécificités identifiées (phrase témoin, idée-clés à partir de l'analyse des entretiens).
- ⇒ Domaine concerné par la spécificité : médical, social, sanitaire, éducatif, hébergement.
- ⇒ Etape du parcours : préadmission ; admission ; routine/quotidien de la prise en charge.
- ⇒ Domaine de financement : Soins, Hébergement, Dépendance.
- ⇒ Effecteurs (professionnels concernés).
- ⇒ Propositions de l'EHPAD (ou organisation spécifique mise en place).
- ⇒ Type d'EHPAD concerné (Type1, 2 ou 3).
- ⇒ Quantification de la spécificité (en ETP personnel et en coût) en termes de sur-temps ou de surcoûts engendrés.

La grille (Tableau Excel, fourni à l'ARS) permet une analyse transversale et catégorielle des spécificités.

### 5.2.3 Elaboration des propositions de recommandations en lien avec les spécificités

La grille de synthèse comprend **une partie préconisations / recommandations** établies à partir de l'analyse de chaque spécificité ; les recommandations sont de type organisationnelles (partenariats, formations, plateforme d'outils) ou financières (mobilisation de personnels, forfait). Elles sont présentées par domaine d'intérêt (médical, social, sanitaire, éducation, hébergement), par étape du parcours des résidents, par modalité de financement et par importance (niveau de priorité établi par l'EHPAD).

### 5.2.4 Estimation de l'effort financier de la mise en œuvre de ces recommandations

**Une estimation/valorisation financière** a été faite pour chaque recommandation, pour chaque type d'EHPAD et traduite en budget annuel. Une estimation financière moyenne de la recommandation est proposée en analyse de référence, des estimations hautes et basses pourraient être produites selon les données disponibles. Ces propositions de recommandations (organisationnelles ou financières) relèvent de la mise en place de forfait, de proposition d'ETP supplémentaire, de mutualisation de personnels, de mise en place de partenariats...

NB : Des scénarii peuvent être établis selon l'effort financier de la mise en place des recommandations par domaine de financement (par section tarifaire en soins, hébergement et dépendance), par typologie d'EHPAD, par niveau de priorité et faisabilité de la recommandation. Le fichier Excel transmis permet à l'ARS de disposer des budgets estimatifs par type d'EHPAD, par recommandation...

#### Les hypothèses et paramètres de l'estimation financière sont les suivants :

- ⇒ Salaires bruts chargés des professionnels EHPAD issus de la grille des salaires (publics), fournie (celle-ci peut être modifiées).
- ⇒ Données de la population cible issue de l'enquête de recensement de la Phase 2 (incidente, prévalente, déclinées par type d'EHPAD).

### 5.2.5 Travail de validation des spécificités et des recommandations – Appui sur l'expertise d'« ambassadeurs »

Un travail de validation des spécificités a été réalisé lors des derniers entretiens avec les professionnels des EHPAD et leurs responsables financiers (pour valider les socles de financement correspondants aux spécificités identifiées et pour la « traduction » des spécificités dans le contexte financier des EHPAD). La synthèse des spécificités a été complétée et enrichie à chaque entretien, parfois révisée/ajustée en fonction des besoins exprimés par les professionnels des différents types d'EHPAD.

→ Les professionnels interrogés ont validé l'exhaustivité des spécificités et la fidèle restitution de leurs besoins ainsi que les domaines concernés et les sections tarifaires (socles de financement).

L'ensemble des recommandations en lien avec les spécificités ont également été présentées et discutées avec les « ambassadeurs » de chaque type d'EHPAD. **Le choix des 3 ambassadeurs a été fait sur l'engagement de ces professionnels de terrain, le caractère illustratif de la teneur des entretiens permettant une vision fidèle de la variété des situations.** Ainsi Mme Morgante (EHPAD Type 1, CHI de

Créteil), Mme Le Maux EHPAD Type 2 Constance Mazier) et M. Delarue (EHPAD Type 3, François 1<sup>er</sup>), ont été interrogés en complément entre avril et mai 2023.

→ La grille de synthèse des spécificités ainsi que les recommandations ont été soumises au groupe de travail pour discussion, amendement et validation.

### 5.3 Constats généraux issus des entretiens

Les comptes-rendus des 18 entretiens/immersions ont été transmis à l'ARS. L'analyse transversale des éléments recueillis à travers les entretiens permet de dresser plusieurs constats, issus de l'expérience de terrain :

- ⇒ **Constats au niveau de la structure EHPAD** : professionnels motivés et volontaires, conditions d'exercice difficiles, failles dans l'accompagnement des résidents précaires.
- ⇒ **Constats au niveau de l'accueil du public précaire** : public difficile et complexe du fait de l'isolement social et du manque d'estime de soi, du difficile accès aux droits et du besoin d'accompagnement juridique et administratif, de la présence fréquente d'addictions et de comportements agressifs en cas de non prise en charge des addictions.

#### 5.3.1 Constats globaux sur les EHPAD et sur l'accueil du public précaire

##### *Constats de conditions d'exercice et d'accompagnement difficiles pour les EHPAD*

- ⇒ **Une volonté d'accueillir des précaires** : pour beaucoup (surtout les établissements publics/ESPIC), une véritable mission (« *dans notre ADN* ») mais une vigilance à ne pas « *créer des ghettos* » : un positionnement plutôt « *contre la spécialisation* ».
- ⇒ Des **équipes très motivées** (surtout dans les types 3, où « *les professionnels savent pourquoi ils viennent* »), mais ayant besoin de soutien, parfois « *à bout de souffle* » montrant une grande adaptation et ingéniosité dans la prise en charge de ce public aux besoins spécifiques.
- ⇒ Des **structures dont les besoins diffèrent selon leur statut et leur rattachement éventuel à un établissement de santé** :
  - Les établissements qui accueillent peu de précaires (type1 voire type 2 (seuil bas) s'adaptent au cas par cas, mais généralement sans formation ni bases (« *Quand peu de résidents précaires, globalement peu de problèmes majeurs* »). → Il en ressort des professionnels en demande de formations, de mise en place de réseaux, de mise en place de partenariat local et direct avec des psychiatres, des addictologues et des travailleurs sociaux
  - Des spécificités liées au statut des EHPAD et à leur rattachement éventuel à un établissement de santé : public autonome ou relié à un établissements de santé, privé...
- ⇒ **L'instauration de critères d'admission** (« *filtres* ») établis par l'expérience et spécifiques à chaque établissement : Exemples : Refus si le dossier n'est pas complet (type1), les demandes d'aides sociales doivent être faites à l'entrée (type 2), le gériatre qui vérifie la stabilité psychiatrique avant la décision d'admission (type3).

- A noter que certains EHPAD refusent ce public où se fixent un nombre maximum de précaires à accueillir. Les refus peuvent entraîner les embolisations des LHSS, des CHRS, des FAM... (les difficultés identifiées/anticipées/prévisibles de la prise en charge de ce public constituent un frein à l'admission).
- ⇒ La nécessité de disposer d'un service d'admission performant, renforcé et consommateur de ressources humaines. Mais des ressources en assistante sociale globalement très limitées.
- ⇒ Des conditions d'exercice difficiles du fait de la constante nécessité d'adaptation de l'établissement à ce public et à ses spécificités :
  - Un quotidien de violence/d'agressivité et une nécessité d'assurer la sécurité des professionnels.
  - Un besoin de surveillance et de vigilance accrue sur l'hygiène des précaires.
  - Un besoin d'animations spécifiques pour ces résidents souvent plus jeunes et plus actifs que les autres.
  - L'enjeu partagé par les différentes structures de la gestion des cigarettes « *indispensable pour la paix dans l'établissement* ».
- ⇒ Une définition « restrictive » du public étudié pour certains EHPAD : « D'autres résidents *ont ce type de problématiques et ne rentrent pas dans la définition exacte* », tendant à minimiser le nombre de résidents concernés.

### Constats sur les spécificités d'un profil précaire complexe et non autonome

Les situations de précarité renvoient tout autant à des difficultés d'intégration sociale (ou à des situations de rupture des liens sociaux) et/ou à des difficultés d'insertion dans l'environnement quotidien et l'organisation de vie d'une structure EHPAD.

**Les résidents précaires accueillis dans les EHPAD interrogés ont des profils complexes et difficiles**, mettant en avant des problématiques variées et des parcours de vie complexes. Les entretiens des professionnels font ressortir une corrélation très forte entre précarité et **troubles psychiatriques** et **addictions** (tabac et alcool particulièrement) ; l'aggravation des comportements en termes de crises et d'agressions est soulevé en cas de gestion médicale des **addictions** non assurée. Il ressort également et très fortement un **isolement social** et un besoin d'accompagnement de ces résidents précaires qui manquent d'estime de soi. Enfin, les professionnels rapportent unanimement des **difficultés d'accès aux droits** de ces résidents et un indispensable besoin d'accompagnement sur le plan juridique et administratif.

#### 5.3.2 Difficultés identifiées concernant les EHPAD et concernant l'accueil du public précaire

##### Une situation générale des EHPAD difficile

Les professionnels interrogés ont unanimement reconnu une situation générale difficile dans leur structure, faisant état de **problème de base de recrutement et d'attractivité** imposant une surcharge de travail, un manque persistant de personnels qualifiés renforçant le manque de formation pour l'accompagnement d'un public spécifique, de demande de compétences élargies et de **difficultés financières** en lien avec des

modalités de financement pas toujours adaptées. Pour chaque EHPAD, l'accueil de résidents précaires a un impact important sur les projets individuels et collectifs ainsi que sur les activités de l'établissement.

- ⇒ Problème d'attractivité des postes, des difficultés de recrutement et de disposer du personnel prévu (postes non pourvus) : des salaires inférieurs à ceux proposés dans les établissements hospitaliers.
- ⇒ Des turn overs importants des personnels en partie liés au climat de vigilance constante H24 (type 3) ou encore des « doublements » de personnels (*« interventions à 2 professionnels pour ne pas se retrouver seul dans une chambre »*) (types 2 et 3).
- ⇒ Instruction longue des dossiers sociaux Compte Etat.
- ⇒ Des établissements se déclarant souvent en déficit, en manque de trésorerie, du fait notamment des nombreux indus et des coûts engendrés par l'accueil de ce public et non valorisés à la juste implication.
  - Coupe PATHOS peu actualisée (*« La dernière coupe PATHOS date de 10 ans »*).
  - La notion de « Précarité » n'est pas intégrée aux ordonnances PATHOS ni au GIR (*« GIR 3-4 pas autonomes » ; « problème des GIR2 ayant moins de 60 ans »...*). L'expérience montre que la prise en charge de la précarité engendre un besoin accru de personnel, de RH.
- ⇒ Des temps de gestion des cigarettes très importants, pas toujours quantifiables mais pouvant mobiliser une personne à temps plein (type3).
- ⇒ Un manque de temps et de compétences d'assistante sociale pour gérer les dossiers sociaux de tous les résidents précaires pour l'accès et l'ouverture des droits.
- ⇒ Nécessité pour certains EHPAD de « trier » à l'entrée en fonction de la complétude des dossiers.
- ⇒ Des problèmes de sécurité pour le personnel et les autres résidents.
- ⇒ L'absence de reconnaissance de la spécificité de la prise en charge du public précaire en EHPAD : *« la pénibilité quotidienne, par exemple lors des multiples temps de négociation, n'est pas retranscrite sur le GIR ou le PATHOS », « l'admission d'un patient précaire nécessite bien souvent le renforcement de l'équipe d'hygiène ».*
- ⇒ Dans ce contexte, la prise en charge de résidents précaires peut se faire au détriment de la qualité de la prise en charge d'autres résidents, l'enveloppe étant constante.

### Des difficultés liées à l'isolement social, l'accès aux droits, la dépendance et les addictions

Les difficultés rencontrées avec l'accueil d'un public précaire sont d'ordre administratives et médico-sociales, médicales et sanitaires, en lien avec les grands domaines qui caractérisent la population précaire :

- ⇒ **L'isolement social** caractérisé par le lien avec le tuteur, les liens familiaux et les liens sociaux avec des tiers et faisant apparaître un besoin de référent identifié et facilement accessible pour l'acculturation à la vie en communauté, un besoin d'animation et de vie sociale hors des murs, avec des situations d'incuries et de rupture de soins, marqués par des refus et une résistance aux soins ;
- ⇒ **L'accès aux droits**, qui regroupe l'accompagnement juridique, la mise en place éventuelle d'un accompagnement administratif, l'accès à l'argent ;
- ⇒ **La gestion des addictions, source de conflits et de violence** – aggravées par l'enfermement dans l'EHPAD et la moindre accessibilité à l'argent.

Les professionnels rapportent :

- ⇒ Absence régulière de dossier médical, manque d'historiques, d'antécédents médicaux et sociaux.
- ⇒ Des difficultés variables selon le nombre de résidents précaires accueillis mais également liées à leur personnalité (certains ne posent pas de difficulté particulière).
- ⇒ Des tuteurs défaillants, ne jouant pas toujours bien leur rôle ; engendrant un report de responsabilité vers les professionnels des EHPAD.
- ⇒ Des problèmes de langues des résidents (parfois très nombreuses, besoin de faire appel à des traducteurs).
- ⇒ Des résidents moins dépendants, mais plus sollicitant (valorisation attendue sur ce point).

### *Identification des surcoûts liés à l'accueil du public précaire*

**Les professionnels interrogés s'accordent sur le fait que la prise en charge des résidents précaires génère des surcoûts difficiles à quantifier, mais identifiables.**

La situation de « précarité » des résidents, **phénomène pluridimensionnel** est un facteur considéré comme susceptible d'écarts entre les prises en charge des EHPAD accueillant des résidents précaires.

Les entretiens ont montré qu'il existait probablement un effet seuil pour les EHPAD type 2 (pour rappel, le type 2 accueille entre 6 et 20 précaires par an), accueillant plus de 10-15 résidents précaires (seuil élevé du type 2) dont les problématiques d'accueil se rapprochent de celles des EHPAD de type 3 (pour rappel, le type 3 accueille plus de 20 précaires par an).

L'enquête de terrain a également mis en évidence de moins grandes difficultés dans l'accueil des précaires et des besoins en soins médicaux et en psychiatrie déjà pourvus pour les EHPAD étant adossés à un établissement de santé.

### **Temps des professionnels**

Les **temps de mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD sont plus longs** (« 2 fois plus longs dans certains cas, certains jours ») du fait de difficultés de compréhension et d'acculturation (compréhensions linguistiques ou absence de culture de vie en collectivité, sociétale ou encore de culture médicale). Les cadres de santé, les infirmières et aides-soignantes passeraient de 10 à 20 % de temps en plus en soins et éducation : il peut s'agir de temps de toilette ou d'éducation fondamentale dont un important temps d'explication afin de s'assurer de la bonne compréhension et intégration des indications.

Ainsi, les problèmes de communication liés à la langue, à un faible niveau socio-éducatif ou des comportements agressifs et la non-compliance sont autant de facteurs de surcoûts (car liés à des temps d'explication-éducation, de négociation importants). A la faible compliance, peut s'associer la nécessité de mobiliser plusieurs agents pour un même précaire ; une mobilisation plus importante des personnels pour la maîtrise des personnes « perturbatrices » est souvent observée.

Ce qui est systématiquement mis en avant dans les entretiens est que les résidents précaires se caractérisent par une récurrence des sollicitations de l'ensemble des personnels de l'établissement.

### **Temps social**

Les résidents précaires apparaissent aussi comme des **résidents exigeants en termes d'énergie des personnels** (et en ce sens aussi « coûteux » en termes de conditions de travail), tant ils déstabilisent et poussent aux limites l'efficacité de l'organisation et de ses nécessaires routines.

La précarité sociale des résidents a un **fort impact sur le temps de travail « social »** dévolus aux professionnels de l'EHPAD, qu'ils soient particulièrement affectés à cette tâche (assistantes sociales) ou non (animateurs, cadres, aides-soignants, secrétaires). La non-affiliation des patients suppose un travail administratif d'ouverture de droits et de contacts avec les partenaires médico-sociaux.

Le cloisonnement entre les établissements sanitaires et les institutions sociales et médico-sociales rend prégnantes ces difficultés. Selon les structures rencontrées, le travail « social » lié à l'accueil de résidents précaires représente entre 20 % à 40 % du temps de travail.

### **Surcoûts structurels**

L'accueil des populations en situation de précarité impose *a minima*, une organisation spécifique. Par ailleurs, le recouvrement suppose lui aussi une organisation spécifique : assistantes sociales ou personnels administratifs se consacrent parfois à temps plein aux dossiers d'ouvertures de droits (pour l'accès à la CMU ou à l'AME...) afin de garantir le recouvrement.

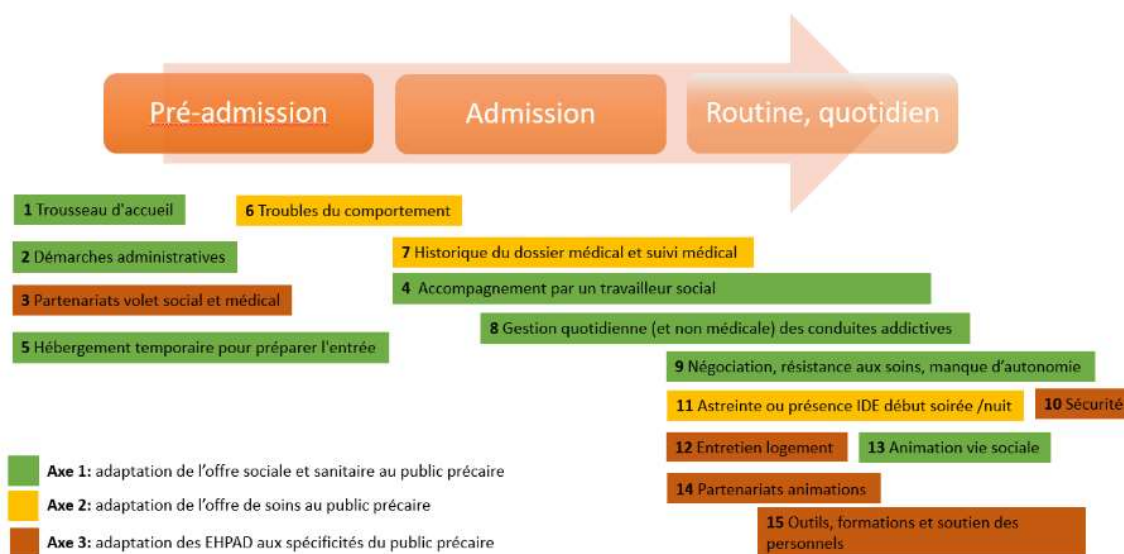
**Comme attendu, les surcoûts liés à la précarité des résidents en EHPAD tiennent davantage de difficultés sociales, que de difficultés strictement médicales liées à une pathologie spécifique.**

## 5.4 Spécificités de prise en charge du public précaire en EHPAD

L'analyse qualitative des parcours des résidents précaires en EHPAD dans leurs multiples aspects a permis d'identifier **15 spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge d'un public précaire** dans les EHPAD.

Ces spécificités ont été classées par **étape du parcours du résident** (préadmission, admission, quotidien) (Cf figure ci-dessous), par **domaine d'intérêt** (médical, social, sanitaire, éducatif, hébergement), et par **domaine de financement** (soins, hébergement, dépendance).

**Figure 20 : Classement des spécificités par étapes du parcours d'un résident et par axe d'adaptation**



Le tableau ci-après (extrait du tableau complet remis à l'ARS), détaille les spécificités par domaine d'intérêt, domaine de financement, étapes du parcours, et précise les types d'EHPAD principalement concernés par la spécificité.

Une majorité de spécificités (11/15 spécificités) concernent les EHPAD de type 2 et type 3 exclusivement, c'est-à-dire EHPAD accueillant plus de 6 résidents précaires par an. Quelques spécificités concernent les 3 types d'EHPAD c'est-à-dire ne sont pas liées à l'importance du nombre de résidents précaires accueillis par l'EHPAD.

**Tableau 9 : Détail des spécificités (extrait du tableau complet (Fichier Excel remis à l'ARS)).**

|    | Titre court de la spécificité                                  | Domaine : médical, social, sanitaire, éducatif, hébergement. | Etape du parcours : pré-admission ; admission ; routine/quotidien de la PEC | Domaine de financement : Soins, Hébergement, Dépendance | EHPAD 1 (1 à 5) | EHPAD 2 (6-20) | EHPAD 3 (au delà de 21) |
|----|--|--|---|---|-----------------|----------------|-------------------------|
| 1  | Trousseau d'accueil  | Sanitaire  | Pré-Admission   | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 2  | Démarches administratives                                      | Social et médico-social                                      | Pré-Admission et admission  | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 3  | Partenariats volet social et médical                           | Social et médico-social                                      | Pré-Admission et admission  | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 4  | Accompagnement par un travailleur social                       | Social et Educatif et Médico-social                          | Pré-Admission et admission et Routine/quotidien                             | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 5  | Hébergement temporaire pour préparer l'entrée                  | Hébergement  | Pré-Admission et admission  | Hébergement   | x               | x              | x                       |
| 6  | Troubles du comportement                                       | Médical  | Pré-admission et Admission  | Soins   | x               | x              | x                       |
| 7  | Historique du dossier médical et suivi                         | Médical  | Admission   | Soins   |                 | x              | x                       |
| 8  | Gestion quotidienne (et non médicale) des conduites addictives | Social et Educatif   | Admission et routine/quotidien  | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 9  | Négociation, résistance aux soins et manque d'autonomie        | Médico-social  | Routine/quotidien   | Dépendance, soins                                       |                 | x              | x                       |
| 10 | Sécurité   | Hébergement  | Routine/quotidien   | Hébergement   | x               | x              | x                       |
| 11 | Astreinte ou présence IDE fin de journée/ nuit                 | Médical  | Routine/quotidien   | Dépendance, soins                                       |                 | x              | x                       |
| 12 | Entretien logement   | Hébergement  | Routine/quotidien   | soins   |                 | x              | x                       |
| 13 | Animation vie sociale  | Educatif   | Routine/quotidien   | Hébergement et soins                                    | x               | x              | x                       |
| 14 | Partenariats animations  | Educatif   | Routine/quotidien   | Hébergement   |                 | x              | x                       |
| 15 | Outils, formations et soutien des personnels                   | Social   | Routine/quotidien   | Soins et Hébergement                                    | x               | x              | x                       |

## 6 PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS ET VALORISATION FINANCIERE

### 6.1 Recommandations proposées

A partir des spécificités de prise en charge du public précaire en EPHAD, des recommandations à l'attention des décideurs en santé, sont proposées et articulées en 3 axes : **adaptation de l'offre sociale et sanitaire** au public précaire, **adaptation de l'offre de soins** au public précaire, **adaptation des EHPAD** aux spécificités du public précaire.

**Tableau 10 : Classement des spécificités par axe**

| <b>Axe 1 : Adaptation de l'offre sociale et sanitaire pour mieux répondre aux besoins de l'accueil du public précaire</b> |   |
|---|---|
| <b>Spécificités 1, 2, 5</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En levant les freins liés à l'ouverture des droits (démarches administratives).</li> <li>- En améliorant l'accompagnement à l'adaptation au lieu de vie (trousseaux d'accueil, hébergement temporaire).</li> </ul>   |
| <b>Spécificités 4, 8, 9</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En s'appuyant sur l'expertise au quotidien d'un travailleur social, notamment pour l'adaptation en collectivité.</li> <li>- En tenant compte du temps d'accompagnement liée à la négociation et à la résistance aux soins et au manque d'autonomie.</li> <li>- En tenant compte du profil addictif du public précaire dans la gestion quotidienne.</li> <li>- En proposant des animations adaptées.</li> </ul> |
| <b>Axe 2 : Adaptation de l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins du public précaire</b>                          |   |
| <b>Spécificités 6, 7, 11</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En rendant obligatoire un bilan médical en préadmission.</li> <li>- En rendant nécessaire la connaissance de l'historique du dossier médical et la mise en œuvre du suivi médical</li> <li>- En rendant possible le recours en fin de journée et la nuit à une IDE (astreinte ou présentiel).</li> </ul>   |
| <b>Axe 3 : Adaptation des EHPAD aux spécificités du public précaire</b>   |   |
| <b>Spécificités 3, 10, 12, 14, 15</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En formant et en proposant des outils aux professionnels.</li> <li>- En mettant en place des partenariats avec les acteurs locaux (sociaux et médicaux)</li> <li>- En assurant la sécurisation et l'entretien de la structure.</li> <li>- En intégrant la question des spécificités des précaires en EHPAD dans les objectifs régionaux.</li> </ul>  |

Deux types de recommandations ont été proposées :

- ⇒ **Des recommandations financières**, estimées essentiellement à partir de la valorisation du temps de mobilisation de différents professionnels de santé (Recrutement personnel temps plein ou partagé entre deux structures (poste mutualisé) à partir du salaire brut chargé annuel (ou mi-temps) de la grille des professionnels travaillant dans les EHPADs.
- ⇒ **Des recommandations organisationnelles**, correspondant à des demandes de partenariats entres structures, à la création d'une plateforme de mise à disposition d'outils ou de formations spécifiques, correspondant à un soutien (non financier) aux EHPAD.

Elles sont présentées dans le tableau 13.

Tableau 11 : Synthèse des spécificités et recommandations correspondantes

| N° | Spécificité  | Type de recommandation        | Propositions de recommandations   |
|----|--|-------------------------------|---|
| 1  | Trousseau d'accueil  | Financière                    | Mise en place d'un Forfait par résident à l'admission (Montant de 75€ proposé).   |
| 2  | Démarches administratives                                      | Financière                    | Mobilisation d'un temps plein travailleur social pour EHPAD de type 3.<br>Et Mutualisation de postes de travailleur social 0,5ETP pour EHPAD type 2.  |
| 3  | Partenariats volets social et médical                          | Organisationnelle             | Partenariats avec les acteurs sociaux (tuteurs, Samu social, autres acteurs sociaux) pour EHPAD 2 et 3 ; Mise à disposition de modèles de partenariat sur une <b>plateforme type Toolbox de mise à disposition d'outils</b> accessible aux professionnels des EHPAD (types 1 2 3).  |
| 4  | Accompagnement par un travailleur social                       | Financière                    | Mutualisation de postes éducateur spécialisé pour les EHPAD types 2 et 3.<br>Temps de mobilisation supplémentaire d'un personnel éducateur spécialisé 0,1 ETP (EHPAD type 3, qui disposent déjà d'un éducateur spécialisé) et temps de mobilisation d'un personnel éducateur spécialisé 0,5 ETP (EHPAD types 2 et 3 sans éducateur spécialisé).                           |
| 5  | Hébergement temporaire pour préparer l'entrée                  | Organisationnelle, financière | Allongement de la durée de l'hébergement temporaire de 30 à 90 jours (renouvelable maximum 3 fois)  |
| 6  | Troubles du comportement                                       | Organisationnelle, financière | Recommandation pour un bilan médical -psychiatrique/neurologique en préadmission (le rendre obligatoire).<br>Recommandation organisationnelle : Partenariats service psy/addictologie/gériatrie pour EHPAD type 2 ou recours EPS ou centres municipaux de santé EHPAD type 1.<br>Recommandation financière : Mutualisation de postes médecin psychiatre pour EHPAD type 3 |
| 7  | Historique du dossier médical et suivi                         | Financière                    | Temps de mobilisation d'un personnel médical 0, 2ETP (et 0,1ETP secrétaire médicale ou 0,4 ETP d'IPA) pour EHPAD type 2 (seuil élevé) et EHPAD type 3.  |
| 8  | Gestion quotidienne (et non médicale) des conduites addictives | Financière                    | Mutualisation de postes personnel animation/service social pour EHPAD types 2 et 3.   |
| 9  | Négociation, résistance aux soins et manque d'autonomie        | Financière                    | Mutualisation de postes de personnel aide-soignant AS/AMP/AES pour EHPAD types 2 et 3.  |
| 10 | Sécurité   | Organisationnelle             | Partenariat en amont avec la police et tribunal et possibilité de recours ponctuel à un dispositif d'agents de sécurité.  |
| 11 | Astreinte ou présence IDE fin de journée/nuît                  | Financière                    | Temps de mobilisation 0,25ETP personnel IDE de nuit (type 1 ou type 2 seuil bas) ou astreinte IDE 0,5ETP (mutualisé ou pas, pour type 2 seuil élevé et type 3)  |
| 12 | Entretien logement   | Organisationnelle             | Partenariats avec la parasitologie (EHPAD types 1 2 3)<br>Recommandation financière (EHPAD types 2 et 3) : forfait entretien (par résident)   |
| 13 | Animation vie sociale  | Financière                    | Recours à un personnel animateur (ou socio-esthétique) : 0,25ETP EHPAD type 3 et 0,20ETP EHPAD type 2 (thérapies non médicamenteuses).  |
| 14 | Partenariats animations  | Financière                    | Mise en place et suivi de partenariats avec des associations culturelles.   |
| 15 | Outils, formations et soutien des personnels                   | Organisationnelle             | Création d'une Plateforme Toolbox de mise à disposition d'outils et de supports de formation (supports pour aide à l'adaptation du fonctionnement et projet d'établissement/protocole organisationnel interne et réflexions éthiques).  |

Ces recommandations à l'attention de l'ARS pourraient se traduire non seulement par une **approche intégrée** dans les politiques publiques existantes de lutte contre la précarité du sujet âgé, mais aussi par une **approche spécifique** de développement de dispositifs en termes de personnels et d'outils appropriés pour répondre aux problématiques spécifiques du public précaire.

Précisions concernant la mise en œuvre de ces décisions :

- ⇒ Les recommandations relatives aux temps de mobilisation de personnels supplémentaires pourraient être mises en œuvre pour les EHPAD ayant recours à plus 60 % d'aides sociales (versus 20% d'aides sociales pour les EHPAD « plus classiques »).
- ⇒ Des possibilités de valorisation de ces spécificités liées à l'accueil du public précaire pourraient être envisagées par la création de postes partagés / mutualisés à développer en fonction des besoins identifiés mais aussi par la création d'un critère précarité dans le scoring GIR et PATHOS
- ⇒ Des prérequis pour tous les EHPAD, quelles que soient leur volumétrie d'accueil de public précaire, permettraient d'assurer des conditions d'accueil facilitées pour un public précaire. Ces prérequis pourraient concerner tant la **connaissance globale de la gestion du public précaire** (comportement des équipes face au précaire, soignants, animateurs, éducateurs, médecins) que la **connaissance spécifique et personnalisée du précaire dès son entrée** dans la structure par l'ensemble des professionnels et tout au long de son séjour. L'accueil doit être centré sur le patient avec un intérêt porté à la personne dans son ensemble, un respect de ses préférences, et une prise de décision partagée et coordonnée entre les équipes et les résidents.

## 6.2 Valorisation financière des recommandations

L'ensemble de ces recommandations justifie d'un renforcement de moyens financiers dont l'essai d'une première valorisation monétaire est précisé dans le tableau ci-après. La méthode de valorisation et les paramètres utilisés ont été présentés dans la partie Méthodologie générale de l'étude.

A noter que ces paramètres du « modèle » (grilles de salaires des différents personnels, nombre de précaires accueillis et typologies des EHPAD (nombre par type)) sont variables et impactent donc directement les montants indiqués. L'ARS pourra faire varier différents paramètres et disposer ainsi des montants financiers correspondants à la mise en œuvre de chaque recommandation.

Tableau 12 : Valorisation des recommandations par spécificité (Extrait du tableau Excel remis à l'ARS).

|    | Titre court de la spécificité                                  | Domaine de financement : Soins, Hébergement, Dépendance | Type de recommandation        | Estimation budgétaire de la recommandation |                     |                     |                     | Estimation budgétaire de la recommandation selon l'EHPAD (par an pour la file active précaire) |          |          | Estimation budgétaire de la recommandation en IdF (par an pour la file active précaire de toutes les EHPAD) |
|----|--|---|-------------------------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|--|----------|----------|---|
|    |  |   |                               | Coût par P. précaire                       | Coût par an EHPAD 1 | Coût par an EHPAD 2 | Coût par an EHPAD 3 | EHPAD 1  | EHPAD 2  | EHPAD 3  |   |
| 1  | Trousseau d'accueil  | Hébergement   | Financière                    | 75 €                                       |                     |                     |                     | 2 239 €  | 1 993 €  | 4 146 €  | 8 379 €   |
| 2  | Démarches administratives                                      | Hébergement   | Financière                    |  |                     | 22 565 €            | 45 130 €            |  | 22 565 € | 45 130 € | 1 692 375 €   |
| 3  | Partenariats volet social et médical                           | Hébergement   | Organisationnelle             |  |                     |                     |                     |  |          |          |   |
| 4  | Accompagnement par un travailleur social                       | Hébergement   | Financière                    |  |                     | 22 565 €            | 22 565 €            |  | 22 565 € | 22 565 € | 564 125 €   |
| 5  | Hébergement temporaire pour préparer l'entrée                  | Hébergement   | Organisationnelle, financière | 5 400 €                                    |                     | 5 400 €             | 48 600 €            | - €  | 5 400 €  | 48 600 € | 54 000 €  |
| 6  | Troubles du comportement                                       | Soins   | Financière, organisationnelle |  |                     |                     | 73 967 €            |  |          | 73 967 € | 665 699 €   |
| 7  | Historique du dossier médical et suivi                         | Soins   | Financière                    |  |                     | 28 679 €            | 28 679 €            |  | 28 679 € | 28 679 € | 716 965 €   |
| 8  | Gestion quotidienne (et non médicale) des conduites addictives | Hébergement   | Financière                    |  |                     | 19 706 €            | 19 706 €            |  | 19 706 € | 19 706 € | 492 638 €   |
| 9  | Négociation, résistance aux soins et manque d'autonomie        | Dépendance, soins                                       | Financière                    |  |                     | 23 911 €            | 23 911 €            |  | 23 911 € | 23 911 € | 597 763 €   |
| 10 | Sécurité   | Hébergement   | Organisationnelle             |  |                     |                     |                     |  |          |          |   |
| 11 | Astreinte ou présence IDE fin de journée/nuît                  | Dépendance, soins                                       | Financière                    |  |                     | 14 770 €            | 29 540 €            |  | 14 770 € | 29 540 € | 502 172 €   |
| 12 | Entretien logement   | Soins   | Organisationnelle             |  |                     |                     |                     |  |          |          |   |
| 13 | Animation vie sociale  | Hébergement et soins                                    | Financière                    |  |                     | 7 882 €             | 9 853 €             |  | 7 882 €  | 9 853 €  | 214 790 €   |
| 14 | Partenariats animations  | Hébergement   | Financière                    |  |                     |                     | 8 500 €             |  |          | 8 500 €  | 76 500 €  |
| 15 | Outils, formations et soutien des personnels                   | Hébergement et soins                                    | Organisationnelle             |  |                     |                     |                     |  |          |          |   |

### 6.3 Éléments de discussion du comité technique du 23 Juin 2023

Les membres du Comité Technique réunis le 23 juin 2023 à l'ARS IdF, ont validé les spécificités et recommandations correspondantes. Des remarques et des précisions ont été formulées et devront être prises en compte par l'ARS pour la mise en œuvre des recommandations :

#### *Remarques concernant la méthodologie*

- ⇒ Le choix d'utiliser l'effectif à la place de la proportion du public précaire au sein de l'EHPAD est basé sur la forte corrélation de ces 2 quantités (notamment pour les types 1 et 3), mais également sur la nécessité « méthodologique » de ne retenir qu'un indicateur pour caractériser le volume de précaires accueilli dans les EHPAD. Il est rappelé l'importance du **taux de précaires au sein de l'EHPAD** dans la gestion au quotidien.
- ⇒ Le **taux d'encadrement** a une incidence sur la qualité de prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit du public précaire. Ce point essentiel est d'ailleurs repris dans les spécificités présentées.

#### *Remarques générales formulées par les participants*

- ⇒ Les disparités territoriales en termes d'inégalités sociales sont prises en compte par ailleurs et concernent l'ensemble des résidents (non seulement les précaires). Néanmoins, une prévalence plus élevée du public

précaire induirait une meilleure dotation... (« *Saint Denis quartier prioritaire de la ville : Moduler les enveloppes financières en fonction des spécificités territoriales. Difficultés liées à l'environnement* »).

- ⇒ Reconnaître l'importance et « utiliser » l'expertise des EHPAD de type 3 et du SAMU Social au bénéfice des EHPAD de plus petite taille (centres ressources).
- ⇒ Forces de l'étude : l'importance du typage des EHPAD, l'analyse par étape du parcours (illustration de la séquence préadmission puis admission, etc.).
- ⇒ Dans ce type d'étude, il existe un risque d'essentialisation du public précaire. Le fait de la méthodologie employée a tendance à gommer les différences.
- ⇒ Les problématiques des prises en charge sont différentes à chaque étape et dépendantes les unes des autres.
- ⇒ Prendre en compte les EHPAD « type 0 », hors du spectre de cette étude mais dont la question des modalités d'accueil des résidents précaires peut se poser.
- ⇒ La complexité de la prise en charge est par définition subjective (SAMU Social vs type I). Cette complexité peut être appréhendée grâce aux formations. De même, il faut former les acteurs de la « Précarité » à la thématique « Vieillesse ».
- ⇒ Il y a/aura des effets secondaires de la mise en place d'actions pour le reste de l'EHPAD (ex : intervention d'une assistante sociale qui peut bénéficier à tous les résidents, soutien/renfort des équipes...) = Externalités positives à prendre en compte également.
- ⇒ Les EHPAD de type 2 et 3 pourraient toutes passer en dotation globale pour obtenir un médecin prescripteur.
- ⇒ L'importance de la recommandation d'hébergement temporaire pour préparer l'entrée : avec l'allongement de la phase HT au-delà de 30 jours pour permettre un accueil réussi. Les modalités de cette structure de transition devront être définies plus précisément compte tenu des limites et de l'inadaptation de l'existant.
- ⇒ A minima, le temps d'acclimatation doit être permis : prévoir une dizaine de visites avant l'admission. Imaginer les processus d'admission progressif. Besoin d'un référent admission.
- ⇒ Une des grandes priorités : disposer d'une assistante sociale (éventuellement mutualisée) qui facilite grandement les admissions et établir des partenariats avec les CCAS.
- ⇒ La mise en œuvre déjà effective de certaines de ces recommandations (structure de transition, assistante sociale partagée, etc.) démontre la pertinence des recommandations élaborées dans le cadre de cette étude.

#### 6.4 Pour donner suite à l'étude / Précisions de l'ARS

La mise en œuvre de ces recommandations, tant financières qu'organisationnelles, nécessitera leur appropriation par l'ARS et la réalisation de démarches spécifiques dans le cadre d'une feuille de route.

Cette mise en œuvre passera notamment par le besoin de recenser (annuellement) le nombre de résidents précaires dans chaque EHPAD (déclaration de l'EHPAD ?), de classer les EHPAD par type ou en fonction de leur nombre de précaires déclarés (classement pouvant varier chaque année). Il s'agira également d'organiser une prestation de gestion de la Toolbox (boîte à outils) (confiée à un EHPAD référent ou à réaliser en interne

à l'ARS ?) (Prévoir le coût de réalisation, maintenance, actualisation). L'outil CPOM pourra être mobilisé. Enfin, une communication sur les évolutions et efforts financiers de l'ARS envers les EHPAD investis dans la prise en charge de ce public pourra être réalisée, notamment pour faire connaître les nouveaux outils, mais également pour valoriser l'action, l'appui de l'ARS aux EHPAD et éventuellement inciter à la prise en charge de ce public par d'autres établissements.

**L'ARS à l'occasion du Comité Technique a identifié plusieurs pistes et axes d'actions pour mettre en œuvre ces recommandations et en particulier :**

- ⇒ Le partage de ces résultats (et des conséquences notamment financières) avec les tarificateurs de la section Hébergement : Les recommandations proposées ne relèvent effectivement pas uniquement d'un financement régional par l'ARS, mais également d'un financement par les Conseils Départementaux : L'allocation de l'effort financier pour la mise en œuvre de ces recommandations est estimée équivalente entre l'ARS et les Conseils Départementaux, pour ce qui concerne la section Hébergement.
- ⇒ Un travail de hiérarchisation, de priorisation des mesures est à effectuer et lié aux contraintes budgétaires et à traduire **en feuille de route**, en concertation avec un groupe technique.
- ⇒ La question de l'articulation des recommandations avec le PMP, le GIR pour revalorisation est en cours d'étude : travail mené par le Dr LE NOC-SOUDANI pour l'intégration de la précarité dans les scorages.
- ⇒ L'organisation d'une formation, via un comité piloté par le Pr MERCUEL : Journée Précarité – Formation : prévue le **5 décembre à HEJP** et étude de la pertinence de créer un Diplôme Universitaire sur la thématique Précarité et Gériatrie.
- ⇒ L'organisation des formations pour les EHPAD de type 1.
- ⇒ S'appuyer sur des EHPAD référents pour un partage d'expertises, proposer des formations. Lien futur avec l'AAP : référent-ressource territoriale / animation expertise diffusion de bonnes pratiques.

En parallèle, l'accompagnement des résidents précaires par la **Mission Interface** qui pourrait être renforcée/redimensionnée, est à envisager (non valorisée dans le cadre de cette étude), pour intervenir sur l'ensemble des EHPAD demandeurs de la région. Enfin, la possibilité de proposer des « innovations dans les dotations, la réglementation » pourrait être encouragée par l'ARS, commanditaire de l'étude.



## 7 ANNEXES

Plusieurs documents complémentaires ont été transmises à l'ARS en parallèle de ce rapport.

- ⇒ 1- Livrable 1 : Résultats de la revue de la littérature pour l'établissement de la définition du public précaire.
- ⇒ 2- Livrable 2 : Résultats de l'enquête de recensement.
- ⇒ 3- Fichier Excel de restitution des entretiens de la phase 3.
- ⇒ 4- Restitution des entretiens en immersion.
- ⇒ 5- Fichier Excel d'analyse des spécificités (« Tableau synthétique Analyses spécificités PostARS VF »).

### ⇒ Rappel des modalités de financement des EHPAD

**Pour rappel, les modalités de financement des EHPAD reposent sur 3 sections : soins, dépendance et hébergement.**

Sur le plan national, pour un hébergement permanent de près de 600 000 personnes âgées ayant besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, les dotations soins (7,9 Md€) et dépendance (3,6 Md€) sont financées respectivement à 100% et 70% par les administrations publiques. Ces dotations sont ajustées en fonction des besoins des résidents de chaque établissement selon un barème national pour la section soins et départemental pour la section dépendance. En revanche, les recettes de la section hébergement (13,6Md€), principalement à la charge des résidents, sont plus hétérogènes d'un établissement à l'autre, conséquence d'un mode de fixation du tarif d'hébergement plus libre, en particulier dans les établissements privés à but lucratifs (Source : Compte de la sécurité sociale, juin 2020).

Le financement des EHPAD est établi sur la base de l'état provisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), c'est-à-dire les perspectives d'activités et les besoins en soins des personnes âgées. Ce financement provient de trois sources :

- **Le forfait soins**, dont les charges sont couvertes par l'Assurance Maladie. Il a vocation à couvrir les dépenses relatives à la prise en charge médicale des résidents ; il est fléché principalement pour les professionnels de santé et les équipements médicaux.

Le forfait soins repose, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS).

Des financements complémentaires alloués par les ARS de façon non pérenne interviennent d'une part pour les autres modalités d'accueil (accueil temporaire d'hébergement notamment), d'autre part pour tenir compte des charges spécifiques et ponctuelles que peuvent supporter les EHPAD (investissements, actions de prévention, expérimentations, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ...).

- **Le forfait dépendance**, fixé par le Conseil Départemental pour une durée d'un an. Il comprend les frais nécessaires à l'assistance pour la vie quotidienne de la personne dépendante. Il augmente avec le niveau de dépendance du résident, évalué par son groupe iso-ressources (GIR) et prend ainsi en compte le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement.

Il est financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents au travers de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Il est fléché principalement pour les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (personnels aide-soignant, psychologues, ergothérapeutes, ...).

- **Le forfait hébergement**, à la charge du résident qui selon sa situation financière peut percevoir des aides publiques comme l'aide sociale à l'hébergement (ASH) lorsque l'établissement dispose de places habilitées. Le tarif hébergement finance cinq types de services obligatoires : l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale. Ce prix peut inclure d'autres prestations qui viennent compléter cette première liste de prestations. Le tarif d'hébergement est fixé par le Département pour les places habilitées à l'aide sociale. Il est librement fixé par les organismes gestionnaires commerciaux, mais son évolution annuelle est encadrée réglementairement.

L'ASH est une aide versée par le département, qui s'adresse aux résidents de plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si la personne est reconnue inapte au travail) résident dans un EHPAD qui dispose de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ne pouvant s'acquitter du montant des frais d'hébergement.

Le Conseil Départemental dispose de pouvoirs de régulation du tarif hébergement qu'il « tarifie ». Différents niveaux d'habilitations sont possibles et s'articulent avec 2 modes de tarification d'hébergement (libre ou administrée).

- Les EHPAD totalement habilités, à 100 % de leur capacité, voient le tarif hébergement de l'ensemble de leurs places administré, c'est-à-dire fixé par le Conseil Départemental, sauf exception convenue dans le cadre d'une « convention d'aide sociale » ;

- Les EHPAD non habilités, pratiquent un tarif hébergement, fixé librement par l'établissement sauf exception ;

- Les EHPAD partiellement habilités, connaissent 2 modalités de tarification en fonction de la proportion de places habilitées :

- Les EHPAD habilités pour plus de 50 % de leur capacité pratiquent des tarifs totalement administrés qui sont applicables à tous les résidents, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'ASH ;

- Les EHPAD habilités pour 50 % ou moins de leur capacité d'accueil disposent d'une liberté tarifaire pour la fraction des résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.