

RAPPORT DE MODELISATION

FONDS DE DOTATION SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

LE MASCARET : Du prendre soin aux soins

Une population atypique et émergente

Les sans-abri vieillissants constituent une population émergente qui est signalée par les opérateurs de terrain depuis le milieu des années 2000. A la croisée du champ de l'exclusion et du champ du vieillissement, elle fait partie de ces populations que l'ONPES qualifie « d'invisibles » : une population mal couverte par la statistique publique, peu visible pour les pouvoirs publics et peu ou mal appréhendée par les politiques sociales. Pourtant, elle est assez nombreuse et avec des problématiques spécifiques pour interpeller et questionner les professionnels de terrain tant du champ du vieillissement que de celui de la lutte contre l'exclusion : **« Il y a quelques années on ne parlait pas de personnes sans abri vieillissantes. Aujourd'hui avec tous les dispositifs d'urgence et de mise en contact avec des médecins, on se retrouve avec des sans abri de plus de 60 ans. Il s'agit d'une population émergente, vieille, malade, handicapée, alcoolique, avec des troubles psychiatriques, qui ne rentre dans aucune case. »**¹

Des caractéristiques particulières : Mortalité prématurée et vieillissement précoce

Le collectif « Les Morts de la rue » ne cesse de dénoncer depuis 2002, « la mort prématurée » des personnes « SDF ». Entre 2008 et 2010, une étude a été menée par l'ONPES sur la mortalité des personnes sans domicile fixe. Elle permet de mettre en relief quelques caractéristiques de la mortalité chez les personnes sans domicile :²

¹ Propos recueillis par les étudiants de l'EHESP à l'occasion du module interprofessionnel de santé publique 2014, sur le thème « quel hébergement pour les sans abri vieillissantes ? »

² Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2013, La lettre n°3 septembre 2013, « la mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010, 9 pages visité le 13 décembre 2015

⇒ La moyenne d'âge au décès des personnes sans domicile est de 49 ans, contre 77 ans au sein de la population générale en France, soit un écart de 28 ans entre ces deux populations.

⇒ L'âge du décès : environ 90 % des décès surviennent avant 65 ans au sein de la population sans domicile, contre 25 % dans la population générale.

« *Le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable.* »³ **Parallèlement, on observe un vieillissement précoce de cette population.** Alors que l'OMS définit une personne âgée à partir de 60 ans et que la réglementation française retient cet âge pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées, le rapport sur la santé des sans chez soi vient bousculer certaines représentations et la classification par âge : « *Si nous choisissons le vocable « vieillissante » et non « âgée », c'est qu'il existe à la rue des personnes trop jeunes pour relever de cette définition réglementaire mais dont l'état physiologique les ramène dans cette catégorie.* »⁴

En effet une personne ayant vécu à la rue paraît toujours plus vieille que son âge biologique. Les conditions de vie dans la rue, l'exposition au froid, aux intempéries, le manque de confort, la surconsommation de produits psychoactifs, l'alimentation anarchique conduisent à ce que l'on nomme un vieillissement prématuré. Pour J.C. Henrard ce vieillissement précoce a des répercussions sur l'état de santé des personnes, qui présentent des maladies ou atteintes fonctionnelles de personnes bien plus âgées « *Le vieillissement précoce ou prématuré d'une personne évoque que l'état de santé de cette personne ne correspond pas à l'état de santé habituel des personnes de son âge mais à celui de personnes plus âgées.* »⁵

³ La santé des personnes sans chez soi, Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009 p 7

⁴ La santé des personnes sans chez soi, Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009 p 36

⁵ HENRARD Jean Claude, vieillissement et âge- âge de la représentation de la vieillesse, actualité et dossier en santé publique n°21 décembre 1997, p 6

En 2012, notre association, ouvre un lieu pilote : LE MASCARET. **L'ouverture de ce lieu fait suite aux constats de l'étude, *Accès et continuité de soins pour les personnes sans abri à Marseille*⁶ menée par le Dr Chantal Mannoni commandée par l'Agence Régionale de la Santé et la ville de Marseille : Le constat est sans appel **770 personnes sans domicile de plus de 60 ans**⁷ sont identifiées sur le territoire marseillais.**

Une population qui peine à trouver une place en CHRS ou en EHPAD

Les CHRS ont comme visée une réinsertion sociale et/ou professionnelle. « *La réinsertion suppose [...] l'idée d'un retour du sujet au sein de la normalité sociale et économique* ». ⁸

Dans le contexte économique actuel, il s'avère difficile d'imaginer que les personnes âgées sans abri puissent bénéficier de ces dispositifs-là. On ne peut ignorer la difficulté des séniors socialement insérés à retrouver un emploi, alors quand s'ajoute l'absence de toit, le problème paraît insoluble. C'est ce que souligne Patrick Declerck : « *Dans le contexte de chômage massif que connaît la France depuis plusieurs années [...], il est évident que les chances réelles de trouver un emploi décentement rémunéré et à durée indéterminée, pour un individu peu ou pas formé et/ou stigmatisé par l'âge et l'exclusion sociale, restent extrêmement minces* ». ⁹

L'observatoire de Pôle Emploi montre ¹⁰ « *qu'à partir de 55 ans, la sortie du chômage se fait le plus souvent vers l'inactivité* ». En effet, les personnes de plus de 55 ans sans travail sont exemptées de recherche d'emploi par Pôle Emploi.

Les EHPAD peuvent accueillir les personnes, à partir de 50 ans, sur dérogation. Or, bien souvent ces établissements hésitent voire refusent d'accueillir ce public marqué par les stigmates de la rue et plutôt « jeune » par rapport à la population accueillie dans les EHPAD.

⁶ *Accès et continuité de soins pour les personnes sans abri à Marseille* Mission d'étude menée pour la ville de Marseille et l'Agence Régionale pour la Santé de Provence-Alpes-Côte-D'azur Chantal Mannoni, consultante en santé publique et médecine sociale En collaboration avec Christian Harzo, sociologue, et David Chevallier - Observatoire Social de Lyon.

⁷ Soit près de 12% de l'effectif

⁸ Declerck, P. *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Plon, Coll. Terre humaine, 2001 p 320

⁹ Declerck, P. *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Plon, Coll. Terre humaine, 2001 p 323

¹⁰ http://www.senioractu.com/Chomeurs-seniors-une-grande-etude-de-l-Anpe-dresse-leur-profil_a5655.html consulté le 3 juin 2016.

En effet, il est à noter, que l'âge moyen d'entrée en EHPAD¹¹ en France est de 85,06 ans et que l'âge moyen d'entrée en EHPAD, dans les Bouches-du-Rhône est de 84 ans.¹²

Inversement, les maisons de retraite sont très rarement acceptées par des hommes et des femmes qui s'estiment encore jeunes. Ils seraient entourés par une population exclusivement féminine, plus âgée, des nonagénaires, générations de leurs parents. À la question de l'âge s'ajoutent les problématiques liées à la dépendance et à la perte d'autonomie. Dans ces conditions, comment faire connaissance, créer des liens, partager le quotidien ?

Les EHPAD hésitent à accueillir les personnes sans toit, et les personnes sans abri ne s'imaginent pas vivre dans ces lieux. Ainsi pour ces personnes peu de solutions existent, « *Le pire, me disait une assistante sociale, c'est les cinquante-soixante ans. Comme dans le monde du travail cette tranche d'âge embarrasse les institutions : les cinquante-soixante ans, sont trop jeunes pour la maison de retraite, trop vieux pour certains foyers. [...]* »¹³

Répondre à des besoins spécifiques en santé

Les besoins spécifiques de santé

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) ; « *la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹⁴

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental que le préambule de la constitution de 1946 met en exergue « *garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* »¹⁵ quel que soit son statut socio-économique. Pourtant, si la France reconnaît le droit à la santé comme un droit fondamental, force est de constater qu'il existe de nombreux freins pour y accéder. Les personnes accueillies souffrent de différentes pathologies ou maladies chroniques. Les conditions de vie dans la rue n'ont pas permis un suivi médical régulier.

¹¹ Selon la DREES en 2014.

¹² Schéma départemental en faveur des Personnes âgées 2009-2013. Conseil général des Bouches du Rhône Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, p 56

¹³ QUESEMAND ZUCCA, S. *Je vous salue ma rue, Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, Coll. un ordre d'idées, 2007 p. 60

¹⁴ Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé, New York ; 19-22 juin 1946.

¹⁵ Nations unies déclaration universelle de droit de l'homme art.2.1946

Les personnes se soignent au coup par coup et essentiellement quand leur pathologie les empêche de vaquer à leur occupation quotidienne. Ainsi, certaines pathologies quand elles n'entravent pas leur rythme de vie sont laissées en l'état. Aujourd'hui, **de nombreuses études comme le** rapport sur la santé des personnes sans chez soi¹⁶ et l'enquête TREPSAM¹⁷ **soulignent clairement les liens de causalité entre le logement et la santé.**

Le besoin d'être rassuré et soutenu dans les démarches de soins

Les personnes demandent souvent à être accompagnées lors des consultations. Si le premier motif avancé est la difficulté de se rendre aux consultations médicales en transport en commun très rapidement, nous nous rendons compte que d'autres inquiétudes émergent : l'incompréhension du discours médical, doublée par la peur de ne pas entendre et/ou de ne pas oser faire répéter. En filigrane, apparaît aussi, la crainte de l'annonce « *d'une mauvaise nouvelle* ». La présence d'une personne connue contient et rassure.

Quand elles ne sont pas accompagnées, les personnes accueillies ne prennent pas leur rendez-vous médicaux. Elles se retrouvent face à des standards téléphoniques vocaux leur demandant de taper un plus deux puis... Elles n'arrivent pas à utiliser ces nouveaux outils et de ce fait, elles ne prennent pas le rendez-vous nécessaire.

Quand le rendez-vous est pris, le plus souvent elles l'oublient car elles ne disposent pas d'agendas et qu'elles ont parfois des repères spatio-temporels incertains. Enfin, il leur est parfois difficile d'attendre. Ainsi, les rendez-vous doivent être pris plusieurs fois pour être réalisés, ce qui génère de la part des professionnels de santé de l'agacement et parfois un refus de prestation pour ces « patients impatientes ».

Des besoins de santé ordinaires et des besoins de santé spécifiques

Les personnes accueillies ont des besoins « ordinaires » de santé et doivent bénéficier d'un suivi régulier dans certains domaines comme les soins dentaires, la vaccination, un suivi ophtalmologique... Ces besoins de santé élémentaires s'accompagnent souvent d'une approche spécifique en raison du parcours d'errance de ces personnes et de leur âge. L'âge favorise, l'apparition de certains troubles (hypertension artérielle, trouble de l'audition...) ou

¹⁶ Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, Vincent Girard, Pascale Estecadandy et Pierre chavin, Novembre 2009.

¹⁷ Rapport de recherche projet Trajectoire de Soins des personnes sans abri à Marseille-mai 2015, C. Farnarier, M. Fano, C. Magnani, Y. Jaffré.

de maladies plus graves comme les cancers. En France, dans le cadre de la politique de prévention de santé des séniors, certains dépistages sont proposés gratuitement.

Les hébergés ont des besoins « spécifiques » de santé en lien direct avec leur passé dans la rue, anémie, malnutrition, consommation excessive de produits psychoactifs, maladie chronique non soignée...

L'état de vulnérabilité des personnes accueillies, leurs pathologies et leur passé dans la rue ont des conséquences importantes en matière de santé : complexification de l'accompagnement individuel, diagnostic médical, suivi de santé et hospitalisations difficiles.

Accès aux droits et accès aux soins

Les personnes accueillies connaissent mal le fonctionnement de notre système de soins et ne maîtrisent pas les démarches de l'accès aux soins. Comme le souligne Aline Archambaud dans son rapport au premier ministre l'accès aux droits se heurte en premier lieu à un énorme problème d'information et de compréhension. La plupart des démarches font intervenir à un moment ou à un autre des documents individuels (identité, filiation, naissance etc...) qui constituent autant de sources de difficultés et de blocages parfois insurmontables. Des documents qui ont été parfois perdus ou oubliés ; Les demander à nouveau nécessite de nombreuses démarches qui s'avèrent le plus souvent complexes et longues. *« L'idée du « parcours du combattant » est dans tous les esprits pour décrire les contacts avec l'administration ou les organismes d'assurance maladie en vue d'obtenir une prestation. »*¹⁸

Au-delà de l'accès aux droits, c'est parfois l'accès aux soins eux-mêmes qui pose problème pour un ensemble de facteurs touchant aux comportements individuels : du refus de soins opposé directement ou insidieusement par certains professionnels de santé au renoncement aux soins des intéressés eux-mêmes pour des raisons très variées, financières mais pas uniquement et parfois très en amont de la démarche d'accès aux droits. Un refus de soins¹⁹ peut se définir comme le comportement d'un professionnel de santé qui empêche, directement ou indirectement, un patient de bénéficier d'actes de soins ou de prévention.

¹⁸ L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport au premier ministre Aline ARCHAMBAUD p 9, septembre 2013

¹⁹ « Les refus de soins sont une réalité établie depuis une dizaine d'années par de nombreuses enquêtes utilisant notamment le procédé du « testing ». Ils frappent plus particulièrement les populations fragiles et précaires bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME »

« Plus généralement, force est de constater qu'accès aux droits, accès aux soins et accès à la santé sont étroitement imbriqués ». ²⁰

« Les personnes précaires sont ainsi victimes d'une « **triple pleine** » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins. » ²¹ Les personnes accueillies au Mascaret de par leurs histoires et leurs conditions de vie ont une santé plus dégradée que l'ensemble de la population au même âge. Elles ont des besoins de soins spécifiques doublés d'un besoin d'accompagnement physique qui va permettre l'accès et l'inscription dans une démarche de soins et de prévention.

Aujourd'hui, une réponse essentiellement sociale à une problématique polymorphe

Quelques structures en France accompagnent le même type de population qu'au Mascaret. Ces structures sont essentiellement pensées autour du prisme social alors que la problématique des personnes accompagnées est multifactorielle et s'inscrit dans au moins trois dimensions : le social, le soin, et l'axe psychologique. Aujourd'hui la réponse proposée est une réponse exclusivement sociale à une problématique médico-sociale, voire médico-psycho-sociale, comme le précise Jérôme COLRAT directeur de l'association Alynea qui pilote l'accueil Carteret ²² : « [...] nous sommes financés pour une prise en charge uniquement sociale. Comme si on pouvait saucissonner une personne ! Le projet doit être médico-psycho-social. Et pour ça, nous devons faire évoluer nos modes de prise en charge. » ²³ Comme nous l'avons montré, la population accueillie au Mascaret est une population âgée, exclue dont la situation sanitaire est précaire. Comme le précise le rapport de l'ONPES : « **le constat de l'émergence d'un public âgé dans les structures associatives œuvrant dans le champ de la pauvreté nous semble présenter les traits d'une nouvelle forme de « la question SDF »**, pour reprendre l'expression de Julien Damon. » ²⁴

²⁰ L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport au premier ministre Aline ARCHAMBAUD p 9, septembre 2013

²¹ L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport au premier ministre Aline ARCHAMBAUD, septembre 2013.

²² CHRS de stabilisation à Lyon ayant les mêmes caractéristiques que le Mascaret.

²³ Lien social, numéro 1044, 5 Janvier 2012. Carteret doit devenir une structure médico-psycho-sociale

²⁴ Etude pour l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans domicile. p 13

Vers une modélisation : La réponse apportée par HAS

Elle s'inspire de l'exemple présenté dans le rapport de Aline ARCHAMBAUD « *exemple d'intervention innovante et de nouveau métier « Les coursiers sanitaire et social »*²⁵ Le profil retenu est celui d'un Aide Médico Psychologique. L'idée retenue a été l'embauche d'un coursier/médiateur de formation AMP en renfort de l'équipe autour de missions spécifiques d'accompagnement à la santé et aux soins.

Ses connaissances et ses compétences dans le champ médical permettent d'avoir une fonction **traductrice** des données médicales auprès des personnes hébergées qui sont en demande d'informations mais aussi une légitimité auprès des professionnels soignants. C'est un **gage de qualité pour les partenaires santé extérieurs**. Le développement du réseau est facilité de par sa qualification, et il/elle est devenu l'interlocuteur privilégié du cabinet d'infirmiers libéraux qui poursuivent leurs interventions (soins techniques et prises des traitements).

Ses missions :

- ✓ De promouvoir toutes les dimensions de la santé : prévention, suivi somatique ou thérapeutique, organisation et planification des soins ou rendez-vous médicaux.
- ✓ D'effectuer les accompagnements physiques aux soins. Nous le savons ils ont un double avantage : ils rassurent et soutiennent les personnes dans leurs démarches de soins et ainsi permettent une inscription dans les soins : « *Tout ce qui va développer l'accompagnement et le lien va permettre une inscription de la personne dans une temporalité autre que celle de l'urgence et l'inscription dans une stratégie de soin. On pourra ainsi mettre en place un suivi du soin, des démarches de prévention et réduire les recours itératifs aux urgences.* »²⁶
- ✓ De développer des actions autour de la nutrition et des repas, mais aussi sur l'hygiène et le prendre soin.

²⁵ L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité, Rapport au premier ministre Aline ARCHAMBAUD p 67, septembre 2013

²⁶ Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, Vincent Girard, Pascale Estecadandy et Pierre chavin, Novembre 2009.

- ✓ De faire vivre le partenariat avec l'EHPAD Saint Barthélemy²⁷, en créant des passerelles entre les deux institutions.

Ce poste permet la garantie d'accès à un parcours de soins cohérent et continu avec comme finalité la protection de l'autonomie, la prévention des incapacités fonctionnelles et l'amélioration de la qualité de vie. Il constituerait une amélioration de l'offre de service et une **meilleure réponse aux besoins des personnes accueillies.**

.....

²⁷ Une convention de partenariat a été signée en Décembre 2014