

# Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad

## Support for elderly people from the street: the contributions of an educator specializing in nursing homes

Patrick DELARUE<sup>1</sup>, Latifa JOLLY<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

Devant l'explosion annoncée de la démographie des personnes vieillissantes issues de la rue et orientées en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), comment ces institutions, conçues pour les personnes très âgées et polypathologiques peuvent-elles s'adapter et accepter ces nouveaux profils ?

L'Ehpad François I<sup>er</sup>, situé à Villers-Cotterêts (02) accueille historiquement une majorité de ces personnalités, essentiellement des hommes encore jeunes, addicts et isolés, tout en accompagnant des personnes plus habituelles des maisons de retraite. C'est le cadre idéal pour tester la mise en place d'un éducateur spécialisé en Ehpad et en tirer de nouveaux enseignements utiles. L'étude menée sur le terrain, d'une durée de neuf mois, a défini les différentes fonctions et missions, mais également les apports espérés et inattendus d'une telle collaboration pour le bien-vivre, mais aussi pour l'amélioration du soin et du suivi médical ou psychologique.

**Mots clés :** Ehpad – Rue – Précaire – Éducateur – Adaptation – Addiction

<sup>1</sup> Ehpad François I<sup>er</sup>, Villers-Cotterêts, France.

Article reçu le 26/11/2022 et accepté le 28/12/2022

Rev Geriatr 2023 Janvier ; 48 (1).

### ABSTRACT

Nursing homes are faced with the colossal and expected growth of the demographics of aging person in a precarious situation who will arrive for admission. As these organisations are designed for older people with multiple pathologies, how can they be adapted to work with this new cohort of people?

For two hundred years, The François I<sup>er</sup> institution, located in Villers-Cotterêts (02) (France, Aisne) has historically welcomed a majority of these individuals who are mainly young men experiencing addiction and isolated issues, while it had also welcomed older people who are traditionally accommodated in nursing homes. Thus, this organisation is the perfect ideal place to test the benefits of a specialised social worker and to learn new useful lessons from this.

The study carried out in the field for nine months defined the different functions and missions, but also the expected and unexpected contributions of such collaboration for well-being, but also for the improvement of care and medical or psychological follow-up.

Rev Geriatr 2023 ; 48 (1) : 7-22.

**Keywords:** Nursing home – Street – Person in precarious situation – Specialised social agent – Adaptation – Addiction

Auteur correspondant : Patrick Delarue, directeur de l'Ehpad François I<sup>er</sup> pilote de l'étude « Les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad », 6 rue de la Pléiade, 02600 Villers-Cotterêts, France.  
Courriel : patrick.delarue@paris.fr

Dans sa recommandation des bonnes pratiques relative à l'accompagnement des personnes en situation de précarité et à la continuité de parcours<sup>(1)</sup>, la Haute Autorité de santé (HAS) soulevait, en 2020, la difficulté à orienter ces personnes vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et la nécessité de réaliser des aménagements spécifiques pour l'accueil de ces profils en institution.

L'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) notait déjà, en 2014, dans son rapport *Fin de vie et précarités*<sup>(2)</sup>, que moins de dix Ehpad accueillent spécifiquement des personnes sans domicile ou en situation de grande précarité financière en France. Avec la multiplication des cas de rupture dans le parcours de vie, l'arrivée et le vieillissement de populations provenant de trajectoires migratoires et d'une espérance de vie grandissante, la montée en nombre de précaires vieillissants concerne maintenant une grande partie des Ehpad.

Le dossier<sup>(3)</sup> piloté en 2018 et 2019 par le Martine Lenoc Soudani<sup>1</sup> et Charlotte Quenum Miot<sup>2</sup> sur l'accompagnement en Ehpad des personnes âgées issues de la rue, dites « précaires », a mis notamment en lumière l'historique et le savoir-faire de l'Ehpad François I<sup>er</sup> dans l'accueil de ce public, mais également les besoins importants d'adaptation qui se profilent pour bon nombre d'établissements.

Cet ancien dépôt de mendicité accueille depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle des précaires issus de la rue. Aujourd'hui encore, l'institution, qui compte 109 résidents au 31 décembre 2021 dont 60 personnes issues de la précarité, accompagne environ 60 % de ces profils tout en intégrant également des profils plus standards, en respectant les normes actuelles d'accueil, avec une spécialisation autour de la précarité. Toutefois, l'adaptation et l'ingéniosité ne suffisent pas.

L'établissement a développé nombre d'outils et de savoir-faire<sup>(1)</sup> pour assurer l'accueil de cette population aux profils complexes et difficiles, aux côtés de celle de résidents plus classiques<sup>3</sup>. Pour autant, toutes les problématiques soulevées par les besoins et les comportements des personnes issues de la précarité ainsi que par la mixité des usagers n'ont pas reçu de réponse, ou n'ont pas été résolues par la simple adaptation et ingéniosité des professionnels.

L'étude de 2019<sup>(1)</sup> a ainsi souligné la nécessité du recours à un éducateur spécialisé et a permis de justifier, au sein de l'Ehpad François I<sup>er</sup>, l'expérimentation consistant à inclure ce profil dans ses équipes, dont le rôle est défini en ces termes par le ministère de la Santé et de la Prévention : « L'éducateur spécialisé accompagne, dans une démarche éducative et sociale globale, des personnes, des groupes ou

des familles en difficulté, pour développer leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion. Il peut intervenir aussi bien dans le champ du handicap [...], de l'insertion sociale et [...] de la prévention spécialisée<sup>(4)</sup>. » L'expérimentation, menée durant neuf mois, a défini les différentes fonctions et missions, ainsi que les apports espérés et inattendus d'une telle collaboration pour le bien-vivre, mais aussi pour l'amélioration du soin et du suivi médical ou psychologique. L'objectif de cet article est d'en restituer les résultats et d'explorer les enseignements qui ont pu en être tirés.

Grâce à la volonté du Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP), qui a accepté d'investir dans un poste d'éducateur spécialisé, le travail a consisté à mesurer dans le détail toutes les fonctions et les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad durant neuf mois. Ce travail n'aurait



© Valentin Léon.

L'orientation du précaire.

1 Médecin gériatre et conseiller médical à la direction de l'Autonomie de l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France.

2 Chargée d'études au centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP).

3 Selon la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), le résident type d'un Ehpad est une femme, veuve, de 88 ans, dépendante, polypathologique dont le groupe iso-ressources (GIR) est évalué à 1 ou 2<sup>(5)</sup>.

pas pu aboutir sans la très forte implication de Madame Latifa Jolly, l'éducatrice spécialisée qui accepta de s'engager dans l'inconnu et de s'introduire dans un milieu « très sanitaire », pour en révéler les aspects et les besoins sociaux au bénéfice des précaires, mais aussi des autres résidents. L'analyse est complétée par une enquête de satisfaction et par de nombreux échanges réalisés avec la mission Interface du Samu social<sup>4</sup> à l'occasion des interventions et des déplacements effectués dans les Ehpad d'Île-de-France accueillant des personnes issues de la précarité et confrontées aux mêmes difficultés.

## MÉTHODE : UNE MÉTHODOLOGIE ANALYTIQUE SUR DES BASES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Avec 60 résidents dits « précaires » aux problématiques variées et aux parcours de vie tout aussi complexes, il était particulièrement difficile d'organiser un emploi du temps et une mesure théorique de l'action de l'éducatrice spécialisée. Parallèlement, le financement étant exceptionnel et contraint dans le temps, il s'avérait indispensable de proposer un cadre de résultats construit et signifiant.

### Méthodologie retenue

La stratégie choisie a donc porté sur la gestion des urgences, définies par les crises, les agressions et les demandes expresses des résidents issus de la précarité, de les transcrire précisément par écrit dans le temps et l'espace, puis de les analyser toutes les semaines puis tous les mois, et enfin de les ordonner dans un cadre théorisé au fur et à mesure.

Ainsi, avec le psychologue de l'établissement, Monsieur David Possien, l'étude précise et analytique des cas répertoriés a mis en exergue des situations similaires, des besoins récurrents, des solutions procédant de mécanismes et de savoir-faire existant. La gestion des urgences s'est révélée également instructive et a défini une temporalité dans l'accompagnement et l'évolution comportementale des résidents précaires en Ehpad.

Le contexte particulier de l'institution, avec une gestion en urgence de la suppression des comptes nominatifs gérés par l'établissement pour le compte des résidents précaires a également été source d'enseignements en mettant les résidents précaires face à des restrictions d'accessibilité

monétaire et en apportant des solutions, par la suite, éprouvées<sup>5</sup>.

Chaque jour, l'éducatrice spécialisée relevait le temps qu'elle avait passé<sup>6</sup>, en précisant pour qui, pour quoi et avec qui, et décrivait l'expérience. Bien que notés le jour même, les temps restent cependant de simples estimations du temps effectivement passé (impossibilité de chronométrer toutes les interventions de façon exhaustive). Il a donc fallu donner une assise plus objective à ces estimations.

Dès les premières semaines, un dialogue contradictoire avec le directeur a été instauré avec dans le détail :

- analyse des temps passés pour évaluer leurs objectivités et cohérences ;
- comparaison des temps des différents cas et événements traités pour affiner leurs précisions ;
- comparaison du temps pointé au quotidien avec le temps cumulé des cas traités ;
- validation au besoin par les autres professionnels des temps utilisés.

Ce dialogue et ce travail conjoint entre une éducatrice spécialisée et le directeur de l'établissement ont été menés durant les neuf mois de l'étude, en organisant des rencontres hebdomadaires puis mensuelles à partir du troisième mois. À chacun de ces dialogues, outre un débat sur les actions à entreprendre, un temps était consacré à l'analyse du cas pour en déterminer la nature unique du besoin retenu : lorsqu'un cas traité pouvait appartenir à deux besoins, le besoin le plus prégnant ou causal était défini. Par exemple, un cas révélant un isolement social dû à une difficulté de mobilité a été classé en « mobilité », car le problème de mobilité était la cause de l'isolement (résoudre le problème de mobilité a aidé à la résolution de l'isolement, l'inverse ne fonctionnant pas).

Au fur et à mesure, les mêmes besoins sont apparus dans les cas traités, permettant ainsi de les classer en cinq grandes catégories. Avec 153 cas traités, nous avons pu également définir des sous-catégories de besoins ainsi qu'une typologie des interlocuteurs : tout d'abord les interlocuteurs évidents comme le résident lui-même, les professionnels de l'Ehpad et ceux de la tutelle, mais aussi les aidants (familles, amis) et les tiers (banque, buraliste, association).

La mesure de la période (mensuelle) de chaque cas a permis autant de souligner une temporalité dans la résolution des besoins, que d'en extraire les événements conjoncturels (organisation par l'Ehpad d'un salon Alzheimer, par exemple).

<sup>4</sup> Le Samu social est un groupement d'intérêt public créé en 1997, qui a pour objectif d'orienter les sans-abri vers des lieux d'hébergement. La mission Interface est un dispositif interne à la structure, intervenant spécifiquement dans ce cadre auprès des personnes âgées sans abri ou en situation de handicap.

<sup>5</sup> Mise en place avec les tuteurs de solutions adaptées selon le niveau d'autonomie (carte bleu, carte de retrait sans code, bon d'achat...) mais aussi procédure de gestion en délégation des courses ou achats de cigarettes, gestion de la distribution des cigarettes, etc.

<sup>6</sup> Noté en heures (H), 0,25 heure représentant quinze minutes : par exemple, 2 heures 45 minutes est noté 2,75.

### Définition et hiérarchisation préliminaire des besoins

L'étude des 153 cas traités a permis d'identifier cinq grands domaines de besoins et d'interventions.

Les domaines de besoins identifiés étaient (Tableau 1) :

- l'isolement social avec trois subdivisions : le lien avec le tuteur, les liens familiaux et les liens sociaux avec des tiers ;
- l'accès aux droits, qui regroupe l'accompagnement juridique, la mise en place éventuelle d'une mesure de protection et/ou d'un accompagnement administratif, l'argent, la culture, la religion, les droits citoyens ;
- l'autonomie, incluant la mobilité, les incuries et la sexualité ;
- les équipements comme objet de différenciation et de pouvoir<sup>7</sup> ;
- les addictions – aggravées par l'accessibilité à l'argent ou aux ressources (comme la mendicité et/ou le troc) –, avec deux sous-catégories principales : l'alcool et le tabac.

**Tableau 1 : Données sur neuf mois du nombre de cas traités et de leur durée respective de travail pour l'éducatrice spécialisée.**

Table 1: Number of cases and duration of each cases for the specialized social agent. Data for during nine months.

| Types de besoins | Nombre de cas |            | Durée totale  |            |
|------------------|---------------|------------|---------------|------------|
|                  | N             | %          | Heures        | %          |
| Isolement        | 58            | 38         | 321,50        | 36         |
| Accès aux droits | 39            | 25         | 218,00        | 32         |
| Autonomie        | 26            | 17         | 108,50        | 14         |
| Équipement       | 19            | 12         | 90,25         | 11         |
| Addiction        | 11            | 7          | 52,00         | 7          |
| <b>Total</b>     | <b>153</b>    | <b>100</b> | <b>790,25</b> | <b>100</b> |

Les cinq types d'interlocuteurs identifiés étaient (Tableau 2) :

- les résidents comme environnement sociétal ;
- les agents intervenants : soignants, psychologues, animateurs, encadrants ;
- les tuteurs, curateurs : ces personnes se retrouvent comme primordiales et prioritaires à l'évolution de tout accompagnement ;
- les tiers (banque, buraliste, bars, associations...) : ces contacts ont pour points communs une confrontation sporadique, peu inclusive et une absence de partage de codes de communication ;
- les aidants, présents ou éloignés : notons que la population des résidents précaires évolue vers des profils qui disposent de plus en plus de familles, mais dont ils restent isolés ou en rupture.

<sup>7</sup> Par sa possession et son utilisation, le résident marque son autonomie vis-à-vis des résidents moins autonomes.

<sup>8</sup> Cette expérience illustre la nécessité de renouer entre les domaines du sanitaire et ceux du social, historiquement séparés durant leur institutionnalisation au xx<sup>e</sup> siècle.

**Tableau 2 : Temps et nombre de cas répartis selon l'interlocuteur ayant participé à la résolution des cas.**

Table 2: Duration and number of cases according to the interlocutor who participated in the resolution of the cases.

| Types d'interlocuteurs | Nombre de cas |            | Durée totale  |            |
|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
|                        | N             | %          | Heures        | %          |
| Résidents              | 118           | 39         | 437,75        | 55         |
| Agents                 | 62            | 20         | 88,25         | 11         |
| Tutelle                | 58            | 19         | 143           | 18         |
| Tiers                  | 39            | 13         | 81,25         | 10         |
| Aidants                | 27            | 9          | 40            | 6          |
| <b>Total</b>           | <b>304</b>    | <b>100</b> | <b>790,25</b> | <b>100</b> |

\* Total supérieur à 109, le nombre total de résidents à l'Ehpad, car un résident peut faire l'objet de plusieurs cas.

\*\* Le nombre de cas traités est inférieur à la somme, car des cas font intervenir plusieurs interlocuteurs à la fois.

On notera l'importance du temps nécessaire passé avec le résident pour la résolution de ses besoins.

Pour chaque cas, étaient mesurés le temps utilisé, la période (qui a permis d'évaluer la temporalité) et la durée. Il était également noté si le cas était individualisé ou de groupe, et, enfin, si au 31/12/2021 le cas était clos, à suivre ou non abouti afin d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement de l'éducateur spécialisé.

En s'occupant de 60 résidents issus de la précarité et de 12 résidents non issus de la précarité sur une population de 49 résidents dits « standards », le temps plein de l'éducatrice spécialisée de l'expérimentation n'a pas suffi à résoudre tous les cas rencontrés, mais a montré son utilité auprès d'une partie de ces résidents « standards »<sup>8</sup>.

Aussi, à ce stade, nous estimons que l'enseignement majeur de cette expérimentation est qu'il faut au moins un temps plein d'éducateur spécialisé pour accompagner 50 personnes issues de la précarité en Ehpad.

## RÉSULTATS

Le contact avec des résidents précaires se fait par une relation de type « 1 pour 1 ». Leur confiance, condition *sine qua non* pour garantir un accompagnement, se donne avec mesure et parcimonie.

### Au préalable : une relation, un lien, puis la confiance

Il s'agit, dans un premier temps, de rompre avec les milieux de l'errance et avec les attitudes d'opposition au système, qui

guident les personnes précaires dans leur survie depuis des années. Quand, en Ehpad traditionnel, le résident précaire ne peut choisir au mieux, dans le meilleur des cas, qu'un soignant-confident<sup>(3)</sup> parmi les soignants, il dispose ici, avec cette expérience de l'éducateur spécialisé en Ehpad, de la possibilité de faire confiance à un professionnel compétent pour l'aider dans plusieurs domaines qui dépassent les seuls besoins administratifs.

Ce professionnel est d'autant plus facilement admis qu'il n'a pas pour but et mission de rentrer dans l'intimité du résident pour assurer un soin – les besoins d'hygiène du résident précaire sont déniés. Or, il y a souvent incurie. Le fait même que le rôle de l'agent – ici l'éducatrice spécialisée – ne porte pas sur la réalisation des soins facilite le contact et la construction de la confiance en l'institution, et, par conséquent, avec les personnels soignants. L'éducateur spécialisé va en effet être la personne-ressource, le médiateur, qui relie la personne précaire entre deux milieux : celui de l'errance que la personne quitte, et celui de l'institution dans laquelle elle entre de façon pérenne.

Dans notre étude, 79 % des cas traités concernaient des problèmes individuels ou concernant 2 ou 3 résidents, mobilisant 61 % du temps du professionnel (Tableau 3). Compte tenu des problèmes traités, ce temps n'est pas reportable sur les professionnels habituels. L'historique de l'Ehpad François I<sup>er</sup> montre bien que le résident précaire déposait son problème, souvent mal exprimé, sur les épaules d'un soignant-confident ou d'un psychologue, bien souvent dans l'incapacité de trouver une solution complète ou aboutie.

Ces résultats sont à l'image des besoins et caractéristiques de la personne issue de la précarité. Le « 1 agent pour 1 résident dans la relation » – le « 1 pour 1 » – s'illustre par le temps passé par l'éducateur spécialisé : plus de la moitié du temps de travail est consacrée à la relation directe avec le résident exigeant. En effet, ce dernier n'entre qu'avec difficulté dans une organisation de groupe avec des règles communautaires, et ne fait confiance qu'à un nombre limité de personnes. Cette relation s'inscrit alors par nécessité dans la

**Tableau 3 : Nombre de résidents concernés par chaque cas traité.**

Table 3: Number of concerned resident for each studied cases.

| Types de résidents concernés     | Nombre de cas |            | Durée totale  |            |
|----------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
|                                  | N             | %          | Heures        | %          |
| Individuel                       | 105           | 69         | 435,25        | 55         |
| 2 ou 3 résidents                 | 15            | 10         | 44            | 6          |
| Groupe (à partir de 4 résidents) | 33            | 22         | 311           | 39         |
| <b>Total</b>                     | <b>153</b>    | <b>100</b> | <b>790,25</b> | <b>100</b> |

durée, car l'éducateur spécialisé fait face, comme les autres professionnels, à la méfiance, au rejet, mais également au déni, voire à la résignation mortifère, autant d'éléments qui nécessitent du temps, de la patience et de la compréhension, une écoute empathique, et de la négociation.

L'accompagnement des problématiques du résident précaire nécessite donc beaucoup de temps et peu de précipitation pour aboutir. Après neuf mois d'expérimentation, la majorité des cas traités sont gérés (58 %), 41 % toujours en cours de traitement (Tableau 4). Le solde (2 %), incluant des cas non aboutis ou faisant l'objet d'un décès, est minoritaire. Le tableau 5 illustre la durée nécessaire pour la résolution des problématiques. Il faut en moyenne un mois et dix jours pour résoudre les problématiques et trois mois pour résoudre 97 % des cas clos (Tableau 5). Ces mesures démontrent que le profil « éducateur spécialisé » est bien le profil répondant spécifiquement aux besoins exprimés au vu des succès obtenus dans la résolution rapide des besoins identifiés.

**Tableau 4 : Nombre de cas et durée de travail selon la finalisation des cas.**

Table 4: Number of cases and duration of work according to the finalization of the cases.

| État des 153 cas étudiés | Nombre de cas |            | Durée totale  |            |
|--------------------------|---------------|------------|---------------|------------|
|                          | N             | %          | Heures        | %          |
| À suivre                 | 63            | 41         | 421,5         | 53         |
| Clos                     | 88            | 58         | 360,25        | 46         |
| Décès                    | 1             | 1          | 6             | 1          |
| Non abouti               | 1             | 1          | 2,5           | 0          |
| <b>Total</b>             | <b>153</b>    | <b>100</b> | <b>790,25</b> | <b>100</b> |

**Tableau 5 : Nombre de mois nécessaires à la réalisation complète des cas (statut CLOS atteint).**

Table 5: Number of months needed to complete the cases.

| Nombre de mois de suivi | Nombre de cas |            | Durée         |            |             |
|-------------------------|---------------|------------|---------------|------------|-------------|
|                         | N             | %          | Totale (H)    | %          | Moyenne (H) |
| 1                       | 72            | 82         | 201,75        | 56         | 2,80*       |
| 2                       | 9             | 10         | 40,5          | 11         | 4,50        |
| 3                       | 4             | 5          | 72            | 20         | 18,00       |
| 5                       | 2             | 2          | 38            | 11         | 19,00       |
| 6                       | 1             | 1          | 8             | 2          | 8,00        |
| <b>Total</b>            | <b>88</b>     | <b>100</b> | <b>360,25</b> | <b>100</b> | <b>4,09</b> |

\* L'écart type est de 1,80.

De fait, le champ d'action de l'éducateur spécialisé couvre aussi bien le lien social que les besoins administratifs. Cette spécialité du travail social connaît les codes de langage des professionnels du soin, des tutelles, et surtout des personnes issues de la précarité. Enfin, l'approche centrée sur les besoins et le respect du résident de la part de l'éducateur spécialisé sont également des atouts dans les relations professionnelles efficaces qu'il développe avec le psychologue et les autres médecins.

Un éducateur spécialisé en Ehpad, c'est une relation « 1 pour 1 », qui nécessite de ne pas se précipiter, et des compétences variées pour venir à bout de situations complexes.

### L'isolement social

Le résident précaire connaît différents types d'isolement (Tableau 6). Le plus visible est l'isolement face à la société, qu'il reproduit en entrant dans la microsociété qu'est l'Ehpad. On parlera également d'« autoexclusion »<sup>9</sup>. Ce n'est pas le plus important à traiter en premier, car les résidents précaires sont plutôt rodés à ce type d'isolement choisi ou subi.

**Tableau 6 : Nombre de cas par type de besoin face à l'isolement.**

Table 6: Number of cases by type of need in front of isolation.

| Types de besoins                   | Nombre de cas |            | Durée totale |            |
|------------------------------------|---------------|------------|--------------|------------|
|                                    | N             | %          | Heures       | %          |
| Liens administratifs – Tutelle     | 24            | 41         | 148          | 51         |
| Liens familiaux                    | 21            | 36         | 93           | 32         |
| Liens sociétaux                    | 9             | 16         | 37,5         | 13         |
| Liens administratifs – Sans tuteur | 4             | 7          | 12           | 4          |
| <b>Total</b>                       | <b>58</b>     | <b>100</b> | <b>290,5</b> | <b>100</b> |

### Liens sociétaux

L'isolement social est le plus visible, mais pas le plus important. Les liens sociétaux ne concernent que 9 cas en neuf mois (Tableau 7) et sont traités relativement rapidement.

Six cas traités sont des actions visant à amener un résident précaire vers une intégration à un groupe. Ces résultats illustrent l'isolement social, l'autoexclusion et le « 1 pour 1 » :

- accompagnement préfugue ;
- de l'individuel à l'intégration au groupe ;

**Tableau 7 : Cas d'isolement social et durée d'accompagnement.**

Table 7: Cases of isolation and time to solve the cases.

| Intitulé des cas traités                  | Durée totale (H) | Nombre de résident(s) concerné(s) par l'action |
|---|------------------|--|
| Accompagnement préfugue                   | 20               | 1  |
| Dégradation du bien d'autrui*             | 6,5              | 2  |
| De l'individuel à l'intégration au groupe | 2,5              | 1  |
| Du confinement vers une sortie            | 2,5              | 1  |
| Conflit entre résidents*                  | 2                | 2  |
| Mobilité et socialisation                 | 1,5              | 4  |
| Retrouver un ami                          | 1                | 1  |
| Conflit résident/animateur*               | 1                | 1  |
| Malentendu et déprime                     | 0,5              | 1  |
| <b>Total</b>                              | <b>37,5</b>      | <b>14</b>                                      |

\* Ces 3 cas sont des résolutions de conflits impliquant uniquement des résidents précaires avec d'autres précaires ou avec un agent.

- du confinement vers une sortie ;
- mobilité et socialisation ;
- retrouver un ami ;
- malentendu et déprime.

Trois cas correspondent à des résolutions de conflits impliquant uniquement des résidents précaires avec d'autres précaires ou avec un agent :

- dégradation du bien d'autrui ;
- conflit entre résidents ;
- conflit résident/animateur.

Cela montre qu'il y a très peu de conflits entre résidents précaires et non précaires à l'Ehpad François I<sup>er</sup>, confirmant une bonne cohabitation au sein de l'établissement. Les contacts, arrangements, trafics se font entre personnes issues de précarité (60 % des résidents) – en cohérence avec une possibilité d'autoexclusion.

Cinq cas sont des cas individuels confirmant le « 1 pour 1 ». Cela illustre aussi le fait que la démarche d'aller vers autrui pour un précaire ne fait pas spontanément sens. Il a certes un besoin de liens, mais il montre également une faible appétence pour les contacts avec autrui ou le groupe. C'est seulement plus tard qu'il parvient à en nouer et qu'une évolution vers une participation aux activités de groupe apparaît.

L'isolement social avec le groupe est l'isolement que la personne précaire va reproduire quand elle rentre dans une

<sup>9</sup> Selon Jean Furtos, psychiatre des hôpitaux honoraire, ancien chef de service en psychiatrie au centre hospitalier de Lyon-Bron et membre permanent de l'Association mondiale de psychiatrie sociale (WASP). L'autoexclusion est un phénomène psychique et social qui se résume au fait que « quand on ne peut pas dire non à l'inacceptable, on peut dire non qu'à soi-même ». Elle entraîne un mécanisme de clivage et de déni<sup>(9)</sup>.

institution dans laquelle elle est seule ou stigmatisée. Nous constatons que les Ehpad accueillant moins de 10 % de précaires (ceux d'une capacité de 100 lits aussi bien que de 300 lits) sont non seulement démunis en matière de temps pour la compréhension et donc pour la résolution des problèmes, mais que dans ces établissements, le résident précaire – comme dans la société – s'autoexclut, c'est-à-dire met en place des stratégies d'isolement, en engendrant des phénomènes de rejet et de fugue.

À l'inverse, dans les autres Ehpad qui accueillent des personnes précaires en nombre, les équipes, désireuses d'alléger des problématiques récurrentes, investissent du temps et de la patience dans la compréhension de ce public spécifique, de ses besoins, et dans l'élaboration de techniques d'accompagnement *ex nihilo*. Les résidents précaires, se reconnaissant entre eux, peuvent établir des communautés de langage et/ou de trafic, reproduisant ainsi leurs repères. De même, lors des visites de préadmission ou des visites de « dédramatisation » de l'institution organisées par le Samu social à l'Ehpad François I<sup>er</sup>, la personne issue de la précarité va vite repérer des « compères » et déclarer se sentir presque « chez elle » : cela permet de mieux accepter et de faciliter son orientation en institution.

Accueillir plus de 10 % de résidents précaires facilite l'intégration et la cohabitation. L'adaptation de l'Ehpad à cette nouvelle configuration, notamment la charge de travail de l'éducateur spécialisé au sein de l'institution, ne sera pas la même selon le pourcentage de précaires, mais elle est indispensable dans tous les cas en termes qualitatifs. Au moment du recrutement de l'éducateur spécialisé, le levier est alors le recours au temps partiel ou au temps plein.

#### Lien avec le tuteur

La lutte pour asseoir la relation de tutelle est une condition *sine qua non*. De nombreux résidents précaires se retrouvent pour différentes raisons (par ignorance, déni, isolement ou en raison de difficultés comportementales) dans l'incapacité de gérer leurs affaires, en particulier leur argent. Or, il est assez courant de constater que les résidents précaires sous tutelle alimentent une relation inexistante, voire conflictuelle avec leur tuteur. La défiance à l'égard du cadre légal, son rejet, l'absence de maîtrise de ses codes de langage et le manque de temps consacré à leur accompagnement par le tuteur sont les principales causes retrouvées en institution. Les premiers cas traités (Tableau 8) concernent essentiellement des problèmes de communication résident-tuteur ou sont liés à la communication.

L'optimisation de ses ressources, expliquée ou partagée avec le résident précaire, est la base de l'amélioration de ses consommations d'alcool ou de tabac. Aussi, la communication avec celui qui détient les cordons de la bourse est essentielle. Si la communication avec le tuteur est établie

ou rétablie, toutes les autres solutions sont envisageables. Sans cela, les préoccupations concernant sa famille ou sa santé sont inexistantes, indéfiniment reportées ou déniées. L'éducateur spécialisé est le professionnel le mieux à même de pouvoir traduire les pensées et le vocabulaire des deux parties, intervenir pour aider le tuteur et défendre le résident.

La mesure de la temporalité des besoins et des frustrations des résidents précaires montre que la première amélioration à apporter se situe dans la relation résident-tuteur. Une fois la relation construite, non seulement la charge mentale diminue, pour les deux protagonistes, mais les problèmes qui peuvent survenir ultérieurement dans la relation se résolvent mieux et beaucoup plus rapidement.

Le positionnement éducateur spécialisé-tuteur n'est pas évident à trouver et à faire comprendre. La tutelle n'a en effet que peu d'expérience des apports que l'éducateur peut procurer dans sa pratique au résident et de la qualité de la relation qu'il entretient avec lui. Parallèlement, la tutelle est confrontée à des demandes beaucoup plus précises et argumentées réglementairement, associées bien souvent à une urgence pour éviter les situations de crise, les dégradations ou les agressions éventuelles que le résident pourrait commettre. L'éducateur spécialisé va défendre les droits des personnes. Il va également organiser des solutions « clé en main » qui vont répondre aux freins et résistances de tuteurs, qui de leur côté, manquent de temps.

En l'absence de tutelle, sa mise en place est également un préliminaire souvent incontournable, malgré les refus et dénis qu'il faut tout d'abord surmonter. Ici aussi, le travail de l'éducateur spécialisé, souvent en collaboration avec le psychologue, est essentiel pour faire cheminer puis adhérer le résident. Pour y parvenir, il va l'accompagner jusqu'à le laisser face à ses incompétences ou incapacités, afin de l'amener progressivement à accepter la mise sous tutelle. Cela prend du temps, mais évite des incompréhensions, des fugues, des comportements suicidaires et des agressions. Cela passe par une gestion fine des manques dans l'accessibilité aux ressources et aux droits : il faut déterminer quand il faut défendre ses droits, quand il faut l'accompagner ou quand il faut le laisser face à ses dépendances. De même que l'éducateur spécialisé ne va pas se substituer au tuteur, ce professionnel ne va pas non plus se substituer au résident, mais mesurer son accompagnement en fonction du but à atteindre.

Les compétences de l'éducateur spécialisé lui permettent d'user de diplomatie avec le tuteur, mais aussi à préparer le résident à la communication, de l'accompagner dans la prise de conscience. Cette phase de mise en confiance est particulièrement nécessaire dans un Ehpad accueillant des personnes précaires, quel que soit leur nombre ou proportion.

**Tableau 8 : Cas liés au besoin de lien avec les tuteurs.**

Table 8: Cases related to the need for a link with tutors.

| Intitulé des cas par ordre chronologique | Nombre de résident(s) concerné(s) par l'action* | Durée                                 |                          |                  |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------|------------------|
|  |   | Temps consacré avec le(s) résident(s) | Temps consacré au tuteur | Durée totale (H) |
| Augmentation d'argent de poche           | 1   | 1                                     |                          | 1                |
| Besoin du tuteur                         | 1   | 1                                     | 1                        | 2                |
| Bons puis nouvelle CB                    | 2   | 0,5                                   | 1                        | 1,5              |
| Communication tuteur                     | 1   | 4                                     | 3                        | 7                |
| Communication résident-tuteur            | 1   | 1                                     | 1                        | 2                |
| Compte au Leclerc                        | 1   |                                       | 0,5                      | 1                |
| Envoi mensuel                            | 1   |                                       | 1,5                      | 1,5              |
| Évaluation CB                            | 1   |                                       | 0,5                      | 1                |
| Faire le lien                            | 1   |                                       | 1                        | 1                |
| Partenariat tutelle                      | 5   | 5                                     | 0,5                      | 5,5              |
| Permanence tuteurs                       | 57  | 6                                     | 6                        | 12               |
| Pouvoir se protéger, garder possession   | 1   | 2                                     | 0,5                      | 3                |
| Prévention des tuteurs                   | 57  |                                       | 6                        | 6                |
| Rappel aux tuteurs                       | 62  | 4                                     | 36                       | 40               |
| Relance bons tabac tuteurs               | 3   |                                       |                          | 1,5              |
| Relance des bons tabac                   | 2   |                                       | 0,5                      | 0,5              |
| Relationnel tuteur au quotidien          | 62  | 2                                     | 6                        | 8,5              |
| Rendez-vous tuteurs                      | 12  | 30                                    | 3                        | 36               |
| Synthèse                                 | 17  |                                       | 2                        | 2                |
| Tuteur et accès téléphone                | 1   | 2                                     | 1                        | 3                |
| Tuteur et CB                             | 2   | 1,5                                   | 0,5                      | 2                |
| Tuteur et factures                       | 1   |                                       | 0,5                      | 1                |
| Tuteur et tabac                          | 1   | 1                                     | 7                        | 8                |
| Un bon pour des douceurs                 | 1   | 0,5                                   | 0,5                      | 1                |
| <b>Total</b>                             | <b>62*</b>                                      | <b>61,5</b>                           | <b>79,5</b>              | <b>148</b>       |

\* Le total inclut 60 résidents issus de la précarité et 2 résidents standards ont été suivis dans leurs liens avec un tuteur, sachant qu'un résident peut être concerné par plusieurs cas traités.

### Liens familiaux

Le lien familial est un aspect délicat et important de l'isolement. L'Ehpad traditionnel aura beau connaître l'histoire du résident et repérer un mal-être face à l'isolement familial, il ne sert à rien de s'y intéresser tant que la personne âgée issue de la précarité n'a pas regagné une estime de soi. La prise en compte d'une temporalité adaptée est primordiale pour obtenir les effets escomptés : en effet, c'est seulement une fois les problèmes d'hébergement résolus par l'acceptation de l'institutionnalisation, une fois surmontés les problèmes d'argent, en d'autres termes une fois assouvis les besoins primaires tels que définis dans la pyramide de Maslow, que le résident précaire va pouvoir s'intéresser

à la notion d'« appartenance » – modérée – à la société (les autres résidents) et aux liens familiaux et y investir de l'affect. Ce constat est quasi systématique dans les observations de l'éducatrice spécialisée (Tableau 9).

Lorsque ces problèmes ont été traités, que sa situation s'est normalisée et qu'il a acquis un « statut social de retraité », déjà souligné par l'étude de 2019<sup>(3)</sup>, avec un logement stable, décent, car recevant tout public, non stigmatisé, alors seulement la personne issue de la précarité va pouvoir faire un travail sur l'estime de soi et va éprouver le désir de « renouer ». Ce désir est d'autant plus fort que l'état de santé est bon. Renouer avec ses amis ou sa famille, avec ceux qui lui ont été proches devient son projet de vie. Or, il



**Tableau 9 : Cas de besoin de liens familiaux.**

Table 9: Cases of need of family links.

| Intitulé des cas par ordre chronologique      | Nombre de résidents concernés par l'action | Durée                                 |               |                |              |               | Totale (H) |
|---|--|---------------------------------------|---------------|----------------|--------------|---------------|------------|
|   |  | Temps consacré avec le(s) résident(s) | Durées tuteur | Durées aidants | Durées tiers | Durées agents |            |
| Absence du tuteur                             | 1  |                                       | 2,5           |                | 1            | 0,5           | 4          |
| Contact à l'étranger                          | 1  | 1                                     |               |                |              |               | 1          |
| Contact difficile avec un fils perdu          | 1  | 5                                     |               | 1              |              | 1             | 7          |
| Contact et argent pour l'étranger             | 1  | 8                                     | 4             | 3              | 2            | 1             | 18         |
| Décès d'un parent proche                      | 1  | 0,75                                  | 0,25          |                |              | 0,5           | 1,5        |
| Décès d'un proche parent 2                    | 1  | 1                                     | 1             |                |              | 1             | 3          |
| Décès d'un résident                           | 1  |                                       |               | 3              |              |               | 3          |
| Écrivain public                               | 1  | 1                                     |               |                |              |               | 1          |
| Famille en besoin de formation administrative | 1  |                                       |               | 2              |              | 1             | 3          |
| Familles et mises en tutelle                  | 1  | 2                                     |               | 1,5            |              |               | 3,5        |
| Fils en perdition                             | 1  | 0,5                                   |               | 1              |              | 0,5           | 2          |
| Maintien du lien familial et intégration      | 1  | 10                                    |               | 3              | 1            | 2             | 16         |
| Protection judiciaire ?                       | 1  |                                       |               | 1,5            |              |               | 1,5        |
| Mon infirmière                                | 1  |                                       |               |                | 2            |               | 2          |
| Projet de vie à l'étranger !                  | 1  | 3,5                                   | 1             | 1,5            |              |               | 6          |
| Quelles mesures familiales ?                  | 1  |                                       |               | 1              |              |               | 1          |
| Recherche de fratrie                          | 1  |                                       | 0,5           |                |              | 0,5           | 1          |
| Recherche en Algérie                          | 1  | 1                                     |               |                |              | 1,5           | 2,5        |
| Reprise de contact via tuteurs                | 1  | 4,5                                   | 2,5           |                |              | 1             | 8          |
| Retrouvaille et sortie familiale              | 1  | 1                                     | 0,5           | 0,5            |              |               | 2          |
| Sollicitation pour aide familiale             | 1  | 5                                     | 0,5           | 0,5            |              |               | 6          |
| <b>Total</b>                                  | <b>21</b>                                  | <b>44,25</b>                          | <b>12,75</b>  | <b>19,5</b>    | <b>6</b>     | <b>10,5</b>   | <b>93</b>  |

y a souvent eu une ou plusieurs ruptures de la relation, dans la communication, avec une incompréhension des codes de langage, voire souvent de la méfiance ou de la rancœur, et ce, des deux côtés. Aussi, il n'est pas souhaitable de lancer une rencontre sans accompagnement préalable du résident, mais également de son contact. Et cela doit être progressif : des messages, un appel, une visio, puis une rencontre.

Il est intéressant de constater qu'à partir du moment où les résidents précaires se rendent compte que le lien ne va pas se reconstruire immédiatement et qu'ils auront peu d'occasions à l'avenir de le renouer, ils demandent systématiquement la présence de l'éducatrice spécialisée ou du psychologue pour les accompagner dans les premiers contacts. L'expérience a montré plusieurs fins heureuses, qui ont fait du bien autant aux résidents qu'aux soignants, alors que ces derniers étaient auparavant dans l'impuissance face à ces problématiques hors du champ de leurs missions. Là

encore, le rôle de l'éducateur spécialisé s'avère central en passerelle entre l'intimité familiale et le public en institution. Alors que chaque cas est propre à un individu, le relevé des données illustre le fait que la question des liens familiaux implique souvent un nombre important d'interlocuteurs et mobilise des ressources de temps considérables : si presque la moitié du temps est consacrée au résident, un quart est consacré à la famille, le reste se répartissant entre tuteurs, agents et tiers. La reconstruction d'une communication familiale est complexe et nécessite souvent un travail d'équipe.

Cet espoir de contact a la capacité de transformer le résident précaire qui, sensibilisé à l'opinion de l'autre, va faire des efforts pour se soigner, se laver, s'habiller. Là encore, on perçoit l'intérêt de la présence d'un éducateur spécialisé pour le travail soignant, comme pour la vie en communauté.

### Les liens, mesure de la temporalité

Dans nul autre besoin, le jeu de la temporalité n'est aussi important que dans celui des liens. Un enseignement majeur est qu'il est nécessaire de respecter trois différentes étapes :

1. Résoudre les problèmes financiers et réguler l'accès à l'argent en assainissant la relation de tutelle. Rares sont les situations où le résident précaire se trouve en situation cognitive ou psychologique de gérer vraiment son argent et ses affaires, mais bien souvent le déni de cette situation et la méfiance vis-à-vis du tuteur sont importants ;
2. Initier ou répondre à une demande de reprise de contact avec les proches, en accompagnant celle-ci dans la durée. En effet, on observe généralement un écart entre le souhait d'une relation totalement cicatrisée et la réalité des proches où la reprise de contact et de confiance n'est gagnée que de façon mesurée et qu'à très long terme. Ici le travail en collaboration avec le psychologue est particulièrement efficace ;
3. Apaiser les relations avec l'environnement immédiat : les agents et les autres résidents. La personne précaire ayant gagné un toit, des ressources accessibles stables, une estime de soi et des relations sociales va s'attacher à son environnement et à son maintien.

### L'étape de l'admission, un moment clé

On soulignera ici l'importance de l'étape de l'admission pour les personnes précaires, comme pour tous les autres résidents.

L'admission est aussi un axe d'intégration dans l'institution, comme l'illustrent quatre cas dans l'étude actuelle. Ce moment est une étape clé de socialisation à l'institution. Le résident standard vit son institutionnalisation comme une déchéance ; la personne issue de la précarité, du moins après quelque temps, la voit au contraire comme une promotion, le moment où elle acquiert le statut de retraité associé à un toit et des repas pérennes, mais les deux types de résidents ont besoin d'un temps d'adaptation et de repères spécifiques. Le premier aura besoin par exemple d'avoir ses photos de famille aux murs, le second ses sacs de course et ses bouteilles à proximité.

Pour les Ehpad expérimentés comme pour les Ehpad standards, il faut s'attendre à des troubles importants (agressions, transgressions des codes normatifs de l'établissement, dégradations), avec des conséquences plus ou moins graves, qui diminuent plus rapidement si le résident précaire trouve des repères au quotidien (pour certains, il faut par exemple accepter au moins en un premier temps qu'ils dorment par terre).

Il s'agit ici d'accepter des habitudes considérées comme déviantes des us de l'institution. Ces comportements peuvent être compris comme une phase de transition nécessaire à l'adaptation aux règles non écrites du lieu de vie en communauté.

### L'accès aux droits civiques

Le *tableau 10* présente le nombre de cas ayant mobilisé l'aide de l'éducatrice pour des questions relevant de l'accès aux droits et le temps absolu et relatif dédié à cette activité dans sa pratique.

**Tableau 10 : Nombre de cas selon les droits sociaux.**

Table 10: Number of cases according to social rights.

| Intitulé des besoins dans le domaine de l'accès aux droits | Nombre de cas |            | Durée totale |            |
|--|---------------|------------|--------------|------------|
|  | N             | %          | Heures       | %          |
| Argent   | 7             | 20         | 91,5         | 42         |
| Accompagnement administratif                               | 10            | 29         | 56           | 26         |
| Mesure de protection                                       | 6             | 17         | 30,5         | 14         |
| Accompagnement juridique                                   | 8             | 23         | 25           | 11         |
| Culturel, civique & religieux                              | 4             | 11         | 15           | 7          |
| <b>Total</b>   | <b>35</b>     | <b>100</b> | <b>218</b>   | <b>100</b> |

### Accompagnement administratif

Le rôle de l'éducateur spécialisé est ici nécessaire en l'absence de tuteur, pour les domaines juridiques, monétaires et de droits. Il l'est quasi tout autant lorsque les tuteurs sont présents, mais n'ont pas les codes de compréhension ou le temps pour faire aboutir les procédures. Ce rôle d'accompagnement administratif demeure, mais avec moins d'intensité en cas de tutelle, car l'éducateur spécialisé est également un soutenant aux démarches des tutelles envers leurs protégés. Par ailleurs, l'aboutissement de ces démarches est un argument concret pour construire la relation de confiance et donc envisager les autres accompagnements.

### Accompagnement juridique

L'accompagnement juridique, qui représente un quart (8 cas sur 35) des besoins traités au cours de l'expérimentation (*Tableau 11*) reste toutefois exceptionnel ou conjoncturel, et traite de sujets très particuliers ou de plaintes contre le tuteur. C'est une activité éminemment chronophage.

### Argent

Les problématiques liées à l'argent sont permanentes (*Tableau 12*). Même avec une mise sous tutelle, même avec une communication fluide tuteur-résident, et même avec un accompagnement visant à réduire les difficultés de mobilité ou d'accès à l'argent, le résident précaire fait face à une situation difficile en matière d'argent. En effet, l'institutionnalisation réduit sa liberté de distribution de ses ressources en fonction de ses souhaits, car une partie de ses revenus est captée par l'institution en vue de financer son hébergement et son alimentation. Avant l'institutionnalisation,

**Tableau 11 : Cas en lien avec les besoins juridiques.**

Table 11: Cases related to legal needs.

| Intitulés des cas                     | Nombre de résidents concernés par l'action | Durée totale (H) |
|---------------------------------------|--|------------------|
| Suppression du permis de conduire     | 1  | 11               |
| Accompagnement au tribunal            | 1  | 41               |
| Retrouver ses affaires au CH          | 1  | 42               |
| Explication des mesures de protection | 1  | 71               |
| Plainte contre l'hôpital              | 1  | 72               |
| Déni de mise en tutelle               | 1  | 93               |
| Vol et plainte                        | 1  | 97               |
| Évaluation en vue de protection       | 19   | 150              |
| <b>Total</b>                          | <b>25*</b>                                 | <b>487</b>       |

\* Le nombre de résidents concernés est 25 et non 26, car un résident a fait l'objet de deux cas.

CH : Centre hospitalier.

**Tableau 12 : Cas liés à la gestion de l'argent.**

Table 12: Money management cases.

| Cas liés à la gestion de l'argent | Nombre de cas |            | Durée totale |            |
|-----------------------------------|---------------|------------|--------------|------------|
|                                   | N             | %          | Heures       | %          |
| Suppression des comptes           | 17            | 68         | 70           | 83         |
| Récupérer la monnaie              | 1             | 4          | 0,5          | 1          |
| Adaptation des moyens de paiement | 1             | 4          | 0,5          | 1          |
| Succession et suspicion           | 1             | 4          | 5,5          | 7          |
| Difficulté à gérer                | 1             | 4          | 5,5          | 7          |
| Mise en demeure factures impayées | 2             | 8          | 1            | 1          |
| Perte CB et conflit               | 2             | 8          | 1            | 1          |
| <b>Total</b>                      | <b>25</b>     | <b>100</b> | <b>84</b>    | <b>100</b> |

la personne pouvait réduire ses dépenses en logement et alimentation pour mieux répondre à ses addictions. En Ehpad, ce n'est plus possible et l'argent disponible, notamment pour les cigarettes, est fortement revu à la baisse.

### Culture, religion et droits citoyens

Les besoins d'ordres culturels, religieux et relatifs aux droits civiques viennent bien après les autres besoins, mais sont de tous niveaux et concernent toutes les cultures. Le profil des résidents précaires présentant une proportion d'étrangers plus importante, les intérêts pour la culture ou l'information

étrangère sont beaucoup plus variés que pour les résidents standards. De fait, au sein de l'Ehpad François I<sup>er</sup>, il n'est pas exagéré de dire que nous accueillons plus de dix nationalités et origines différentes ainsi que plusieurs religions et leurs différents courants (catholique, protestant, juif, musulman, essentiellement).

Avec seulement quatre cas traités au cours de ces neuf premiers mois d'activité, l'action d'un éducateur spécialisé en Ehpad en matière de besoins culturels, religieux et relatifs aux droits du citoyen est totalement sous-évaluée dans cette étude, car ces besoins apparaissent après tous les autres.

### L'autonomie et la mobilité, des besoins conséquents

Ce domaine de besoins et d'interventions vient aussi après toutes les autres. De même que pour le précédent, le temps qui y est consacré dans l'étude est également sous-estimé (Tableau 13).

**Tableau 13 : Cas liés à la mobilité et à l'autonomie.**

Table 13: Cases related to mobility and autonomy.

| Intitulé des besoins | Nombre de cas |            | Durée totale |            |
|----------------------|---------------|------------|--------------|------------|
|                      | N             | %          | Heures       | %          |
| Sortie et mobilité   | 13            | 50         | 59,5         | 55         |
| Socialisation        | 8             | 31         | 34           | 31         |
| Sexualité et corps   | 5             | 19         | 15           | 14         |
| <b>Total</b>         | <b>26</b>     | <b>100</b> | <b>108,5</b> | <b>100</b> |

### La mobilité

Le besoin le plus important qui va être exprimé est celui de la mobilité, de la liberté d'aller et venir, dans un contexte de perte partielle d'autonomie dans un cadre institutionnel contraint. Les demandes « 1 pour 1 » concernent à l'origine l'accompagnement du résident pour acheter un vêtement, par exemple, mais elles deviennent rapidement nombreuses, sortir étant l'activité préférée du résident dit précaire<sup>10</sup>. L'éducateur spécialisé ayant pour objectif l'intégration ou la socialisation, il va rapidement associer d'autres résidents à ces sorties accompagnées. Progressivement, la personne précaire va accepter des sorties en collectif. En complément de ce que peut apporter un service d'animation organisant des sorties, l'éducateur spécialisé va élaborer et suivre une stratégie ayant pour but l'intégration du résident précaire à la vie. Sur les 13 cas suivis, 8 ont réussi et 5 sont en cours. Il n'a, à ce stade, été constaté aucun échec.

<sup>10</sup> Il est à noter également le goût pour les débats (élections, élections au CVS, joute verbale...), mais il ne faut pas s'interdire de proposer toutes les activités, l'un des résidents précaires de l'Ehpad François I<sup>er</sup> appréciant par exemple le tricot ; un autre, l'épluchage de légumes, etc.

Il en va de même pour les animations, par un travail collaboratif avec le service. L'éducatrice spécialisée permet d'intégrer le résident précaire à la vie d'animation de l'établissement. Dans un premier temps, il ne va pas nécessairement participer, mais se contenter d'assister à l'action d'animation.

### La sexualité

Sur le registre de l'intimité, après le sixième mois d'expérimentation, ont commencé à poindre des demandes relatives à la sexualité. Ces besoins existaient avant, mais pour que la personne les exprime, il est nécessaire que la confiance s'installe et que l'estime de soi grandisse. Quand ces sujets intimes apparaissent, le travail sur le traitement de l'incurie commence en simultané. La durée de l'étude n'a toutefois pas permis d'approfondir les enseignements en la matière.

### L'incurie

Le résident précaire se trouve en effet bien souvent dans une situation d'incurie. Celle-ci trouve son origine dans une négation du corps et de ses besoins. Elle coïncide avec une négation de la douleur, et bien souvent un refus de soin, de médicament, voire avec une démarche apparentée à une démarche suicidaire.

Les résidents précaires en Ehpad sont des survivants. Avec une espérance de vie ne dépassant pas 50 ans à la rue, ceux qui arrivent à 60-75 ans en institution sont pour ainsi dire des miraculés. Ils considèrent donc que ce n'est pas une petite douleur qui va les tuer, et qu'ils n'ont pas besoin de médicaments pour survivre.

Leur corps est usé prématurément, mais leur esprit est bien ancré dans leur temps. Leur état de santé est complètement dénié. Ainsi, la toilette, la propreté, l'entretien de sa chambre n'est ni un sujet ni une habitude pour la personne précaire. Cela engendre nombre de problèmes tant dans les Ehpad traditionnels qu'expérimentés : hygiène insuffisante, associée à des odeurs qui dérangent les autres résidents, affections cutanées qui peuvent être transmissibles, insalubrité de la chambre, agression de l'aide-soignante qui veut intervenir par obligation et valeur professionnelles.

Nous n'avons pas pu mesurer quantitativement les changements parmi les précaires refusant le soin. En revanche, les soignants sont unanimes à reconnaître que l'acceptation de la mission de soin et de l'entretien de la chambre est plus aisée aujourd'hui. Pour preuve, les événements indésirables déclarés au sein de l'établissement ne sont plus centrés sur l'agression des agents par les résidents.

Au-delà de la mission de soin, les soignants – et surtout les soignants-confidents – soulignent un autre effet associé à la présence d'un éducateur spécialisé. Auparavant, les problèmes des résidents précaires étaient abordés et



© Valentin Léon.

La distribution des médicaments.

pris en considération par le soignant-confident, autant que faire se peut. Avec l'arrivée de l'éducatrice spécialisée, cette relation privilégiée existe toujours, mais l'expression des besoins et surtout leur résolution est partagée avec celle-ci. Cette résolution entraîne une diminution des épisodes de crise, des accidents et des agressions, car elle procure un apaisement pour le résident précaire. Dans le même temps, la compréhension de ses besoins et leur prise en compte par le corps soignant sont également meilleures grâce au relais de l'éducateur spécialisé.

### L'équipement, sujet de différenciation et de pouvoir

Le résident issu de la précarité vient souvent d'un foyer où il avait accès à une cuisine, un réfrigérateur, une cuisinière, où il vivait avec un animal de compagnie. Ces besoins (Tableau 14), il entend bien les conserver, par habitude, mais aussi parce qu'ils sont l'expression d'une capacité d'autonomie qui le différencie des « vieux » qui cohabitent avec lui dans l'institution.

À l'Ehpad François I<sup>er</sup>, il était d'usage d'accepter sans encadrement ni limites ces équipements jusqu'en 2017. Les résidents précaires faisaient leurs courses, conservaient leurs aliments et cuisinaient dans leur chambre. Celles-ci ne sont cependant pas conçues pour cela. Il arrive un moment où le matériel n'est pas entretenu, où le frigo devient défectueux,

**Tableau 14 : Cas liés au besoin de différenciation.**  
 Table 14: Cases related to the need for differentiation.

| Intitulé des cas de différenciation                    | Nombre de cas |            | Durée totale |            | Durée    |
|--|---------------|------------|--------------|------------|----------|
|  | N             | %          | Heures       | %          |          |
| Annulation ligne fixe                                  | 1             | 2          | 27           | 30         | À suivre |
| De la toute-puissance : micro-ondes et four en chambre | 1             | 2          | 20,5         | 23         | Clos     |
| Prendre l'Ehpad pour un foyer                          | 1             | 2          | 12           | 13         | Clos     |
| Utiliser le téléphone                                  | 30            | 63         | 6            | 7          | À suivre |
| Musique en chambre                                     | 1             | 2          | 4            | 4          | Clos     |
| Aide du CCAS pour payer une facture                    | 1             | 2          | 3            | 3          | Clos     |
| Une TV en CH et en urgence                             | 1             | 2          | 3            | 3          | Clos     |
| Achat d'un téléphone                                   | 1             | 2          | 2            | 2          | Clos     |
| Besoin de grenouillère                                 | 1             | 2          | 2            | 2          | Clos     |
| Poids et garde-robe                                    | 1             | 2          | 2            | 2          | Clos     |
| Lunette cassée   | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Besoin de vêture                                       | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Chemises de nuit                                       | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Refus d'un colis abusif ?                              | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Chaussants   | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Renouvellement vêture                                  | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Grenouillère   | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Un frigo en chambre ?                                  | 1             | 2          | 1            | 1          | Clos     |
| Un frigo et de l'hygiène                               | 1             | 2          | 0,75         | 1          | Clos     |
| <b>Total</b>   | <b>48</b>     | <b>100</b> | <b>90,25</b> | <b>100</b> |          |

CCAS : Centre communal d'action sociale.

où les dates de péremption sont dépassées. S'y ajoute la question de la santé des animaux de compagnie, non gérée, qui fait planer un risque certain et créer un malaise dans les pratiques et les valeurs des soignants.

Au fur et à mesure que le résident précaire vieillit, les dégradations s'accroissent sans pour autant le gêner. Ainsi, après son départ de l'institution ou son décès, la réfection de la chambre est quasi totale, la rendant indisponible durant le temps des travaux.

L'éducateur spécialisé est intervenu de façon neutre. Il a évité ainsi aux soignants de se déchirer dans d'interminables débats sur la bonne marche à suivre entre laisser faire ou interdire, ce qui leur a permis de ne pas rentrer directement en conflit avec le résident précaire. L'éducateur spécialisé a mesuré avec impartialité ses capacités et a mis en œuvre les moyens pour que les résidents puissent réaliser par eux-mêmes la même évaluation, en cas de perte d'autonomie, puis il a négocié les retraits. À l'inverse, il a maintenu certains équipements en échange d'un contrat avec le résident

pour leur entretien rigoureux... Car la jouissance de ces équipements est une preuve d'autonomie, voire de puissance ou de fierté pour le résident précaire.

Nous avons pu éprouver l'importance de ce type d'intervention et de remise à plat des moyens et des capacités du résident précaire à gérer ses équipements. Un résident que tout le monde craignait n'entretenait plus aucun équipement de sa chambre, se mettant en danger ainsi que l'établissement. Malgré l'attention et la prévenance de la démarche, le résident a répondu par une attaque au couteau, le déni s'étant transformé en un sentiment de « toute puissance ». Nous avons hérité d'une situation non contractualisée et étions de surcroît intervenus trop tardivement.

Ainsi, autant l'acceptation des équipements et des animaux de compagnie peut être nécessaire au moment de l'accueil et lors de l'accompagnement des personnes issues de la précarité, autant le résident précaire doit être « cadré » dès le début et évalué régulièrement, ce qui requiert du temps et de l'expertise d'accompagnement.

**Les addictions**

L'addiction des résidents précaires est bien souvent ce qui les définit aux yeux des tiers (autres résidents, agents). C'est également le manque ou l'abus (d'alcool, notamment) qui déclenche les crises et les agressions. C'est la problématique visible vécue par les Ehpad traditionnels. Pour autant, la dépendance est une preuve de l'échec des programmes de désaccoutumance. Même « sevré », il faut s'attendre à une rechute à terme. L'addiction ne doit pas être combattue, elle doit être accompagnée. Concrètement, le verre de vin plein à ras<sup>11</sup> du midi, par ailleurs vu comme gratuit par le résident précaire, est un argument de poids dans les négociations. Sa suspension à la suite d'un comportement agressif sous l'emprise de l'alcool rétablit rapidement le calme.

L'expérience de l'Ehpad François 1<sup>er</sup> (Tableau 15) montre que la gestion des cigarettes et de l'alcool ou leur encadrement raisonné, partagé et contractuel sont des leviers d'accompagnement puissants. Pour autant, les crises causées par les manques restent déconcertantes (pour ne pas dire traumatisantes pour les agents d'Ehpad traditionnel). La situation s'aggrave et se complique si les produits viennent à manquer : c'est le cas notamment lors de la mise en place de trafics (y compris sexuel) et de vols, en priorité entre résidents précaires, mais aussi parfois, si besoin, avec les résidents standards. L'Ehpad traditionnel reste démuni devant autant de complexité.

Les trafics se font en priorité, voire exclusivement entre résidents précaires, le recours aux résidents standards n'ayant lieu qu'en cas de pénurie. Cela tient à leur code

de déontologie : « On ne dénonce pas (ou peu) de trafic fait entre nous. » Les personnes issues de la précarité organisent leur système parallèle d'échange<sup>12</sup>. Ils y retrouvent de façon limitée, mais réelle, une certaine liberté, marge de manœuvre et pouvoir.

Les agents d'expérience, à l'image des éducateurs spécialisés, ne vont pas juger et vont maintenir leur bienveillante attention sur les besoins du résident précaire malgré ces débordements. Outre cette qualité, l'éducateur spécialisé va procéder par ordre et ne pas s'arrêter à la gestion des conséquences (le manque, la crise). Pour exemple, M<sup>me</sup> Jolly a été amenée dans certaines situations à trouver des partenaires buralistes et bars, négocier avec eux, servir d'intermédiaire avec les tuteurs pour développer l'accès à des moyens de paiement (bons d'achat par exemple), promouvoir la cigarette électronique, lutter contre le déni de dépendance, contractualiser avec les précaires, lutter en interne contre les *a priori* ou les solutions trop « sanitaires ». En d'autres termes, traiter une par une les différentes causes du processus qui mènent à l'agression, alors que le résident précaire va directement se révolter contre le cadre ou l'institution, mais ne va pas être en capacité de définir l'ordre des solutions à construire.

Il est à noter que hors les cas « Groupe » qui sont des mises en place pour aider tous les résidents, un seul cas concernant un résident a été résolu. Tous les autres cas restent « à suivre ». Les addictions en tabac et alcool restent des difficultés pour l'établissement, et des besoins non assouvis par manque d'argent.

**Tableau 15 : Détails des cas « addiction » et du temps nécessaire d'accompagnement par type de professionnel.**

Table 15: Details of "addiction" cases and the time required for support by type of professional.

| N° du cas | Intitulé des cas                       | Nombre de résidents concernés | Temps résident | Temps tuteur | Temps tiers | Temps agents | Durées totales | État     |
|-----------|--|-------------------------------|----------------|--------------|-------------|--------------|----------------|----------|
| 39        | Accompagnement buraliste               | 45                            | 1              | 6            | 9,5         | 2            | 18,5           | Clos     |
| 4         | Gestion des partenariats               | 7                             | 1              | 1            | 5           |              | 7              | Clos     |
| 31        | Addiction et peur de la mort           | 1                             | 4              |              |             | 1            | 5              | À suivre |
| 16        | Déni du lien argent & tabac            | 1                             | 3              | 1            |             |              | 4              | À suivre |
| 40        | Alcoolisme et argent                   | 1                             | 3,5            | 0,5          |             |              | 4              | À suivre |
| 145       | Un contrat à construire                | 1                             | 4              |              |             |              | 4              | À suivre |
| 32        | Déni de dépendance                     | 1                             | 1              |              |             | 2            | 3              | À suivre |
| 50        | Alcoolisme et sortie                   | 1                             | 2              |              |             |              | 2              | À suivre |
| 138       | Non-coopération                        | 1                             | 2              |              |             |              | 2              | À suivre |
| 25        | Adaptation : cigarette électronique    | 1                             | 1,5            |              |             |              | 1,5            | À suivre |
| 148       | Adaptations des bons d'achat addiction | 1                             |                | 1            |             |              | 1              | Clos     |
|           | <b>Total</b>                           | <b>61</b>                     | <b>23</b>      | <b>9,5</b>   | <b>14,5</b> | <b>5</b>     | <b>52</b>      |          |

<sup>11</sup> Le verre est servi à ras pour éviter toute réclamation de mesure ou de manque de confiance quant à la quantité.

<sup>12</sup> C'est le phénomène d'« adaptation secondaire » repéré par Erwing Goffman dans Asile : Étude sur la condition sociale des malades mentaux (1968)<sup>70</sup>.

L'éducateur spécialisé a des compétences multiples pour résoudre des situations complexes, et le savoir-être pour aboutir.

### Les autres apports pour l'institution et l'équipe

#### Les apports en psychologie

Avant l'arrivée d'un éducateur spécialisé, le psychologue récoltait toutes les situations difficiles ou conflictuelles du résident précaire. Outre l'aspect chronophage, le professionnel se retrouvait sinon en échec, du moins face à un *statu quo*, car dans l'incapacité de gérer les situations administratives, monétaires, ou de gérer ou recréer des liens sociaux ou familiaux perdus par les personnes précaires. Sur le plan psychologique, le travail permettait un maintien, mais pas une progression tant la charge mentale du résident autour de ces problèmes était forte. Cela nourrissait la frustration et l'impuissance du psychologue, mais également de toute l'institution.

L'arrivée de cette compétence d'éducateur spécialisé et le travail en collaboration, notamment autour des liens sociaux, ont grandement facilité le travail quotidien du psychologue, mais également le travail de chaque résident sur lui-même.

Concrètement, le suivi psychologique est passé de 332 suivis psychologiques à 222 en 2021<sup>13</sup>, libérant du temps et de l'énergie pour les autres missions du psychologue ou pour un meilleur ciblage qualitatif de son travail. Il en découle un apaisement général.

#### Les apports pour l'institution

Un Ehpad est un lieu de vie dit « médico-social ». Que ce soit dans son financement ou dans ses effectifs, la part médicale et sanitaire est largement dominante. L'aspect « social et vie » est largement sous-estimé ou dévolu à des agents non formés aux problématiques sociales. L'accompagnement des résidents précaires, qui, rappelons-le, va toucher nombre d'Ehpad dans les années qui viennent, met en lumière les besoins d'accompagnement social.

L'expérience d'un emploi d'éducateur spécialisé en Ehpad a non seulement montré l'adéquation de ce profil aux besoins, mais a également apporté des résultats en matière de suivi psychologique, et dans la fluidité et la qualité du soin, par la répercussion du bien-vivre du résident précaire. En d'autres termes, le résident précaire exprime ses frustrations par la violence : ses problèmes ne sont pas compris, et sont donc non résolus ; la méfiance et la défiance s'installent, la situation et les agressions s'aggravent. Compter sur l'ingéniosité

et l'implication des soignants au prix d'aménagement avec les « bonnes pratiques » (tutoiement, proximité et confiance, implication personnelle) n'est ni suffisant, ni satisfaisant, ni légitime. Aussi, l'étude, sur la durée, démontre que le recours à un professionnel du social est nécessaire dans ce lieu de vie, dit médico-social.

Au-delà de cet aspect, l'expérience montre également un apport qui nous met en conformité avec les valeurs médico-sociales et la loi n° 2002-2<sup>(8)</sup> : le résident est au centre des préoccupations. Non seulement le travail et le discours de l'éducateur spécialisé dans ses contacts avec les autres professionnels du soin recentrent l'attention sur tous les besoins de l'humain et non uniquement sur son aspect sanitaire ou occupationnel, mais également modifient la culture et le raisonnement de tous les agents.

En recentrant, naturellement, instinctivement, tous les débats autour de l'expression du besoin du résident par le résident lui-même, le travail du soignant et son approche se modifient. Motiver un résident précaire sur la toilette ne va plus se faire sur l'aspect hygiène, mais bien être basé sur les motivations potentielles du résident. Non seulement la charge mentale afférente aux deux protagonistes est soulagée, mais la communication est améliorée par le partage des mêmes codes de langage.

L'éducateur spécialisé renforce le devoir de mettre le résident, dans son entièreté, au centre des préoccupations. Pour un établissement et sa direction, c'est un appui précieux à la promotion des valeurs d'accompagnement et à la réalisation de ses missions premières qui inclut la mission de lieu de vie.

L'expérience montre également que l'intégration de la personne issue de la précarité dans une organisation de communauté de résidents finit par ôter les stigmates de la rue, et amène le précaire au statut de retraité socialement intégré dans cette communauté.

#### ... Et après l'expérimentation...

L'étude s'est terminée en décembre 2021. Depuis, l'éducatrice spécialisée a été confortée dans ces rôles et missions. Elle a été rejointe par un éducateur sportif.

Sur les 67 cas non clos en décembre 2021, 43 ont abouti dans l'année, 6 ont été un échec, 16 restent à suivre, et deux résidents sont décédés.

En décembre 2022, l'accompagnement vers des mises sous tutelle des résidents non autonomes s'est poursuivi. La nécessité d'accompagnement vers une mise sous tutelle ne concernera bientôt que les nouveaux entrants dans ce besoin.

<sup>13</sup> Le psychologue de l'établissement suit les résidents dans différentes problématiques. Les personnes issues de la précarité multiplient les besoins, psychologiques ou non. Chaque suivi est tracé par le psychologue. Avec l'intervention de l'éducateur spécialisé un certain nombre de suivis dits sociaux sont directement gérés par le professionnel social. Le psychologue dégage du temps pour par exemple mettre en place des analyses de pratique, des bilans ou réunions cliniques ou piloter les projets d'accompagnement individualisés.

Aussi, comme attendu, l'activité de cette professionnelle sociale a évolué vers plus d'actions liées à l'autonomie et à la mobilité, et plus d'actions pour développer les liens familiaux et la socialisation, plus de prévenance et de travail de formation des soignants.

Les problématiques de l'admission, notamment la période d'adaptation du résident à son nouvel environnement, et l'adaptation des équipes à de nouvelles personnalités se sont nettement améliorées : il est constaté moins d'incidents, de crises, et de déclaration d'événements indésirables.

Simultanément, les soignants se reposent de plus en plus sur l'expertise de l'éducatrice spécialisée et se mettent moins en situation à risque dans leur rôle de soignant-confident.

Les échanges pluridisciplinaires qui visent à accompagner des situations complexes bénéficient également aux autres types de résidents par une meilleure prise en compte de leurs droits sociaux : l'aspect social et droit sont systématiquement abordés avec l'aspect sanitaire.

Ces évolutions sont particulièrement importantes dans la mesure où l'Ehpad François I<sup>er</sup> fait face de plus en plus à l'accueil de personnes dites « grands précaires », mais accueillent également de plus en plus de personnes en situation de handicap et vieillissantes, ou de personnes atteintes de troubles psychiatriques. ■

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

## RÉFÉRENCES

1. **Haute Autorité de santé (HAS).** *LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours.* Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020 Dec 8. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation\\_lhss\\_lam\\_act\\_08122020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf)
2. **Observatoire national de la fin de vie (ONFV).** *Fin de vie et précarités : Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France [Rapport].* Paris : ONFV ; 2014. [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/ONFV\\_2014\\_-\\_Synthese\\_du\\_Rapport\\_Fin\\_de\\_vie\\_et\\_precairites.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/ONFV_2014_-_Synthese_du_Rapport_Fin_de_vie_et_precairites.pdf)
3. **Le Noc Soudani M, Miot C.** Le savoir-faire d'Ehpad accueillant des résidents ayant connu la rue. *Rev Geriatr* 2020; 45 (5) : 304-7.
4. **Ministère de la Santé et de la Prévention, ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.** *Éducateur spécialisé : Diplôme d'État de niveau VI, grade licence.* <https://solidarites.gouv.fr/educateur-specialise>
5. **Diallo CT, Leroux I (dir.).** Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. In : *L'aide et l'action sociales en France : Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion.* Paris : Drees ; 2020. p. 109-115. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
6. **Furtos J.** De la précarité à l'autoexclusion. Paris : Éditions Rue d'Ulm ; 2009.
7. **Goffman E.** *Asile : Étude sur la condition sociale des malades mentaux.* Paris : Éd. Minuit ; 1968.
8. **République française.** Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. NOR : MESX0000158L. *JORF* 3 janvier 2002, texte n° 2. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

## EN SAVOIR PLUS

- **Furtos J.** *De la précarité à l'autoexclusion.* Paris : Éditions Rue d'Ulm ; 2009.
- **Furtos J.** La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Carnet PSY* 2011 ; 156 (7) : 29-34.
- **Laville JL, Salmon A.** *Pour un travail social indiscipliné : Participation des citoyens et révolution des savoirs.* Toulouse : Érès ; 2022.
- **Les Petits Frères des Pauvres.** Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017. 2017 Sept 29. <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017>
- **Rouay-Lambert S.** SDF retraité : un impensé social. In : Réseau franco-phonie des villes amies des aînés. *Penser les différences dans l'avancée en âge.* Paris : La Documentation française ; 2018 (Les essentiels amis des aînés, n° 8).
- **Rouay-Lambert S.** La retraite des anciens SDF : Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite. *Ann Rech Urb* 2006 ; 100 : 136-43. <https://doi.org/10.3406/aru.2006.2657>