RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Mieux accompagner les personnes précaires vieillissantes : état des lieux et propositions

AVRIL 2026
2025-065R

RAPPORT

RAPPORT

Dr Julien **Emmanuelli**

Mireille **Gaüzère**

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Avec la participation de Marie **Sirinelli**, d'Aurélie **Lorrain-Itty** et de Stéphane **Mulliez** (Membres de l'Inspection générale des affaires sociales) ainsi que de Juliette **Berthe** et Élise **Martins** (Pôle Data)

Suivez-nous sur Linkedin

CADRE D'INTERVENTION

Le présent rapport est le produit d'une mission assurée par l'Igas.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) réalise des missions d'inspection, de contrôle, d'audit, d'expertise et d'évaluation à l'intention des ministres chargés des affaires sociales et du Premier ministre. Elle intervient sur le fondement d'une saisine écrite d'un de ces commanditaires ou dans le cadre de son programme annuel de travail. Ses rapports sont transmis aux ministres commanditaires, seuls décideurs de leur publication, sans préjudice de l'application des dispositions du code des relations entre le public et l'administration sur la communication des documents administratifs.

Les travaux du service se déroulent dans le respect des principes d'indépendance, d'impartialité et de qualité.

Le respect de ces principes est assuré par :

- la responsabilité individuelle des inspecteurs, dans la limite du cadre défini par la lettre de mission, en particulier ses objectifs et ses délais : tout membre de l'inspection générale fait preuve d'impartialité et d'indépendance de jugement et est libre des diagnostics et propositions qu'il formule. Il signe le rapport. Il peut refuser d'apposer sa signature à un rapport dont il ne partagerait pas tout ou partie des conclusions ;
- la déontologie : une charte et un collège de déontologie définissent et précisent les règles que doivent respecter la direction de l'IGAS et les inspecteurs. L'absence de conflits d'intérêt est notamment vérifiée au moment de l'affectation des inspecteurs sur une mission ;
- la collégialité. Un comité des pairs, saisi lors du cadrage des travaux puis de la rédaction du rapport, vise à garantir le respect de la commande, la rigueur de la méthode d'investigation et la robustesse des recommandations ;
- l'objectivité des constats : les inspecteurs outre leur formation initiale et continue, et leurs compétences personnelles, peuvent mobiliser les expertises internes, dont un pôle Données, et disposent d'outils méthodologiques adaptés autant que possible à la diversité de leurs missions. Ils veillent à recueillir, sans parti pris ni présupposé, le point de vue de l'ensemble des parties prenantes au cours de leurs travaux ;
- la contradiction vis-à-vis des organismes évalués et contrôlés : les membres de l'IGAS restituent leurs travaux auprès des principaux acteurs concernés ; les contrôles font l'objet d'une procédure contradictoire préalable à la finalisation et à l'envoi du rapport à ses commanditaires.

SYNTHESE

[1] Par ordre de mission du 7 juillet 2025, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a missionné le Dr Julien Emmanuelli, inspecteur général, Marie Sirinelli jusqu'à son départ de l'IGAS en décembre 2025 et Aurélie Lorrain-Itty, remplacée le 1er octobre par Stéphane Mulliez, appelés à d'autres fonctions, puis, le 5 novembre 2025, par Mireille Gaüzère, inspectrice générale, pour conduire une mission de son programme de travail relative au « vieillissement et à la grande précarité ».

[2] **Au regard du défaut de données, de la quasi-absence de travaux antérieurs dédiés à ces thématiques, mais surtout de l'importance de ce sujet, tant pour les personnes concernées que pour les professionnels et institutions qui les accueillent, de manière exigeante pour les équipes concernées, la mission a utilisé une méthodologie multi-canal :** à partir d'une première revue de littérature très générale établie par un laboratoire de santé publique l'Igas a produit une **revue de littérature** plus ciblée sur la grande précarité, a pratiqué **un parangonnage européen**, a sollicité le **pôle « données » de l'IGAS** qui a approché le phénomène à partir des données de la statistique publique, et a procédé à un **recueil d'éléments ciblés par la voie d'un questionnaire** administré en lien avec la fédération des acteurs sociaux (FAS) auprès de structures susceptibles d'accueillir ces publics**. Enfin et pour l'essentiel, la mission appuie ses constats et propositions sur des entretiens de terrain auprès de plus de deux-cents personnes** : usagers eux-mêmes, sur leur lieu de vie, universitaires, administrations centrales et déconcentrées, élus et agents des collectivités locales, professionnels des établissements de toute nature accompagnant des personnes précaires vieillissantes.

[3] Chacun a bien voulu partager son expérience et ses réflexions et souvent donner à voir des bonnes pratiques que le rapport s'efforce de mettre en lumière. Les échanges directs avec des personnes précaires vieillissantes ont été particulièrement précieux pour éclairer des parcours jalonnés de ruptures, mais aussi parfois des résiliences remarquables, l'âge de la retraite devenant pour certains sans abri, celui de la stabilisation et de l'amélioration des conditions de vie.

[4] Il ressort de l'ensemble des éléments recueillis que, **l'espérance de vie des personnes sans abri est nettement plus faible que celle de la population générale (de l'ordre de 30 ans de moins) du fait d'une surmortalité prématurée, ce qui réduit *ipso facto* le nombre des personnes âgées concernées. Nonobstant, le nombre des personnes sans abri de plus de 50 ans oscillait en France entre 35 000 (dernières données INSEE disponibles) et 70 000 (sources associatives) en 2012, soit environ le quart des personnes sans abri, proportion en augmentation depuis 2002 (17 %).** Ces chiffres ont encore nettement progressé en France comme dans les autres pays européens dans les quinze dernières années. **En 2021 (derniers chiffres disponibles), la part des personnes âgées de plus de 60 ans devient significative dans les structures d'hébergement généraliste -** 5,3 % dans les CHRS **- et surtout dans les structures d'hébergement médicalisé -** 11 % dans les appartements de coordination thérapeutique, 27 % dans les lits halte soins santé (LHSS), 40 % dans les lits d'accueil médicalisé (LAM). **Dans le logement accompagné, les pensions de famille (maisons relais et résidences accueil) accueillent, la même année, près de 30 % de résidents de 60 ans ou plus**, dont 5,6 % de 70 ans ou plus.

[5] **Du point de vue administratif, la mission a été frappée par un manque de doctrine partagée pour savoir de quelles institutions et de quels types d'acteurs ces publics relèvent,** dans un contexte de résistance fréquente des gestionnaires de structures à les accueillir et d'une partie des gériatres à s'acculturer aux spécificités de la précarité, et notamment, à reconnaitre les grands précaires avec vieillissement prématuré comme des personnes âgées avant le seuil d'âge institutionnel (60 ans pour l'EHPAD). S'ajoutent à cette difficulté « culturelle » deux difficultés « juridiques » : pour tous les publics,

celle des barrières d'âge communément utilisées pour l'accès aux différentes prestations et structures d'accueil d'une part, pour certains publics étrangers, le fait que l'inconditionnalité de l'accueil s'applique aux structures d'hébergement, généraliste et médicalisé, mais non aux autres structures médico-sociales, telles que les EHPAD, non plus qu'au logement accompagné.

[6] **Du point de vue opérationnel, ces personnes précaires vieillissantes se caractérisent par des vulnérabilités intriquées** - sociales, économiques, psychiques, somatiques, relevant du handicap - et par des besoins situés au carrefour du social, du médico-social et du sanitaire. Souvent ambivalentes vis-à-vis de la relation d'aide et présentant des comportements complexes à accompagner dans le collectif, elles peinent à trouver leur place au sein des différentes institutions. Trop fatiguées pour la rue, trop âgées au regard de la réglementation pour l'accès aux hébergements dédiés aux personnes handicapées, trop jeunes pour intégrer les structures médico-sociales relevant du grand âge ou n'ayant pas le statut administratif pour y accéder (absence de titre de séjour ou durée de résidence régulière insuffisante), ces personnes sont généralement trop seules et/ou trop démunies pour participer à leur prise en charge. Leurs difficultés constituent des *signaux d'alerte* qui mettent et mettront en tension un écosystème administratif trop complexe et organisé en silo, en particulier dans un mouvement de fond de vieillissement de la population, et plus encore, si la paupérisation d'une partie de celle-ci se poursuit.

[7] **Au regard de cet état des lieux et pour répondre aux besoins de ces cohortes croissantes, la mission formule une douzaine de recommandations concrètes, à droit constant et rapidement mobilisables par l'État et les autres acteurs.**

[8] Il importe ainsi **d'adapter le bâti des structures d'hébergement aux besoins des personnes dépendantes** et de **mutualiser des postes d'infirmiers coordonnateurs ou de médiateurs en santé en leur sein**. **A ce titre, la mission préconise l'abondement en base du programme n° 177 DIHAL à hauteur de 55 millions d'euros** (correspondant à un surcoût moyen de 15 % d'un coût de journée moyen à la place de 50 euros pour les CHRS, pour 10 % des 200 000 places d'hébergement ouvertes, avec l'hypothèse que 10 % des personnes demandant un hébergement sont âgées de plus de 50 ans). **En matière de logement accompagné**, le **développement des pensions de famille**, ne serait-ce que le déploiement complet du plan de cohésion sociale dit « plan Borloo » de 2005, et **l'achèvement du plan de réhabilitation des foyers de travailleurs migrants** lancé dans les années 1990 et aujourd'hui massivement occupés par des personnes âgées sont des priorités de premier rang. Il en va de même du **développement de places de lits d'accueil médicalisé, y compris au sein de certains EHPAD pour accueillir des personnes à droit incomplet**. **A ce titre, la mission propose la création de 1000 lits supplémentaires d'hébergement médicalisé, pour un coût de l'ordre de 55 millions d'euros en base dans l'ONDAM « personnes en difficulté sociale » avec l'hypothèse d'un prix de journée moyen de 150 euros).** Quand ils sont orientés vers l'hôpital, ces publics y demeurent souvent en l'absence d'indication médicale faute de solution d'aval. Or, le coût de la journée d'hôpital (1000 à 2000 euros par jour) reste incomparablement plus élevé que celui de l'hébergement d'insertion (50 euros) ou de l'hébergement médicalisé (150 à 200 euros).

[9] L'**EHPAD est l'une des catégories de structures qui sera la plus sollicitée pour les personnes précaires vieillissantes**, d'où l'intérêt d'**intégrer systématiquement des objectifs en matière de qualité d'accueil des personnes issues de la grande précarité** dans les documents stratégiques signés entre les EHPAD et leurs tutelles et d'**augmenter le « reste à vivre » en EHPAD pour ces usagers,** y compris, si aucune autre solution n'est trouvée, par convention avec une association caritative implantée localement. **En alternative à** l'EHPAD**, le développement des petites unités de vie semble une réponse adaptée à ces problématiques, de même que celui des résidences autonomie, orientation précisée dans le rapport IGAS/CGEDD sur les habitats partagés attendu en avril 2026.**

[10] Enfin**, la grille AGGIR mériterait d'être ajustée pour mieux prendre en compte les spécificités de ce public,** et **des recommandations de bonnes pratiques sur son accueil et son accompagnement pourraient être établies sous l'égide de la Haute autorité de santé**, en **ciblant plus particulièrement une réflexion éthique** (libertés, addictions, protection des personnes en fin de vie…).

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Echéance
1	S'agissant du secteur de l'hébergement, abonder de 55 millions d'euros en base programme 177 DIHAL pour notamment : - Intégrer à l'organisation et à la planification du bâti les besoins des personnes dépendantes, - Mutualiser des postes d'infirmiers coordonnateurs ou de médiateurs en santé au sein des centres d'hébergement.	1	DIHAL/ Préfet de département	2026
2	Dans le domaine du logement accompagné, - Développer les appels d'offres pour des pensions de famille en général et pour des pensions de famille spécialisées dans l'accueil des personnes de plus de 50 ans, - Achever le plan de réhabilitation des foyers de travailleurs migrants.	1	DIHAL/ Préfet de département Collectivités locales pour l'investissement Organismes gestionnaires	2026
3	En matière d'hébergement médicalisé, abonder de 55 millions d'euros l'ONDAM PDS pour notamment, - Développer les LHSS mobiles et les LHSS de jour, - Lancer des appels à projet pour des places de LAM supplémentaires et des ACT « hors des murs » dans les départements où des besoins ont été identifiés.	1	DGCS/ ARS	2026
4	S'agissant des EHPAD, - Intégrer systématiquement des objectifs en matière de qualité d'accueil des personnes issues de la grande précarité dans les documents stratégiques signés entre les tutelles et les établissements médico-sociaux (CPOM), - Généraliser, dans les EHPAD accueillant un nombre significatif de personnes issues de la grande précarité, la présence d'un éducateur spécialisé - Augmenter le « reste à vivre » pour les personnes précaires.	1	DGCS/ Département ARS	2026

5	Élaborer avec les acteurs du champ une grille d'évaluation intégrée prenant en compte les caractéristiques spécifiques des personnes précaires vieillissantes (perte d'autonomie, troubles neuro-psychiques, problématiques sociales).	2	Tous acteurs du champ sous pilotage DGCS	A partir de 2026
6	Développer le parc des résidences autonomie, ainsi que l'intervention de travailleurs sociaux et de soignants en leur sein.	1	DGCS/ département/ ARS	2026-2030
7	Relancer des appels à projets pour la création de Petites Unités de Vie, tout en recherchant des modalités de sécurisation de leur modèle économique.	1	DGCS/département/ ARS	2026-2030
8	Promouvoir par appel à projets les dynamiques de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux, tout particulièrement en encourageant les projets assemblant des établissements dédiés à l'hébergement ou au logement des personnes précaires, d'une part, et des structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées, d'autre part.	2	Préfet/ département/ ARS	2026-2030
9	Expérimenter la création, dans les locaux ou à proximité de quelques EHPAD, de places de LAM permettant l'accueil des personnes vieillissantes dont la situation administrative fait obstacle à une entrée en EHPAD.	1	DGCS/ARS/ département	2026
10	Afin de faciliter les parcours, assurer un contingent de places dédiées aux personnes très précaires dans les EHPAD, adapter et partager la procédure de dérogation aux critères d'âge posés pour l'accès aux établissements médico-sociaux, et pour l'accès aux prestations associées, tout particulièrement l'ASH, créer, dans chaque département, un guichet unique Etat/département pour la détermination du domicile de secours, ainsi qu'un délai maximal de traitement des demandes d'ASH pour les personnes sans domicile fixe.	1	Groupe de travail présidé par le préfet avec le département, l'ARS et la CPAM	2026
11	Afin de faciliter l'orientation des personnes en grande précarité vieillissantes, labelliser, dans chaque département, une mission *interface* assurant l'orientation des personnes âgées sans domicile fixe, depuis les dispositifs de l'urgence sociale vers les solutions d'accueil pérenne.	2	Préfet/ DDETS	Dès 2026
12	Élaborer, dans le cadre du SPDA, une feuille de route départementale permettant la coordination inter-institutionnelle sur le sujet du vieillissement des personnes sans domicile et croiser la programmation de l'offre de logement accompagné avec celle de l'offre de soin et d'aide à domicile.	2	Département en lien avec services de l'Etat (ARS, DDETS)	A partir de 2026

13	Dans le souci de former et d'outiller efficacement tous les professionnels : - Intégrer à la formation des professionnels du champ social un module concernant le vieillissement et la dépendance ; - Symétriquement, intégrer à la formation des professionnels du secteur autonomie un module concernant la grande précarité ; - Développer des formations initiales ou continues communes aux professionnels des deux secteurs ; - Assurer la diffusion systématique d'outils permettant aux professionnels des secteurs concernés d'être sensibilisés aux problématiques liées au vieillissement des personnes très précaires.	2	DGCS pour les programmes de formation Têtes de réseau associatives pour les formations communes et la diffusion des outils	A partir de 2026
14	Élaborer des recommandations de bonnes pratiques au sujet de l'accueil et l'accompagnement des personnes très précaires vieillissantes par les ESSMS, en ciblant plus particulièrement celles appelant une réflexion éthique de la part des structures.	2	HAS	2026-2027

SOMMAIRE

CADRE D'INTERVENTION **2**

SYNTHESE **3**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION **6**

RAPPORT **11**

1 LES DIFFICULTES LIEES AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES PRECAIRES **15**

1.1 LES PERSONNES PRECAIRES VIEILLISSANTES : ETAT DES LIEUX 15

1.1.1 Une réalité largement sous-estimée qui constitue pourtant un enjeu de politique publique *15*

1.1.2 Un public hétérogène, aux trajectoires et aux besoins variables *16*

1.2 UNE PRISE EN CHARGE EN SILOS, MARQUEE PAR DES DIFFICULTES IMBRIQUEES 22

1.2.1 Les difficultés liées au vieillissement des publics accueillis dans le secteur AHIL (accueil, hébergement, insertion, logement adapté) *23*

1.2.2 Les difficultés rencontrées par les établissements pour personnes âgées dans l'accueil des publics très précaires *29*

1.2.3 Au croisement d'une double vulnérabilité, un accès aux soins insuffisant *33*

2 DES PISTES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE : INTEGRER ET DEVELOPPER LES EFFORTS DEJA ENGAGES **37**

2.1 ADAPTER LES LIEUX DE VIE 38

2.1.1 Renforcer la capacité de prise en charge temporaire des besoins des personnes vieillissantes dans le secteur de l'accueil hébergement insertion (AHI) *38*

2.1.2 Améliorer la réponse aux besoins des personnes vieillissantes dans le secteur du logement accompagné *41*

2.1.3 Elargir et adapter l'offre dévolue aux grands précaires vieillissants dans le secteur médico-social . *42*

2.2 FACILITER LA CONTINUITE DES PARCOURS 48

2.2.1 Favoriser les ensembles de structures dans une logique de « poly-accueil » : *48*

2.2.2 Simplifier l'accès aux structures et les transitions *50*

2.2.3 Faciliter l'accès au soin en intégrant les particularités de ce public *53*

2.3 DES CONDITIONS DE REUSSITE COMMUNES AUX DIFFERENTS TYPES D'ACCOMPAGNEMENT 57

2.3.1 Partenariats et coordinations *57*

2.3.2 La formation et l'outillage des professionnels, au croisement des thématiques de l'urgence sociale et du vieillissement *59*

2.3.3 La nécessité d'un outillage spécifique sur les questions éthiques *63*

2.4 COMMENT EVITER LE BASCULEMENT DES PERSONNES AGEES DANS LA GRANDE PRECARITE 66

2.4.1 Diminuer le non-recours social et administratif *67*

2.4.2 Améliorer le repérage des situations à risque *69*

2.4.3 Mieux accompagner pour prévenir la perte du domicile *71*

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES **74**

SIGLES UTILISES **82**

LISTE DES ANNEXES **85**

ANNEXE 1 : ENQUETE DE L'IGAS EN LIEN AVEC LA FAS : PROFIL DES PERSONNES PRECAIRES VIEILLISSANTES **86**

ANNEXE 2 : REVUE DE LITTERATURE IGAS PORTANT SUR LES LIENS ENTRE VIEILLISSEMENT ET PRECARITE 108

ANNEXE 3 : EXPLOITATION DES ENQUETES ES-DS ET EHPA PAR LE POLE DATA (J. BERTHE, E. MARTINS) 141

ANNEXE 4 : PARANGONNAGE – CONTRIBUTIONS DES CONSEILLERS POUR LES AFFAIRES SOCIALES EN ESPAGNE, EN ITALIE, AU DANEMARK, EN SUEDE, ET AU ROYAUME-UNI 176

ANNEXE 5 : PRINCIPALES STRUCTURES D'ACCUEIL ET PRINCIPALES AIDES SUSCEPTIBLES DE CONCERNER LES PERSONNES AGEES PRECAIRES 215

RAPPORT

[11] Par ordre de mission du 7 juillet 2025, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a missionné le Dr Julien Emmanuelli, Marie Sirinelli jusqu'à son départ de l'IGAS en décembre 2025 et Aurélie Lorrain-Itty, remplacée le 1er octobre par Stéphane Mulliez, appelés à d'autres fonctions, puis, le 5 novembre 2025, par Mireille Gaüzère, pour conduire une mission de son programme de travail relative au « vieillissement et à la grande précarité ».

[12] Cette problématique apparaît paradoxale, dans le contexte où, statistiquement, en France, les personnes âgées se trouvent aujourd'hui moins souvent exposées à la pauvreté que la population générale et que chacune des autres classes d'âge[1]. Par ailleurs, l'espérance de vie en situation de grande précarité, en particulier celle des personnes sans abri est très significativement plus faible que celle de la population générale[2], ce qui réduit *ipso facto* le nombre des personnes âgées concernées par cette situation. Pour autant, on vieillit indéniablement beaucoup plus vite et beaucoup plus tôt dans la rue[3], ce qui bouscule les catégories administratives habituelles d'âge et de modalités de prise en charge. La présente mission a pour objet de couvrir deux problématiques, qui se recoupent avec de possibles porosités : le vieillissement en situation de grande précarité et les situations de précarisation critique observées chez certaines personnes âgées, susceptibles de les faire basculer dans la grande précarité.

[13] La notion de précarité se distingue de celle de pauvreté, elle-même polysémique, et inclut pour partie, sans s'y résumer, celle de fragilité, plus médicale, employée dans le secteur gériatrique. Relevant d'un cumul de vulnérabilités (économique, sociale, sanitaire, juridique…), elle se traduit par un état d'insécurité et de dénuement nécessitant une aide à la survie et des soins. Au cœur de cette notion, celle de « grande précarité[4] » est plus souvent utilisée pour désigner la situation de personnes sans logement ou sans stabilité résidentielle, ou encore disposant d'un revenu très faible. La mission a fait le choix de concentrer en premier lieu ses travaux autour des personnes vieillissantes dépourvues de domicile, ce qui inclut les personnes sans abri (dormant à la rue ou dans un autre lieu non prévu pour l'habitation), ou en hébergement présentant un degré plus ou moins marqué de précarité[5].

[14] Toutefois, et afin de pouvoir porter un regard sur les trajectoires et les questions de prévention, il est apparu essentiel d'analyser aussi les situations de marge, plus discrètes – le *halo de la précarité* -, et plus difficiles à définir et quantifier, des personnes âgées qui, sans être encore en situation de précarité (telle qu'entendue par la mission), voient leur équilibre économique, social ou sanitaire fragilisé au point de risquer d'y basculer. Dans cette partie de l'analyse, il s'agit de comprendre, de façon plus prospective, comment certaines fragilités liées à l'âge (pensions modestes, logement

[1] Bilan INSEE 2025 issu des données 2023.

[2] « Les personnes ayant connu un parcours de rue présentent des stigmates de la vieillesse avec 20 ans d'avance par rapport à la population générale. Leurs similitudes sont leurs fragilités multiples, leurs poly-pathologies et également les symptômes psycho-comportementaux » in « Le vieillissement – prématuré ou non – des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'AHIL en Bretagne », Rapport de la Fédération des acteurs sociaux (FAS) Bretagne, avril 2025.

[3] La notion de « vieillissement » renvoie moins à un âge précis, à un seuil, qu'à un processus. Ainsi, en biologie, il peut être défini « comme un processus physiologique, produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps qui va entraîner une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès de l'individu (Moqri et al., 2023).

[4] Dans le présent rapport et par convention, seule l'expression de « précarité » sera employée.

[5] Spectre large allant du « grand exclu » chroniquement sans abri combinant addictions, pathologies somatique et psychique, isolement social et extrêmes précarité financière à la personne récemment expulsée de chez elle, sans tableau aussi marqué, en passant par toutes les situations intermédiaires en termes de profils ou d'intensité des problématiques (cf. § 1.1.2).

inadapté, isolement, dégradation de l'état de santé, fragilité sur le plan psychique…) peuvent précipiter des personnes âgées dans un parcours de précarité - sachant notamment qu'il existe une relation de renforcement réciproque entre précarité et dégradation de l'état de santé. Les développements afférents, conformément au mandat dévolu à la mission, ne sont présentés que de manière rapide, uniquement pour enrichir les constats et propositions relatifs à l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes.

[15] La mission a d'emblée constaté une absence quasi-totale de données statistiques et académiques sur ces thématiques, auquel le présent rapport s'efforce de remédier. Mais surtout, elle a été frappée par un manque de doctrine partagée pour savoir de quelles institutions et de quels types d'acteurs ces publics relèvent, dans un contexte de résistance fréquente des gestionnaires de structures à les accueillir et d'une partie des gériatres à s'acculturer aux spécificités de la précarité, et notamment, à reconnaitre les personnes précaires avec vieillissement prématuré comme des personnes âgées avant le seuil d'âge institutionnel. S'ajoutent à cette difficulté « culturelle » deux difficultés « administratives » : pour tous les publics, celle des barrières d'âge communément utilisées pour l'accès aux différentes prestations et structures d'accueil d'une part, pour certains publics étrangers, le fait que l'inconditionnalité de l'accueil s'applique aux structures d'hébergement, généraliste et médicalisé[6], mais non aux autres structures médico-sociales, telles que les EHPAD, non plus qu'au logement accompagné (pensions de famille, résidences autonomie…).

[16] L'objectif est de réaliser un état des lieux à visée opérationnelle répondant aux besoins des publics concernés et de formuler des recommandations concrètes et rapidement mobilisables par l'État et les autres acteurs : adaptations de dispositifs, innovations à diffuser, coopérations à renforcer.

[17] Au regard du défaut de données, de la quasi-absence de travaux antérieurs ciblés sur ces thématiques, mais surtout de l'importance de ce sujet, tant pour les personnes concernées que pour les professionnels et institutions qui les accueillent, la mission a utilisé une méthodologie *multi-canal :*

[18] Afin de documenter les problématiques liant vieillissement et pauvreté, l'Igas a noué en amont du début des travaux de la mission une collaboration avec un laboratoire de santé publique désigné à l'issu d'un appel à manifestation d'intérêt lancé par la « mission recherche » de l'IGAS en vue de produire une revue de littérature agrégeant plusieurs contenus scientifiques (travaux académiques, études publiées aux plans national et international, littérature grise). Outre un éclairage des notions de pauvreté et de précarité du point de vue des acteurs, cette revue a bien confirmé l'enjeu autour de liens entre vieillissement et pauvreté/précarité en proposant une synthèse d'éléments bibliographiques éclairant les liens entre état de santé, isolement, pauvreté et précarité chez les personnes vieillissantes. Mais du fait des contraintes (thématique très large multicritère et pluridisciplinaire, délais court, période estivale) et de la méthode retenue (approche intégrative fondée sur un algorithme/intelligence artificielle écartant la navigation « boule de neige » et centrée surtout sur des publications à comités de lecture), cette revue n'a pas pu faire de focus poussé sur la précarité telle qu'entendue par la mission.

[19] Partant de cette première revue très générale, la mission Igas a identifié des publications issues des sciences humaines et des productions d'organismes publics ou associatifs ciblant plus particulièrement la problématique des personnes précaires vieillissantes. Elle a procédé de manière plus empirique en s'appuyant sur des échanges avec les acteurs de terrain (articles et documents institutionnels cités portant sur le vieillissement en situation de précarité, chaque source consultée étant susceptible de renvoyer vers d'autres sources de données potentielles). La synthèse de ce travail,

[6] Lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisé.

présentée en **annexe 1**, agrège différents types de données, pour l'essentiel issues des sciences sociales et de l'observation des acteurs, concourant à mieux cerner les profils des personnes précaires vieillissantes (volumétrie et dynamique, caractéristiques et typologisation) et les spécificités de leur accompagnement.

[20] Au-delà des publications mises en lumière par la revue de littérature, la mission s'est appuyée sur quelques **données et rapports, qui, sans être spécifiquement consacrés au sujet, l'abordaient pour partie :**

- rapports administratifs : « Revue de dépenses relative à l'hébergement d'urgence» (IGAS-IGF, mai 2025 n° 2005-006R, 418 pages, et notamment l'annexe n° 2), « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit » IGAS *n° 2023-014R, février 2024*; « La prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion, et ayant des conduites addictives » n°2005RM-068P, IGAS, 2005, « L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes », Cour des comptes, 2023.
- rapports associatifs : « Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne », M. Vignault, E. Rey, FAS Bretagne, avril 2025 ; « Projet personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné », 2023-2024, UNIOPSS ; « La pauvreté des personnes âgées, Vivre sous le seuil de pauvreté quand on a 60 ans et plus », rapport des Petits frères des pauvres », octobre 2024).

[21] La mission a également utilisé des données de la DREES et de l'INSEE[7] (voir infra 1-1), des rapports et baromètres du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), ainsi que divers retours d'expérience ou monographies établis par des centres communaux d'action sociale (CCAS), des départements ou des agences régionales de santé (ARS).

[22] La mission a choisi de pratiquer un parangonnage. Pour ce faire, la mission a sollicité les conseillers aux affaires sociales (CAS) de plusieurs pays (postes de Rome, Madrid, Londres, Stockholm, Copenhague) par l'intermédiaire de la DAEI, pour rechercher les initiatives et les bonnes pratiques existantes. La mission n'a pas envoyé[8] de questionnaire aux CAS mais les a informés de l'existence de la mission et de ses questions, en sollicitant des réponses sous format libre. Ces contributions figurent *in extenso* à l'annexe n° 4 et sont évoquées dans le rapport.

[23] La mission a également sollicité le pôle « données » de l'IGAS dont la contribution à l'identification de la grande précarité des personnes vieillissantes figure en annexe n° 3.

[24] Par ailleurs, la mission a procédé à un recueil de données ciblées par la voie d'un questionnaire administré en s'adossant à la fédération des acteurs sociaux (FAS) afin de parvenir à établir un état des lieux à l'échelon national (voir annexe n° 1). Ces travaux ont été réalisés avec précaution, et centrés autour de questions opérationnelles, sans aspirer à la précision statistique de l'enquête « Sans domicile » de l'INSEE à venir. Les résultats indiquent des tendances qui contribuent à éclairer la thématique même s'ils ne visent ni l'exhaustivité ni la représentativité.

[7] Toutefois, l'enquête « Sans domicile » de l'INSEE achevée en juillet 2025 ne donnera pas lieu à publication avant la fin 2026.

[8] Conformément aux recommandations de la mission permanente « Europe et international ».

[25] Enfin et pour l'essentiel, la mission appuie ses constats et propositions sur des entretiens de terrain auprès de plus de deux-cents personnes (cf. liste des personnes rencontrées) : usagers eux-mêmes, sur leur lieu de vie[9], universitaires, administrations centrales, services de l'Etat dans les départements, délégations territoriales des ARS, élus et agents des collectivités communales et départementales, professionnels et responsables des établissements accueillant ou accompagnant des personnes précaires vieillissantes (hébergement, logement accompagné dans toutes ses composantes concernées, SAMU sociaux, équipes de veille sociale, structures d'appui ou d'orientation, établissements pour personnes âgées).

[26] Ce rapport présente les constats et propositions de la mission selon deux axes : un état des lieux portant sur les personnes précaires vieillissantes dans toute leur diversité et les modalités et difficultés de leur accompagnement (première partie), et la présentation de pistes d'amélioration de leur prise en charge, incluant la prévention du basculement de personnes vieillissantes dans la précarité (deuxième partie). Il comporte cinq annexes :

1 Enquête de l'IGAS en lien avec la FAS : profil des personnes précaires vieillissantes

2 Revue de littérature établie par l'IGAS relative aux liens entre vieillissement et précarité.

3 Exploitation des enquêtes ES-DS et EHPA par le pôle Data de l'IGAS

4 Parangonnage – contributions des conseillers pour les affaires sociales en Espagne, en Italie, au Danemark, en Suède, et au Royaume-Uni.

5 Principales structures d'accueil et principales aides susceptibles de concerner les personnes âgées précaires

[9] Pour le recueil de la parole des personnes concernées, la mission s'est parfois appuyée sur des relais compétents localement pour co-construire une séquence avec des personnes concernées. L'objectif n'est pas de rechercher une réalité statistique, mais de bénéficier d'une diversité de points de vue et d'intégrer la vision des publics les premiers concernés par le thème du rapport. A cette fin, la mission a par exemple pris contact avec le réseau "vieillissement et précarité" implanté à Grenoble, habitué à ce type de séquences, ou avec le Centre d'action sociale de l'Isle-Saint-Denis.

1 Les difficultés liées au vieillissement des personnes précaires

1.1 Les personnes précaires vieillissantes : état des lieux

[27] Les développements qui suivent s'appuient sur les analyses détaillées figurant dans l'annexe 1, enquête de l'Igas auprès de structures adhérentes à la Fédération des acteurs sociaux, et l'annexe 2, revue de littérature établie par l'Igas portant sur les liens entre vieillissement et grande précarité. Sont également mobilisées les données chiffrées présentées à l'annexe 3 établie par le pôle data de l'Igas à partir d'éléments de la statistique nationale.

1.1.1 Une réalité largement sous-estimée qui constitue pourtant un enjeu de politique publique

[28] Le vieillissement en situation de précarité est un sujet qui s'impose aux acteurs de terrain. Mais il souffre d'une forme d'invisibilité institutionnelle, les dispositifs n'utilisant ni outils de repérage systématique, ni indicateurs permettant de caractériser les fragilités liées à l'âge et la statistique publique couvrant mal cette catégorie de personnes relevant d'une pluralité de champs et de dispositifs. En quelque sorte « incasables », ces personnes peinent à trouver leur place au sein des institutions, lesquelles ont tendance à se les renvoyer, l'ensemble témoignant l'absence d'une vraie politique structurée.

1.1.1.1 Un phénomène identifié de longue date

[29] Malgré sa faible visibilité, le vieillissement des personnes précaires est pourtant un phénomène identifié de longue date, et perçu comme susceptible de prendre de l'ampleur de manière mécanique dans les décennies à venir. En 2012, le nombre de sans abri à la rue oscillait entre 150 000 (INSEE, 2012) et 300 000 (Fondation abbé Pierre, récemment renommée Fondation pour le logement des défavorisés), dont un quart avaient 50 ans et plus (35 000-70 000)[10] , proportion en croissance depuis 2002 (17 %).

[30] La proportion de personnes précaires vieillissantes recensées par le dispositif de veille sociale (SIAO) ou accueillies dans les structures proposant de l'hébergement se situe en moyenne entre 15 et 20 %, sujet d'ampleur croissante, qu'il s'agisse des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou de centres d'hébergement d'urgence (CHU), de pensions de famille et de résidences accueil, ou encore d'EHPAD.

1.1.1.2 Une tendance à la hausse qui devrait se poursuivre

[31] Ce constat est d'autant plus préoccupant que « le sujet ne se réduit pas à la question de la prise en charge de quelques milliers d'anciens sans-abris ayant réussi à braver les épreuves de la rue »[11]. Au regard de changements structurels combinant vieillissement et précarisation de la population, les personnes précaires vieillissantes à la rue peuvent être considérées comme des sortes de *signaux*

[10] Loin d'être exhaustive, l'enquête Igas auprès de structures adhérentes de la FAS (cf. annexe 1) recense à elle seule plus de 9000 personnes précaires vieillissantes, réparties sur 262 structures qui ne représentent que 22 % des établissements auxquels a été adressé le questionnaire, la FAS ne couvrant par ailleurs qu'une partie des dispositifs susceptibles d'accueillir ce type de public.

[11] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales 25/ 2025, (en ligne).

d'alerte, annonçant « *l'arrivée à la retraite*, et en situations diverses de dépendances précoces, d'une génération qui a connu un parcours de vie compliqué, jalonné de ruptures et de résiliences »[12].

[32] La tendance à la hausse devrait donc se poursuivre, l'accélération du vieillissement et l'amélioration des accompagnements proposés aux personnes à la rue entraînant *ipso facto* une augmentation du nombre des personnes précaires vieillissantes. Angle mort autant qu'impensé de l'action publique, le vieillissement des personnes sans domicile constitue ainsi un enjeu essentiel, commun à d'autres pays de l'Union européenne.

L'augmentation du sans-abrisme chez les personnes âgées dans l'Union européenne
(cf. annexe 4)

Royaume-Uni :
Selon un rapport[13] publié en août 2025 par l'ONG Crisis (spécialisée dans la lutte contre le sans-abrisme), s'appuyant sur des données produites par le ministère du Logement, les personnes âgées en Angleterre seraient de plus en plus confrontées à des formes de précarité en matière de logement et d'exclusion résidentielle. Ainsi, en 2023-2024, 40 580 personnes âgées de 55 ans et plus faisaient face au sans-abrisme (personnes considérées comme sans-abri ou à risque de sans-abrisme), soit une augmentation de 33 % en deux ans[14]. Le nombre de ménages de 55 ans et plus contraints de recourir à un logement temporaire a par ailleurs augmenté de 35 % sur deux ans, atteignant 12 990 fin mars 2024. En Écosse, en 2023-24, 5 127 personnes de 50 ans et plus faisaient face au sans-abrisme, soit une hausse de 21 % en deux ans[15].

Suède :
Les personnes de 65 ans et plus représentent 5 % des sans-abri[16], ce qui représente une augmentation notable par rapport au recensement de 2017 (où ils n'étaient que 2 %). Les deux tiers des sans-abri âgés de plus de 65 ans sont des hommes. La majeure partie des sans-abri âgés de plus de 65 ans résident dans des hébergements sociaux de longue durée : en 2023, 11 % étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, pour un total de 627 hommes et 292 femmes[17].

Espagne :
43,3 % des personnes sans abri ont entre 45 et 64 ans, et les personnes de plus de 64 ans représentent 5,5 % des sans-abri (INE, 2022). La Stratégie nationale pour la lutte contre le sans-abrisme (2025 – 2030) reconnaît explicitement l'existence d'un phénomène de vieillissement parmi les sans-abris. Elle mentionne la nécessité de proposer des réponses personnalisées et intégrées pour l'accompagnement des personnes âgées en situation de sans-abrisme, à travers une gestion adaptée des ressources.

1.1.2 Un public hétérogène, aux trajectoires et aux besoins variables

1.1.2.1 Vieillissement des personnes précaires versus précarisation de personnes vieillissantes

[33] Les entretiens de terrain et l'enquête menés par la mission (annexe 1), comme la littérature qu'elle a pu consulter (annexe 2) attestent de la grande l'hétérogénéité des profils des personnes précaires vieillissantes, avec comme plus petit dénominateur, un lien constamment retrouvé entre sans-abrisme et vieillissement, le sans-abrisme aggravant les défis de la vieillesse.

[12] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[13] Crisis : « Les expériences des personnes âgées face à la précarité résidentielle et au sans-abrisme », août 2025

[14] Statistiques du Ministry of Housing, Communities and Local Government (MHCLG), Live Homelessness Tables, 202.

[15] Gouvernement écossais, Sans-abrisme en Écosse : 2023-2024.

[16] https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/ff0b8834124346eb8a8ac22a0d0d0692/2024-2-8927.pdf

[17] https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/ff0b8834124346eb8a8ac22a0d0d0692/2024-2-8927.pdf

[34] Au sein de cette hétérogénéité émergent schématiquement deux grandes catégories de publics : les personnes vieillissantes ayant connu un long parcours de rue sans domicile, se comptant en années ou en décennies, et les personnes âgées précaires nouvellement confrontées à la survie sans domicile après la perte de leur logement.

[35] S'appuyant sur les données de l'étude Insee-Ined de 2012, l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale montre que parmi les utilisateurs de 50 ans ou plus fréquentant les services d'hébergement et de distribution de repas, on retrouve, plus souvent que les jeunes sans domicile ayant vieilli à la rue, cette seconde catégorie de « nouveaux » sans-domicile, qui a connu un parcours résidentiel stable avant de basculer « dans la rue » à la suite d'un événement brutal (chômage, maladie, décès du conjoint…)[18].

[36] En outre, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale signale une paupérisation des personnes âgées depuis quelques années[19], ainsi que des signaux faibles concernant les retraités davantage présents dans les files de distribution alimentaires depuis le Covid.

1.1.2.2 Facteurs de bascule dans la précarité de personnes vieillissantes

[37] Plusieurs études identifient le moment du passage à la retraite comme période de bascule possible dans le sans-abrisme et la précarité. L'expression de « précarité résidentielle » à un âge avancé est parfois utilisée pour caractériser ce moment de transition à risque[20], avec une perte de revenus, et/ou des problèmes de santé qui peuvent provoquer la perte du logement. Un des marqueurs de risque de bascule de personnes âgées précaires est la fréquentation du restaurant social ou de toute forme d'aide alimentaire.

[38] Nombre de ces personnes basculeraient dans la précarité du fait de troubles cognitifs évoluant à bas bruit pendant une dizaine d'années, souvent suffisamment compensés pour échapper au repérage, bien que détériorant progressivement l'autonomie et les capacités de gestion du quotidien jusqu'à exposer à l'isolement social et au risque de perte de logement[21]. Certains parlent de « halo du sans-abrisme », pour évoquer cette fragilité des personnes au seuil de la rupture, avec problématique psychique souvent associée[22].

[39] L'isolement social est corrélé à l'âge et à la précarité, ainsi qu'au manque d'accès aux ressources et aux droits ; quant au non-recours aux prestations sociales, il agrège des facteurs institutionnels (complexité des dispositifs, multiplicité des acteurs, lourdeur des démarches administratives) et psychosociaux (peur d'une stigmatisation sociale ou d'un traitement humiliant). Le refus de l'aide proposée pour faire face aux difficultés rencontrées, par peur de perdre son autonomie ou son identité, peut contribuer à l'entrée dans la précarité et le sans-abrisme.

[40] Les signes de cette double vulnérabilité qui combine précarité et vieillissement, peuvent se manifester d'autant plus précocement que les personnes ont été durablement exposées à des

[18] Lettre de l'ONPES, décembre 2015.
[19] Panorama de l'évolution de la pauvreté et de l'exclusion sociale entre 2015 et 2022, notamment page 23, 24 et 25, et entretien avec Nicolas Duvoux, président du CNLE.
[20] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Sciences et actions sociales, 25/2025, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Mélanie Piñon, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[21] Thomas Baude, Lison Ramblière, Caroline Douay et Marion Descamps, Quand la précarité accélère le vieillissement, repenser les politiques d'accompagnement, Sciences et actions sociales, 25/2025.
[22] T. Besozzi, entretien avec la mission, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse,

conditions de vie difficiles et éreintantes, amenant les acteurs et les observateurs à parler de vieillissement *prématuré, précoce* ou *accéléré*.

1.1.2.3 Caractéristiques du vieillissement en situation de précarité et enjeux autour de sa prise en compte

[41] L'âge à partir duquel on peut parler de vieillissement chez les personnes durablement exposées à l'errance et à la rue est difficile à déterminer. La DIHAL retient l'intervalle de 50 à 55 ans pour parler du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité[23].

[42] Toutefois, il n'est pas rare que ce vieillissement puisse s'observer encore plus tôt, dès la quarantaine, aggravant encore l'écart entre l'âge administratif de référence pour la vieillesse et la réalité physiologique et sociale vécue par les personnes concernées[24]. A titre d'illustration, la moyenne d'âge estimée dans l'enquête menée par l'Igas s'établit à 56 ans, 40 % ayant entre 50 et 55 ans[25] et 11 % moins de 50 ans (annexe 1).

[43] Les définitions retenues se recoupent globalement : le vieillissement prématuré est défini comme le « décalage entre l'âge biographique et l'âge chronologique », « moins lié à l'âge qu'à la durée de vie dans des conditions d'insécurité et de quasi-survie quotidienne »[26], faite d'expositions aux intempéries, au stress, à la violence, aux carences et aux ruptures, à une alimentation insuffisante ou déséquilibrée, à l'absence de suivi médical, à des conditions d'hygiène dégradées, auxquelles peuvent s'ajouter des consommations d'alcool et/ou de drogues. Usant les corps et les psychismes des personnes, « l'ancienneté à la rue, la survie quotidienne et l'installation dans une errance institutionnelle les font devenir et se sentir vieux, quel que soit leur âge » (annexe 2).

[44] Sur le plan clinique, il s'agit d'abord d'un vieillissement fonctionnel, la perte d'autonomie physique et cognitive apparaissant précocement chez le public en situation de grande précarité. Près de la moitié des personnes de 50 ans ou plus sans domicile utilisant les services d'hébergement ou de distribution alimentaire de l'enquête « sans domicile » de 2012 se déclaraient ainsi limitées depuis au moins six mois dans l'exécution de tâches quotidiennes à cause d'un problème de santé ou d'un handicap.

[45] Le vieillissement précoce catalyse également l'apparition de pathologies chroniques, plus de la moitié des personnes de cette même enquête déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou à caractère durable, parmi lesquelles les troubles de la sphère psychique sont monnaie courante du fait de parcours de vie combinant ruptures, errance, trajectoires de soins complexes.

[46] Ces publics présentent aussi à divers degrés des comportements qui aggravent leur situation sanitaire en compliquant parfois leur accompagnement, au premier rang desquels les addictions, majoritairement à l'alcool même si d'autres produits, licites (tabac, médicaments) ou illicites (cannabis, crack) peuvent être consommés.

[47] Outre des symptômes psycho-comportementaux très perturbateurs, le refus de soins n'est pas rare, et suppose une approche patiente et précautionneuse pour instaurer une relation suffisamment

[23] DIHAL, Les pensions de famille et résidences accueil : Du modèle aux réalités d'aujourd'hui (2015).
[24] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25 | 2025, en ligne
[25] Dans un précieuse contribution transmise à la mission, le SIAO de Loire-Atlantique met également ce sujet en évidence pour son ressort géographique, évoquant une « vieillissement biologique et fonctionnel précoce souvent observable à partir de 50 ans ».
[26] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

confiante pour rendre les propositions de soins et d'accompagnement plus acceptables, nombre d'entre eux s'étant fait une « carapace pour survivre à la rue » au point de se retrouver dans une « situation d'auto-exclusion »[27].

[48] Leur déni de leur propre réalité est parfois tel qu'ils ne peuvent plus exprimer leur inconfort, leurs douleurs. Ces « jeunes vieux » polypathologiques et à fragilités multiples présentent, avec 20 ans d'avance, les mêmes difficultés (physiques, cognitives et sociales) que le public accompagné dans le secteur de la gériatrie, relevant pour nombre d'entre eux de l'EHPAD.

[49] Si le vieillissement prématuré ne concerne pas toutes les personnes précaires sans abri, certaines n'étant confrontées à cette situation que de manière récente, le risque de détérioration physique et/ou psychique n'en est pas moins réel et parfois rapide, surtout chez celles qui présentent déjà des fragilités susceptibles de s'aggraver.

1.1.2.4 Typologies en termes de profils, de besoins et d'usage des dispositifs

[50] Fondées sur l'observation empirique ou l'immersion ethnographique, des typologies sont proposées dans la littérature pour différencier les personnes vieillissantes en termes de trajectoire, de ressources, de besoins et de rapport au système d'aide et de soins.

Profil type personnes précaires vieillissantes (mission d'après document FAS Bretagne) :
Homme entre 55 et 60 ans, hébergé sur un CHRS depuis plusieurs années, présentant des addictions, une perte de capacités fonctionnelles et cognitives, dont l'accompagnement est chronophage et usant du fait de sa perte d'autonomie qui nécessite souvent un surinvestissement des professionnels. Du fait de ses problèmes d'addictions et de son vieillissement prématuré, il n'est accepté dans aucune structure du secteur handicap ou gérontologie (refus des structures et/ou des personnes elles-mêmes), faisant de lui une sorte d'« incasable ».

Ce profil parfois difficile à accompagner se caractérise par un rapport aux soins discontinu et ambivalent, combinant renoncement (raisons financières) et refus (déni de la douleur ou du besoin), et n'accepte d'être aidé qu'après négociation.

Trop fatigué pour la rue, trop âgé pour le secteur du handicap, trop jeune pour intégrer les structures médico-sociales relevant du grand âge ou n'ayant pas le statut administratif pour y faire droit, trop pauvres, trop seuls et/ou trop démunis pour participer à leur prise en charge, « une part non négligeable d'entre eux décède peu de temps après la formulation d'une énième demande d'aide »[28]

[51] D'après un rapport parlementaire récent[29], les femmes sans abri demeuraient minoritaires au sein de ce public (31 % des personnes sans-abri de plus de 50 ans en 2012[30]). Outre des antécédents psychiatriques, on retrouve presque toujours dans leur histoire des violences à l'origine directe de la perte du domicile ou antérieures (parcours migratoires complexes notamment). Du fait

[27] Isabelle Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449.
[28] Aurélien Carotenuto-Garot Le non-recours à l'hébergement-logement des personnes sans domicile de longue date et vieillissantes : un non-retour ? Sciences et actions sociales, 25/2025.
[29] Femmes sans abri, la face cachée de la rue - Rapport d'information n° 15 (2024-2025), tome I, déposé le 8 octobre 2024.
[30] Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M., 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », INSEE Première, 1455, juillet 2013

d'une précarisation liée à des revenus plus faibles, leur nombre augmenterait, mais pas autant qu'on pourrait s'y attendre, possiblement du fait d'une priorisation des dispositifs d'hébergement[31].

[52] Outre les différences de genre, les acteurs établissent une distinction nette entre les personnes précaires vieillissantes pourvus de droits et celles qui n'en ont pas et qui se trouvent de fait dans l'impossibilité de recourir à l'aide sociale et aux dispositifs médico-sociaux des secteurs du grand âge ou du handicap. Aussi importante au regard des aspects de solvabilité qui entrent en compte dans le recours à certains établissements, la distinction est également faite entre les personnes vivant dans la précarité, mais avec une certaine autonomie et un certain niveau de ressources (logement de survie, sous-location, petits jobs…) et les personnes qui ne possèdent plus aucun toit et habitent la rue.

[53] Par ailleurs, des auteurs distinguent des comportements d'usage des dispositifs d'aide, reflétant diversement la capacité des personnes à sortir de la rue, entre ceux à la rue depuis longtemps qui ont développé une routine de survie à l'écart des services et que seule la maladie peut amener à en sortir, ceux, à la rue de manière récente, qui en font un usage occasionnel sans projet tangible de sortie ou qui, plus âgés et malades, sont exposés à une itinérance institutionnelle, et ceux qui les utilisent au point d'en être dépendants et de rester indéfiniment à la rue[32].

1.1.2.5 Surmortalité prématurée et fin de vie dans des conditions précaires

[54] Au sein de ces publics, on observe une mortalité prématurée entre 46 et 65 ans qui se traduit par une différence d'espérance de vie de plusieurs dizaines d'années (jusqu'à 30 ans) par rapport à la population générale. La fin de vie est un sujet consubstantiel à l'émergence du public de personnes précaires vieillissantes, mettant en difficulté des secteurs qui n'y sont ni habitués ni préparés, bousculant le cadre de leur profession autant que celui de l'institution avec pour conséquence la fragilisation de l'accompagnement des personnes.

[55] **En conclusion de cet état des lieux**, les cohortes de personnes précaires vieillissantes atteignent, selon les sources, au moins 9 000 repérés dans le cadre du questionnaire de l'Igas en lien avec la FAS, et France entière, de 35 000 (Insee 2012) à 70 000 personnes (sources associatives reprises par l'ONPES). Dans l'étude de l'Igas, elles représentent en moyenne 20 % des personnes accueillies dans la plupart des dispositifs d'accueil et d'hébergement. Le tableau ci-dessous récapitule de manière synthétique les différentes données rassemblées par la mission :

[31] L'évaluation précise de leur situation serait cependant compliquée par une stratégie d'évitement des espaces publics pour se protéger des violences et de la stigmatisation qui les rendrait moins visibles. M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/ 2025 (en ligne).

[32] T. Besozzi, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Tableau 1 : Nombre global et part des publics précaires vieillissants dans les dispositifs selon différentes sources

Sources	Seuil d'âge retenu	Nombre de personnes précaires vieillissantes	Part dans la population recensée	Tendance
INSEE, enquête SD 2012	Personnes sans-abri âgées de 50 ans et plus	35 000 au **niveau national**	25 % des 150 000 personnes sans abri	+ 17 % par rapport à la précédent édition (2002)
Enquête nationale fondation Abbé Pierre[33], 2012	Personnes sans-abri de 50 ans et plus	70 000 au **niveau national**	25 % des 300 000 personnes sans abri	
Enquête ES difficulté sociale (ES-DS), DREES, 2021	Activité des établissements et services accueillant des personnes en difficulté sociale (dont personnes de 50 ans et plus)		9 % des personnes accueillies en établissements d'hébergement ont 50 ans et plus au **niveau national**	Pourcentage en hausse par rapport à l'enquête précédente de 2016 (annexe 3)
Enquête IGAS/FAS 2024	Personnes sans-abri âgées de plus de 65 ans ou présentant vieillissement prématuré	9067 sur un **échantillon de structures** pour la plupart adhérentes à FAS		
La nuit de la solidarité, Paris (2018-2023)	Personnes sans-abri âgées de 55 ans ou plus	Plus de 550 sur **Paris**	18 % des personnes précaires comptabilisées	Hausse récente des personnes de plus de 55 ans à la rue depuis moins d'un an
UNIOPSS-DIHAL 2023-2024	Personnes sans-abri âgées de 50 ans et plus		20 % de la file active des maraudes, accueils de jour, centres d'hébergement et maisons relais gérés par Emmaüs en **Ile-de- France**	
SIAO 75 2024	Personnes sans-abri âgées de 60 ans ou plus		17 % de la file active du 115 sur **Paris**	
Maraude SSP 2024	Personnes sans-abri âgées de 60 ans ou plus	200 sur **Paris**		En hausse depuis le Covid

[33] Récemment renommée Fondation pour le logement des défavorisés.

SIAO 44 2024	Personnes sans-abri âgées de 60 ans ou plus	158 sur **la Loire Atlantique**		
SIAO 44 2025	Personnes sans-abri âgées de plus de 55 ans	310 sur **la Loire Atlantique**	5 % file active du 115 (7355 personnes distinctes)	
FAS Bretagne 2025	Personnes sans-abri vieillissantes		22,6 % de la file active des structures de l'enquête de la FAS en **Bretagne**	

Source : Mission d'après les données présentées en annexes 1 et 2

1.2 Une prise en charge en silos, marquée par des difficultés imbriquées

[56] Aucune étude existante ne permet d'évaluer la proportion de personnes précaires vieillissantes présentes dans l'ensemble des structures susceptibles de les accueillir, aussi bien dans le secteur de l'hébergement et du logement accompagné que dans le secteur médico-social (voir à l'annexe 5 la présentation de ces structures).

[57] De l'enquête réalisée par la mission en coopération avec la FAS, auprès des adhérents de celle-ci[34], il ressort toutefois que **87,6 % des structures répondantes avaient accompagné en 2024 au moins une personne en grande précarité présentant les caractéristiques d'un vieillissement, prématuré ou non** (cette notion étant néanmoins entendue de façon différente selon les répondants).

[58] L'accompagnement de ce public présentant une double vulnérabilité, celle de la précarité et celle de l'âge, est ainsi une question transversale, qui se présente dans un grand nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux (sur les principaux établissements et services concernés, voir l'annexe 5), de même que dans le secteur sanitaire. **Il pose toutefois des questions distinctes selon les secteurs concernés, qu'il s'agisse de celui de « l'accueil-hébergement-insertion-logement » AHIL (1.2.1), des établissements médico-sociaux dédiés aux personnes âgées (1.2.2) ou des structures de soins, médico-sociales ou sanitaires (1.2.3).**

[59] Le socle commun des difficultés qui se présentent dans l'accueil de ce public aux besoins pluriels réside toutefois dans l'organisation en silo qui caractérise chacun de ces secteurs, relevant d'approches et de règlementations distinctes – comme le résume par exemple la chercheuse Sophie Rouay-Lambert : « *les dispositifs existants, longtemps pensés en silo, ne sont pas préparés à accueillir cette population aux parcours atypiques, ce qui entraîne des ruptures dans les parcours de soin et d'accompagnement* »[35].

[34] Adressée aux structures adhérentes à la FAS en octobre 2025, cette enquête a donné lieu à 361 réponses exploitables, émanant de structures très variées (pensions de famille, FTM, CHRS, CHU, SIAO, accueils de jour, LAM, LHSS, ACT, EHPAD, etc.).

[35] « Le vieillissement des personnes sans domicile : sortir d'un impensé social et institutionnel », Sophie Rouay-Lambert, propos recueillis par Zoé Brasier, Les synthèses de l'Observatoire social, Ville de Paris, août 2025.

1.2.1 Les difficultés liées au vieillissement des publics accueillis dans le secteur AHIL (accueil, hébergement, insertion, logement adapté)

L'hébergement généraliste comprend trois types d'établissements :

- Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), qui sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) soumis au régime d'autorisation et comptent 51 707 places en 2024 ;
- Les autres centres d'hébergement, qualifiés « d'hébergements d'urgence hors CHRS » (HU hors CHRS), de « centres d'hébergement d'urgence » (CHU) ou de « résidences hôtelières à vocation sociale » (RHVS) qui, n'ayant pas le statut d'ESSMS, sont soumis au régime de simple déclaration et qui comptent 85 435 places en 2024 ;
- Les nuitées hôtelières, achetées par les opérateurs d'hébergement auprès d'hôteliers privés, au nombre de 64 213 nuitées en moyenne chaque soir en 2024.

Dans chaque département, les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) des demandeurs d'hébergement peuvent les orienter vers ces établissements, en fonction de leurs besoins et des disponibilités du parc, et assurent leur suivi durant l'ensemble de leur parcours jusqu'à l'accès à un logement stable. Les SIAO répondent aux appels téléphoniques d'urgence sociale du 115.
Chacun des SIAO est placé sous l'autorité du préfet de département. Cependant, en Île-de-France, les huit SIAO sont placés sous l'autorité du préfet de région, et sont soumis à un cadre opératoire unifié qui ne prévoit pas de mutualisation de fonctions.
L'ensemble de ce secteur économique correspond à environ 40 000 ETP France entière.

Source : Mission

Cohortes des personnes de plus de 50 ans dans l'hébergement et le logement accompagné – source : pôle data à partir de l'enquête établissements et services « difficultés sociales » (cf. annexe n°3)

En 2016, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les dispositifs de l'asile (CADA, CPH, HUDA) accueillaient une population très majoritairement âgée de moins de 50 ans (entre 83 % et 95 % selon les dispositifs). La part des personnes âgées de 70 ans et plus y est très marginale, inférieure à 1 % dans la quasi-totalité de ces structures.

À l'inverse, les maisons relais (pensions de famille) se distinguent par une population sensiblement plus âgée : **en 2016, près de 20 % des résidents ont 60 ans ou plus, dont 2,8 % ont 70 ans ou plus, et plus d'un tiers sont âgés de 50 à 59 ans**.

En 2021, on note un vieillissement accentué dans certains dispositifs. La lecture par catégorie d'établissement confirme et amplifie ces contrastes, tout en révélant des évolutions importantes liées à l'élargissement du champ de l'enquête. **Les CHRS restent majoritairement fréquentés par des personnes de moins de 50 ans (83,9 %), mais la part des personnes âgées progresse légèrement : les 60 ans et plus représentent désormais près de 5,3 % des résidents, contre environ 3,8 % en 2016**. Cette évolution suggère un vieillissement progressif du public accueilli. **Les pensions de famille (maisons relais et résidences accueil) confirment leur rôle central dans l'accueil de publics vieillissants** : **en 2021, près de 30 % des résidents ont 60 ans ou plus, dont 5,6 % ont 70 ans ou plus.** La part des personnes de moins de 50 ans continue de diminuer.

L'année 2021 marque également l'entrée dans le champ de l'enquête de dispositifs médico-sociaux qui n'y figuraient pas précédemment :
Dans les **lits d'accueil médicalisé (LAM), près de 40 % des personnes ont 60 ans ou plus, dont près de 10 % ont 70 ans ou plus ;** Dans les **lits halte soins santé (LHSS), plus de 27 % des résidents ont 60 ans ou plus ;** Les **appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillent également une population relativement âgée, avec plus de 11 % de personnes de 60 ans ou plus.**

[60] Les difficultés spécifiquement engendrées par la présence significative d'un public vieillissant ou âgé parmi les personnes hébergées ou accompagnées dans le logement ont donné lieu à plusieurs études récentes, parmi lesquelles notamment un rapport réalisé par l'Uniopss, avec le soutien de la DIHAL (*Projet Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné*, 2023-2024), de même que différents travaux de la FAS, d'étude (voir, tout particulièrement, une enquête réalisée avec la plate-forme Vieillissement et précarité dans la région Auvergne Rhône-Alpes[36] ; ou un rapport porté par la FAS Bretagne en avril 2025[37]) ou de plaidoyer (cf. *Vieillissement et précarité*, avec la FEHAP, en décembre 2022[38]). Ces difficultés concernent aussi bien les structures d'hébergement que celles du logement accompagné.

1.2.1.1 Le vieillissement des personnes accueillies dans les structures d'hébergement

[61] Il ressort des chiffres de l'enquête « ES-DS » de la DREES publiés en 2021 que **9 % des personnes accueillies en établissements d'hébergement avaient au moins 50 ans** (l'enquête ne portant pas sur les personnes hébergées à l'hôtel, qui représente 20 % des places)[39]. **Surtout, le vieillissement des personnes hébergées apparaît dans l'évolution observée entre l'enquête ES-DS de 2016 et 2021** (voir plus haut et annexe 3)

[62] Si ces proportions sont bien moindres que celle des personnes de 50 ans et plus dans la population générale[40], il n'en demeure pas moins que cette présence significative dans les dispositifs d'hébergement pose des difficultés spécifiques, susceptibles au surplus d'être plus ou moins marquées selon les territoires. Ainsi, selon les chiffres du SIAO Paris, 17,4 % des personnes hébergées dans ce département avaient plus de 60 ans en octobre 2024[41].

[63] Ces difficultés sont principalement liées à des **questions d'ordre bâtimentaire**, à **l'accompagnement adapté de ces personnes aux besoins spécifiques** (*cf. supra*), et enfin au **sujet de l'orientation** qui se pose pour mieux répondre à ces besoins.

Enjeux bâtimentaires :

[64] Selon le rapport de l'Uniopss réalisé avec le soutien de la DIHAL (cf. *supra)*, reprenant lui-même les chiffres d'une enquête de la FAS Ile-de-France réalisée en 2016, **9 % des personnes accueillies dans les structures du secteur AHI en Ile-de-France étaient en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement.**

[65] **Le bâti des structures d'hébergement, telles que les CHRS, n'est pas adapté à cette perte d'autonomie**, qu'il s'agisse de la configuration générale des locaux (marches pour entrer dans la structure ou y circuler, absence ou faible nombre d'ascenseurs, *etc.*) ou de celle des chambres (chambres parfois doubles, douches parfois communes ou insuffisamment vastes pour permettre la présence d'une personne aidante, nombre limité de chambres dotées d'un équipement aux normes Personne à mobilité réduite – PMR-, *etc.*).

---

[36] *Le vieillissement et la précarité*, 2021.

[37] *Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne*, Marina Vignault et Emilie Rey.

[38] Et mis à jour en août 2024.

[39] Cf. Anthony Caruso (DREES) (2023), « 200 000 personnes accueillies en centre d'hébergement début 2021 - Premiers résultats de l'enquête ES-DS », Les Dossiers de la DREES, DREES, n° 113, octobre. Voir aussi Cabannes P.-Y., Emorine M., 2021, « Hébergement d'urgence permanent : au cours des années 2010, davantage de familles et des séjours rallongés », Études et Résultats, DREES, n° 1184, mars.

[40] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474

[41] Pour ce dernier chiffre, voir le rapport d'activité de la Mission Interface Paris 2024.

[66] L'adaptation de ce bâti pose des problèmes évidents de financement, mais présente également parfois des défis structurels difficilement surmontables, lorsqu'il s'agit moins de compléter l'équipement d'une chambre que de revoir l'entière configuration d'un bâtiment - par exemple dans l'hypothèse de portes insuffisamment larges pour permettre le passage de fauteuils roulants -, ***a fortiori*** **lorsque le lieu d'accueil n'est pas un centre d'hébergement dédié, mais un établissement hôtelier (dispositifs de nuitées hôtelières).**

[67] A titre d'illustration, La Péniche du Cœur, à Paris, accueille plusieurs résidents de plus de 70 ans en perte d'autonomie dans des cabines de 9 m^2 partagées par deux résidents, ce qui fait *ipso facto* reposer partie de l'accompagnement de ces publics sur d'autres résidents plus jeunes. Pour autant, la qualité globale de l'accompagnement au sein de cet établissement et la stabilisation qu'y trouvent les résidents après un parcours de rue les conduit à y demeurer pendant des années, faute de structures d'aval, mais aussi de par leur souhait de conserver les repères acquis et les liens affectifs noués au sein de la structure.

[68] **A ces questions strictement bâtimentaires s'ajoute enfin un enjeu d'équipement**, les structures d'hébergement ne disposant pas du matériel parfois nécessaire pour accompagner la dépendance ou les difficultés de santé corollaires du vieillissement (en l'absence, par exemple, de lits médicalisés dans ces structures). De la même manière, les coûts de transport des usagers qui peuvent avoir besoin de se déplacer vers des soignants ou structures de soins ne font pas l'objet d'un financement dédié dans le budget des structures d'hébergement.

Accompagnement :

[69] L'absence de vocation des structures de l'accueil-hébergement-insertion à accompagner les difficultés liées à la dépendance et à la perte d'autonomie des personnes vieillissantes se traduit en premier lieu dans les projets d'établissement. Ainsi, dans une enquête réalisée par la FAS Pays-de-la-Loire[42], 63,6 % des répondants indiquaient que l'accompagnement au vieillissement et à la fin de vie n'était pas inscrit dans le projet de service de leur établissement, en conséquence de leur vocation à assurer seulement un hébergement temporaire, voire d'urgence. A l'inverse, l'étayage des équipes des structures d'hébergement d'insertion avec des professionnels spécialisés dans l'accompagnement vers la formation et l'emploi se révèle, pour des populations qui, de par leur âge et/ou leur santé, ne sont pas en situation d'y accéder, sans objet.

[70] **Les professionnels de ces structures, qui sont principalement des travailleurs sociaux, ne sont nullement outillés pour faire face à la perte d'autonomie, qu'elle soit fonctionnelle et/ou cognitive, et aux difficultés de santé liées à l'âge. Cette situation emporte pour les personnels des risques psychosociaux accrus.** En effet, ces établissements sont insuffisamment dotés sur le plan des ressources humaines, et ce, doublement :

- D'une part, le taux d'encadrement prévu pour les équipes, certes variable selon la nature des structures, est en tout état de cause insuffisant pour assurer les gestes quotidiens requis pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (ces équipes, tout particulièrement, n'étant pas nécessairement présentes sur site 24h/24) ;
- D'autres part, ces équipes, qui n'incluent pas de professionnels du secteur médico-social, ne sont nullement formées à l'accompagnement des personnes âgées, avec les tâches spécifiques qu'il implique (portage de repas, aides à la vie quotidienne, notamment pour le maintien de l'hygiène

[42] *Accompagner le vieillissement des personnes en situation de précarité*, novembre 2024.

corporelle, soins - tels que, *a minima*, la prise de médicaments, etc.[43]). Pour faire face aux besoins spécifiques des personnes vieillissantes, les professionnels rencontrés par la mission ont en outre souligné le risque d'un glissement de tâches, impliquant par exemple fréquemment les agents d'accueil, voire, souvent, d'autres usagers plus jeunes.

[71] **Un étayage médico-social peut s'avérer possible en recourant à des services extérieurs de portage de repas ou d'aide à domicile, voire de soins infirmiers (SAAD, SSIAD…)**, mais il n'est pas toujours facile de tisser des partenariats avec de tels services extérieurs (déjà généralement sous-dimensionnés par rapport aux besoins existants) et de les faire intervenir dans des structures d'accueil social. En outre, lorsque, pour des raisons administratives diverses (*cf. infra*), ces personnes ne bénéficient pas d'une reconnaissance de handicap ou de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), il n'est pas possible de faire intervenir les services d'aides et d'accompagnement à domicile. Plus généralement, l'absence de suivi par un médecin généraliste peut faire obstacle à l'engagement d'un parcours médical complet, nécessaire à la reconnaissance des besoins de la personne et à la mise en place d'un suivi adapté.

[72] **Parmi les difficultés rencontrées par les équipes de ces structures, les sujets *peri-mortem* sont enfin particulièrement douloureux.** En ce domaine, les questions qui se posent aux professionnels sont liées à l'anticipation de la fin de vie (recueil des volontés, désignation d'une personne de confiance, rédaction de directives anticipées…), de même qu'à la conduite à tenir lors de la survenue d'un décès (organisation des obsèques, accompagnement des autres résidents et des professionnels affectés par le décès…). Plusieurs des équipes ou structures rencontrées par la mission ont développé une expertise sur ces sujets très délicats, telle la plateforme de Gières, près de Grenoble, ou le SAMU social de Nantes. Certaines équipes déploient une offre de service relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie, ainsi que des autres usagers, des professionnels et des bénévoles, avec l'organisation de formations et la diffusion de guides (*Groupement des possibles* dans l'Isère par exemple).

Orientation :

[73] Le secteur de l'hébergement, qui répond à un principe d'accueil inconditionnel[44], rencontre des difficultés pour orienter les personnes accueillies lorsque celles-ci pourraient relever de dispositifs plus adaptés, mais que ces dispositifs, qu'il s'agisse de logements accompagnés ou d'établissements médico-sociaux du secteur du grand âge et du handicap, ne relèvent pas du même principe d'inconditionnalité.

[74] Pour les publics vieillissants, ces difficultés liées à l'accès aux droits et à l'orientation se posent de façon particulièrement aiguë, engendrant des situations de blocage pour des personnes hébergées pendant des années, parfois jusqu'à leur décès, dans des conditions d'accueil inadaptées à leurs besoins, tout en occupant des places d'hébergement dont la vocation est en principe tout autre.

[75] Les obstacles généraux à une orientation adaptée de ces personnes sont de plusieurs ordres :

- **Les services, établissements du secteur de l'accueil-hébergement-insertion ne disposent pas d'une information suffisante sur l'offre médico-sociale adaptée aux personnes âgées**, non plus que sur les aides mobilisables pour permettre de tels accueils (telle que l'aide sociale à

[43] D'une contribution au Plan Régional de Santé de l'Uriopss et la FAS Ile-de-France, il ressortait que 55 % des personnes dépendantes avaient besoin d'accompagnement pour le maintien de l'hygiène corporelle, 47 % pour la prise de médicaments, et 37 % pour la prise de repas (cf. rapport Uniopps mentionné supra : *Projet Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné*, 2023-2024).

[44] Cf. tout particulièrement pour l'hébergement d'urgence, l'article L. 345-2-2 du CASF : « Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

l'hébergement). Tout particulièrement, la mission de recensement des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) concerne les « *places d'hébergement, les logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative* »[45], mais non les structures médico-sociales.

- A cette difficulté structurelle des services, qui découle de l'organisation « en silos » des secteurs sociaux et médico-sociaux, vient s'ajouter la **situation administrative des personnes concernées, souvent fragile, avec pour conséquence des droits partiellement ou non ouverts et des pertes de ressources.**

  Ce non-recours aux droits (ASPA, APA, aide sociale à l'hébergement (cf. annexe 5) est lié, tout d'abord, à la **complexité des démarches administratives**, souvent dématérialisées et exigeantes en documents, là où les populations sans domicile ne disposent parfois plus d'aucun document personnel, ni *a fortiori* d'aucune facilité dans le maniement des outils informatiques. L'aide que doivent leur apporter sur ce sujet les travailleurs sociaux est d'autant plus technique et chronophage que les interlocuteurs sont par ailleurs nombreux, selon les aides et établissements sollicités (Etat, départements, CNAV…).

- Pour les **personnes de nationalité étrangère,** les difficultés liées aux démarches nécessaires à l'obtention ou au renouvellement des titres de séjour viennent s'ajouter aux précédentes. En effet, la majorité des aides et prestations sociales ne sont accessibles qu'aux personnes justifiant d'une certaine durée de résidence régulière sur le territoire[46]. Au-delà même du seul secteur AHI, ces dernières difficultés sont loin d'être marginales – comme en témoignent notamment les réponses apportées sur ce point dans le cadre de l'enquête IGAS menée avec la FAS, la problématique de l'accès au droit commun en lien avec une absence de titre de séjour des personnes qu'elles accueillent est considéré comme majoritaire par près d'une structure sur six (14 %), étant observé qu'une partie des structures ne se prononce pas (20 %), ce qui laisse ouverte la possibilité que cette situation puisse être plus fréquente.

Régularité du séjour et conditionnalité ou inconditionnalité de l'accueil et de la prise en charge

L'article L 345-2-2 du code de l'action sociale et des familles dispose que : « Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ». La notion même d'hébergement d'urgence est précisée par cet article : il s'agit d'un hébergement permettant une mise à l'abri immédiate, offrant « le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale ». L'article L. 345-2-3 dispose en outre que « Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation. »

La politique publique concernée est toutefois plus large que le seul hébergement d'urgence, qui relève de la mise à l'abri, pour inclure des actions et établissements d'insertion des publics concernés, au-delà de la seule mise à l'abri. Elle se structure entre un dispositif dit « généraliste » ayant vocation à accueillir tous types de publics en fonction des critères de détresse susmentionnés mais aussi dans un objectif d'insertion, et un « dispositif national d'accueil » (DNA) accueillant les demandeurs d'asile.

[45] Article L. 345-2-4 du CASF.

[46] Certains, comme la Fondation Saint-Jean-de-Dieu, à Marseille, ou l'association des Petits frères des pauvres, à Paris, s'engagent sur leurs fonds propres pour accueillir de tels publics.

Au-delà des **CHRS, places d'hébergement d'urgence ou dispositifs de nuitées hôtelières, le secteur médico-social dit « publics en difficultés spécifiques » comprend une offre de soins résidentiels régie également par le principe d'inconditionnalité de l'accueil :**

- Les **lits halte soins santé** (qui offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier une hospitalisation) ;
- Les **lits d'accueil médicalisé** (qui dispensent des soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie., nécessitant un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures) ;
- Les **appartements de coordination thérapeutiques** (qui permettent d'accueillir des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical).

Les personnes ne disposant pas d'un droit au séjour ne peuvent accéder au bénéfice des aides à destination des personnes âgées ou en situation de handicap (ASPA, APA, aide sociale à l'hébergement, etc.).

Lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME), elles peuvent bénéficier de l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (avec un reste à charge pour le matériel), de l'intervention de professionnels de santé libéraux à domicile (sous condition d'absence de dépassement d'honoraires par rapport au tarif conventionné secteur 1) ou de l'hospitalisation à domicile (sans reste à charge).

1.2.1.2 Apport du logement accompagné

[76] **Dans les structures du logement accompagné[47], la part des personnes vieillissantes est encore bien plus importante que dans le secteur de l'hébergement**, comme l'illustre par exemple l'étude *Profil et parcours des personnes logées* menée par l'Unafo en 2024, de laquelle il ressort que les personnes de plus de 50 ans représentent, en 2023, 23 % des entrées en résidences sociales généralistes, 56 % des entrées en pensions de famille et 28 % des entrées en foyers de travailleurs migrants (Cf. encadré plus haut et annexe n° 3 établie par le pôle data) .

[77] L'augmentation du nombre de décès en structures de logement accompagné vient refléter cette évolution démographique. Ainsi, selon la même étude, en 2023, les décès ont représenté 10 % des fins de séjour en foyers de travailleurs migrants et 26 % des fins de séjour en pensions de famille.

[78] **En conséquence, ce secteur connaît les mêmes difficultés que celles rencontrées par le secteur AHI, en termes d'équipement et d'accompagnement des personnes vieillissantes,** et ce d'autant plus que :

- D'une part, leur personnel est très limité. En effet, si certaines structures spécialisées, telles que les résidences accueil (pensions de famille dédiées aux personnes ayant un handicap psychique) bénéficient d'un étayage spécifique, ces structures proposent un accompagnement à la vie quotidienne principalement assuré par un hôte présent en journée ;
- D'autre part, l'arrivée en logement des personnes sans domicile est susceptible de provoquer des phénomènes de décompensation physiques ou psychologiques (*cf. infra, partie 1*), qui requièrent un accompagnement médical adapté.

[47] La mission n'a pas fait porter ses travaux sur le secteur du logement social, qui répond à des problématiques importantes mais spécifiques. Le logement accompagné correspond à l'ensemble des structures dans lesquelles l'occupant dispose d'un contrat d'occupation, et non d'un bail, et verse une redevance, et non un loyer : pour les publics précaires vieillissants, il s'agit des résidences sociales, des pensions de famille et des foyers de travailleurs migrants (les foyers de jeunes travailleurs ne se trouvant par nature pas dans le champ d'investigation).

[79] A ceci s'ajoute, en amont, le fait que l'accès aux structures de logement accompagné peut poser des difficultés particulières, matérielles (en raison de l'absence de places suffisantes, malgré les efforts importants engagés depuis le plan de cohésion de sociale de janvier 2005 dit « plan Borloo »[48]) ou juridiques (pour les personnes à la situation administrative précaire, tout particulièrement).

[80] **Dans ce contexte, la situation particulière des Foyers de travailleurs migrants (FTM) mérite d'être plus précisément évoquée**. En effet, si le Plan de traitement de ces foyers (PTFTM) a permis, depuis la fin des années 1990, de transformer la grande majorité des FTM[49] en logements autonomes répondant à la réglementation relative aux résidences sociales, 90 structures environ restent encore à transformer et disposent encore d'un bâti en grande partie dégradé[50]. 15 500 résidents sont accueillis dans ces structures non encore réhabilitées, **dont 5 000 sont âgés de plus de 60 ans**. La part des personnes de plus de 60 ans parmi les résidents atteint 100 % sur certains sites[51]. Le sujet du vieillissement est également marqué dans les 628 résidences sociales issues du PTFTM (plus de 80 000 logements) où les résidents des foyers de travailleurs migrants peuvent être relogés sans limitation de durée[52]. Le financement de ces dernières transformations est toutefois rendu aujourd'hui plus complexe par la dernière directive d'Action Logement en 2025, en ce qu'elle limite la mobilisation de fonds issus du « 1 % logement »[53].

[81] **On retrouve enfin, dans les structures du logement accompagné, les difficultés d'orientation des personnes vieillissantes vers des structures médico-sociales du grand âge**. Toutes structures répondantes concernées, il ressort ainsi de l'enquête organisée avec la FAS (cf. annexe 1) que les demandes d'admission en EHPAD des personnes vieillissantes, si elles ont donné lieu en 2024 à 189 admissions effectives, ont par ailleurs essuyé 144 refus effectifs et 127 absences de réponse. Ces refus, explicites ou implicites, témoignent des difficultés spécifiques rencontrées par les EHPAD dans l'accueil des personnes très précaires.

1.2.2 Les difficultés rencontrées par les établissements pour personnes âgées dans l'accueil des publics très précaires

[82] Le nombre de personnes très précaires accueillies dans les établissements médico-sociaux dédiés à l'accueil des personnes âgées (résidences autonomie et EHPAD, principalement[54]) n'est pas facile à déterminer. Le pôle data a tenté d'approcher les cohortes concernées à partir de l'enquête EH-PA de la DRESS (cf. annexe 3). Il en ressort que les EHPA comptaient environ 22 000 résidents de moins de 65 ans dont 6000 de moins de 61 ans en 2023, chiffre en légère diminution depuis 2015 (comme le nombre total des résidents en EHPAD). Parmi ceux-ci, la moitié environ se caractérisaient par une faible dépendance (GIR 4,5 ou 6). Ces personnes étaient nettement plus pauvres que la moyenne des

[48] On comptait par exemple 25 122 places en pensions de famille au 31 décembre 2024, contre 15 500 places en 2016 – cf. « Les pensions de famille, un outil puissant d'insertion par le logement, un levier pour lutter contre le sans-abrisme », DIHAL, Collection *Agir contre le sans abrisme*, n°9.
https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/documents/DP_Pensions %20de %20famille_VDEF.pdf

[49] 87 % en avril 2025, selon les chiffres transmis à la mission par la DIHAL. *Le coût total restant des transformations est estimé par la DIHAL entre 935 M€ et 1,09 Mds : 18 400 places restantes pour un coût moyen à la place transformée constaté sur la période 2015 -2024 correspondent à 935 M€ ou bien 90 structures restantes avec le coût moyen par opération constaté sur la période 2015- 2024 correspondent à 1,09 Mds.*

[50] 73 % de sites dégradés ou très dégradés, selon les chiffres transmis à la mission par la DIHAL. La moitié des 90 structures mentionnées est localisée en Ile-de-France.

[51] Données CILPI 2024

[52] Source : ibidem

[53] Participation des employeurs à l'effort de construction, versée chaque année par les entreprises du secteur privé et du secteur agricole de plus de 50 salariés, aujourd'hui fixée à 0,45 % de la masse salariale, collectée et gérée par Action Logement.

[54] Il peut exister aussi des accueils de jour spécifiquement dédiés aux personnes âgées.

résidents d'EHPAD puisque plus de la moitié bénéficiaient de l'aide sociale à l'hébergement (56,2 % des moins de 61 ans contre 15,9 % seulement des plus de 70 ans en 2023).

[83] D'interprétation complexe, les éléments mis en exergue par le pôle data de l'Igas pourraient signifier que 4500 (GIR 4,5 ou 6) à 12000 résidents d'EHPAD (tous GIR confondus) âgés de moins de 66 ans pourraient être des personnes précaires vieillissantes. Les travaux du pôle data mettent par ailleurs en évidence que les personnes bénéficiaires de l'ASH ne sont présentes que dans les EHPAD publics ou à but non lucratif, jamais, sauf exception, dans les EHPAD privés à but lucratif.

[84] **Une enquête quantitative datée de 2023[55], réalisée pour l'ARS Ile-de-France** auprès de 709 EHPAD de la région, a révélé que 112 établissements (sur les 262 répondants) accueillaient au moins un résident précaire vieillissant, 783 résidents précaires vieillissants[56] étant au total accueillis dans ces structures, soit 8 % de l'ensemble de leurs résidents. Cette étude identifie également les enjeux particuliers liés à l'accueil de ce public, qui sont nombreux, et touchent aussi bien l'accès aux structures que la prise en charge qui y est organisée.

Les difficultés liées à l'accès aux structures :

[85] Au-delà du contexte général lié aux files d'attente existantes pour intégrer les EHPAD et les résidences autonomies, le public en grande précarité rencontre des difficultés spécifiques, de plusieurs ordres.

[86] **En premier lieu, des projections négatives peuvent faire obstacle à son accueil, et ce, de façon symétrique**. Ainsi, les établissements pour personnes âgées, dont on a rappelé *supra* qu'ils ne répondaient pas à un principe d'accueil inconditionnel, peuvent éprouver des réticences à accueillir des personnes au parcours complexe, en craignant notamment une plus difficile intégration dans l'établissement ; tandis que ces personnes elles-mêmes peuvent, pour leur part, ne pas souhaiter rejoindre une structure collective dotée de règles contraignantes, souvent conçues pour des personnes beaucoup plus âgées qu'elles[57].

[87] De l'étude, mentionnée *supra*, réalisée par la FAS Pays-de-la-Loire[58], il ressortait ainsi que 81,1 % des répondants éprouvaient des difficultés à orienter une personne vieillissante en situation de précarité dans un établissement adapté à sa perte d'autonomie, en raison d'un refus des structures (33,3 %) mais plus encore d'un refus des personnes (41,7 %). (Cf. aussi l'annexe 1)

[88] **En second lieu, différents obstacles administratifs peuvent rendre l'admission des personnes très précaires plus complexe** :

- Le vieillissement prématuré des personnes ayant connu un parcours de rue (*cf. supra, partie 1.1*), susceptible de créer un décalage important avec la moyenne d'âge des résidents en EHPAD[59], peut également se muer en obstacle administratif rédhibitoire lorsqu'il s'agit d'accueillir une **personne de moins de 60 ans**. En effet, si des dérogations permettant d'accéder aux EHPAD (mais aussi aux résidences autonomie, SAAD et SSIAD) avant 60 ans sont possibles, elles sont

[55] Etude sur le public précaire vieillissant accueilli dans les EHPAD d'Ile-de-France, juillet 2023, CEMKA.
[56] L'étude porte sur une population ayant un antécédent de parcours de rue, identifiée selon la typologie ETHOS.
[57] Cf. Sophie Rouay-Lambert, « La retraite des anciens SDF. Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite », Les Annales de la recherche urbaine, 2006, p. 136-143. Plus généralement, sur le vieillissement prématuré des personnes en grande précarité, voir partie 1.1 supra.
[58] Santé – Accompagner le vieillissement des personnes en situation de précarité, novembre 2024. Op. cit.
[59] La moyenne d'âge des résidents de l'EHPAD du CASH de Nanterre, par exemple, est de 72 ans selon la DIPLP, très en-dessous de l'âge moyen des résidents en EHPAD (cf. L. Ricroch, « EHPAD : un résident sur dix a moins de 75 ans », Drees, Études et résultats, 1302, mai 2024 ; A. Balavoine, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », DREES, Études et résultats, 1237, juillet 2022).

principalement conçues pour les personnes en situation de handicap, sur décision du président du conseil départemental, après avis de la MDPH[60]. En outre, les aides financières facilitant l'accès aux établissements sont également conditionnées en fonction de l'âge, qu'il s'agisse de l'APA (destinée aux personnes de 60 ans ou plus), de l'ASPA ou de l'aide sociale à l'hébergement (destinées aux plus de 65 ans, avec un seuil abaissé à 60 ans en cas d'inaptitude au travail) – cf. annexe 5.

- Plus spécifiquement, les **démarches permettant le versement de l'aide sociale à l'hébergement ou l'APA** peuvent être encore complexifiées par la difficulté à déterminer le « domicile de secours »[61] des personnes ayant connu un parcours de rue (engendrant, dans certains cas[62], le versement de cette aide par l'Etat plutôt que par les départements, au terme de procédures rallongées de ce fait), de même que par la difficulté à identifier d'éventuels obligés alimentaires.
- Enfin, l'évaluation de la **perte d'autonomie**, qui conditionnera, le cas échéant, l'accueil dans un EHPAD au regard des proportions fixées par les textes[63], se traduit au travers de la grille AGGIR, destinée à mesurer une perte d'autonomie prenant peu en compte les difficultés comportementales, psychiques ou cognitives des personnes âgées de manière générale[64], et parmi elles, des personnes âgées très précaires qui présentent en revanche en moyenne une moindre dépendance fonctionnelle (*cf. supra, partie 1.1*)[65]. Cette difficulté se reporte d'ailleurs sur le forfait « soin » et le forfait « dépendance » alloués à l'EHPAD, également liés à la mesure du GIR[66], et peut ainsi s'avérer rédhibitoire pour cette raison financière également[67].

[60] Si la personne se voit reconnaître un taux d'incapacité d'au moins 80 %, elle pourra bénéficier de la PCH, pour financer le forfait dépendance en établissement, et de l'aide sociale à l'hébergement pour adultes en situation de handicap, y compris en établissement médico-social pour personnes âgées.

[61] Cf. articles 121-1 et suivants du CASF. Les dépenses d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours, celui-ci s'acquérant par une résidence habituelle de trois mois dans un département ; à défaut de domicile de secours, ces dépenses incombent au département où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide sociale.

[62] Cf. articles 121-7 et 111-3 du CASF. Sont à la charge de l'Etat les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé.

[63] Article D. 313-15 du CASF.

[64] Une réflexion sur l'évolution générale de la grille AGGIR est en cours au sein de la CNSA.

[65] A titre d'exemple, l'EHPAD du CASH de Nanterre ne comporte que 2 personnes en GIR 1 (soit 2 %) et 5 personnes GIR 2 (soit 5 %), alors que les résidents GIR 5 et 6 représentent 48 % de l'effectif.

[66] Pour mémoire, le financement des EHPAD se divise en trois parties distinctes : le soin, la dépendance et l'hébergement. Le forfait dépendance, fixé par le Conseil Départemental, comprend les frais nécessaires à l'assistance pour la vie quotidienne de la personne dépendante, et augmente avec le niveau de dépendance du résident, évalué par son groupe iso-ressources (GIR). Il est financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents au travers de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Le forfait soins, dont les charges sont couvertes par l'Assurance Maladie, a vocation à couvrir les dépenses relatives à la prise en charge médicale des résidents, et repose, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). Depuis le 1er juillet 2025, 23 départements expérimentent un nouveau mode de financement pour le soin et la dépendance : un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie.

[67] Il convient cependant de noter que la grille PATHOS est à même de prendre en compte les comorbidités fréquentes qui affectent ces publics.

Deux exemples d'EHPAD qui ont une expérience notable dans l'accueil des personnes précaires[68]

L'EHPAD Le Figuier (CASH de Nanterre) :
Héritier de l'hospice de la Maison départementale de Nanterre, créé au XIXème siècle pour accueillir les « indigents » et « vagabonds » trop âgés pour travailler, cet EHPAD s'est spécialisé dans l'accueil de personnes issues de la grande précarité.
Il dispose de 117 places, 100 % habilitées à l'aide sociale. Les résidents sont à 80 % des hommes, avec une moyenne d'âge de 72 ans. Ils sont à 38 % issus de parcours d'hospitalisation au sein de l'hôpital de Nanterre, et pour le reste, issus de structures sociales extérieures (centres d'hébergement, LHSS, etc.). 40 % sont de nationalité étrangère.
Le taux d'occupation reste inférieur à 95 %, au moins en partie en raison de la difficulté pour les personnes précaires à remplir les conditions administratives ou financières nécessaires à leur admission (régularité du séjour, perception de l'ASH, etc.).

L'EHPAD François 1er (Villers-Cotterêts) :
Héritier du dépôt de mendicité situé dans le château de Villers-Cotterêts, cet EHPAD du CASVP avec un effectif de 120 résidents en 2023, (cf. annexe 3) continue d'accueillir une proportion importante de personnes très précaires – environ 60 % des résidents, pour un établissement comprenant 109 places, toutes éligibles à l'aide sociale à la date de la visite de la mission.

Difficultés dans la prise en charge :

[89] **L'accueil** de personnes précaires dans les EHPAD soulève des difficultés spécifiques, pour lesquelles les personnels (auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, médecins) ne disposent ni de formation, ni de cadres d'action. Sans prétendre à l'exhaustivité, il est possible d'évoquer à ce sujet plusieurs thématiques :

- Même s'ils présentent en moyenne une autonomie plus élevée au titre de la grille AGGIR, la prise en charge de ces résidents est en moyenne plus **chronophage**, en raison d'un temps passé en négociation qui s'ajoute à l'acte technique d'accompagnement, sur des thématiques telles que l'hygiène (incurie) ou le suivi médical (mauvaise observance des traitements). Le besoin d'accompagnement administratif des personnes, souvent dépourvues de tout étayage familial, représente également une charge supplémentaire pour les professionnels, qui ne sont pas formés pour apporter cette aide spécifique. Au total, selon l'étude CEMKA réalisée pour l'ARS Ile-de-France (*cf. supra*), « *les cadres de santé, les infirmières et aides-soignantes passeraient de 10 à 20 % de temps en plus en soins et éducation* », tandis que « *le travail « social » lié à l'accueil de résidents précaires représente entre 20 % à 40 % du temps de travail »*[69].
- Au-delà des soins apportés aux résidents, le comportement de ceux-ci peut se traduire par une **mise à mal des règles de vie communautaires,** soit par des conduites transgressives (conflictualité, violence…), soit par des attitudes de repli (ex : alcoolisation massive en chambre)[70]. La cohabitation entre les résidents peut ainsi se voir mise à mal, les difficultés comportementales se voyant doublées par des questions de cohabitation intergénérationnelle, et par la nécessité évidente d'assurer le bien-être et la sécurité des publics plus âgés et particulièrement vulnérables accueillis par ailleurs dans l'établissement.

[68] Cette « spécialisation » connaît des raisons historiques – cf. G. Lenormand, « Une histoire de l'accueil des personnes âgées sans-abri par la municipalité parisienne », Revue Gériatrie, volume 45 n°5, mai 2020.

[69] Constat susceptible de couvrir également les professionnels des SSIAD intervenant auprès de personnes très précaires.

[70] Papa Oumar Ndiaye (psychiatre), « Les troubles du comportement des résidents d'EHPAD ayant connu un parcours de précarité », *Revue Gériatrie,* volume 45 n°5, mai 2020.

- Dans le prolongement des enjeux liés à la vie collective de l'établissement, la prise en charge des résidents très précaires peut poser des **questions éthiques délicates,** ayant trait aux problématiques d'addictions dans le collectif, ou encore au tiraillement existant entre le respect de la liberté d'aller et venir de ces personnes encore valides et la crainte qu'elles ne se mettent en danger en-dehors de l'établissement.

[90] A ces difficultés s'ajoute enfin le fait que ces publics, susceptibles d'entrer en EHPAD plus jeunes, peuvent être en conséquence amenés à y **séjourner plus longtemps** qu'un résident intégrant la structure à 80 ou 85 ans, là où les séjours en EHPAD ne sont habituellement pas pensés dans le très long terme. S'agissant du caractère plus ou moins contraignant des règles de vie dans la structure, on peut observer néanmoins que, depuis la loi « Bien vieillir » n°2024-317 du 8 avril 2024, est garanti le droit pour les résidents de recevoir chaque jour des visites sans avoir besoin d'en informer au préalable l'établissement de même, sauf avis contraire du conseil de la vie sociale, que d'accueillir leurs animaux de compagnie, sous certaines conditions[71].

Le fonctionnement de l'EHPAD du CASH de Nanterre[72]

« (…) Notre établissement est ouvert, pas d'autorisations de sortie, nous leur demandons de nous prévenir, c'est tout.
La consommation de tabac est très forte et coûte très cher, nous la régulons. De même pour l'alcool mais pas de sevrage brutal et total.
Les personnes sont plus autonomes physiquement, mais moins socialement. Le GIR moyen est plus bas que la moyenne nationale, par contre les besoins de soins sont plus élevés que la moyenne nationale.
(…) La spécialisation de l'accueil de publics précaires, avec tout l'accompagnement social supplémentaire que cela suppose, n'est pas financée actuellement, or cela représente un surcoût de l'ordre de 10 à 15 %. Faire une toilette dans un EHPAD classique, ça peut prendre 10 minutes, dans le nôtre, c'est une heure de négociation, de dialogue et d'écoute, du fait du parcours de rue des personnes. Le ménage dans les chambres doit être fait plus souvent aussi (syndrome de Diogène chez certains, notamment). Or pour garantir cet accueil inconditionnel des personnes précaires vieillissantes, c'est un incontournable.
(…) Notre personnel est victime d'agressions verbales et physiques par les résidents au départ, les conditions de travail sont difficiles, et pourtant les personnels restent, pour certains plus de 10 ans dans nos structures, parce qu'ils trouvent du sens à leur travail et qu'ils sont fiers de contribuer à arriver à une bonne relation avec une personne qui n'a plus de famille et dont l'EHPAD est le seul lien humain qui reste. (…) ».

1.2.3 Au croisement d'une double vulnérabilité, un accès aux soins insuffisant

Une saturation par défaut des structures médico-sociales de soins résidentiels :

[91] Structures de soins résidentiels à destination des personnes ayant des difficultés spécifiques, **les lits halte soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM)** sont destinés à assurer la prise en charge médicale des personnes sans domicile ne relevant pas de l'hospitalisation[73] (cf. annexe 5). Ils subissent aujourd'hui la double conséquence du vieillissement des personnes très précaires et de la difficulté pour celles-ci à accéder aux structures médico-sociales dédiées aux personnes âgées. **Ces**

[71] Le résident doit pouvoir assurer les besoins de ces animaux et respecter les conditions d'hygiène et de sécurité (un arrêté du 3 mars 2025 précise ces conditions).
[72] Source : entretien avec Raphaëlle Perrigaud, Directrice du CASH de Nanterre, le 24 juin 2024, Projet Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné, 2023-2024, Uniopss, avec le soutien de la DIHAL.
[73] Instruction interministérielle N° DGCS/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2019/126 du 24/05/2019 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2019 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques et instruction N° DGCS/SD5B/SD1B/DSS/SD1A/DGS/SP2/SP3/2024/65 du 10 juin 2024 relative aux orientations de la campagne budgétaire, pour l'année 2024, des établissements et services médico sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

établissements accueillent ainsi de nombreux sans abri âgés[74], qui y effectuent parfois des séjours de plusieurs années faute de solution de « sortie », les structures de l'urgence sociale étant ainsi vouées à devenir leur « *dernière demeure* »[75]. Ce phénomène touche tout particulièrement les personnes étrangères vieillissantes dépourvues de titre de séjour.

[92] Pour mémoire, les LHSS, les LAM et les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont tous des ESSMS. Ils sont financés par le 6ème sous-objectif de l'ONDAM (3,4 Md€ en LFSS 2024), qui regroupe plusieurs actions : soins des Français à l'étranger ; opérateurs financés par l'assurance maladie ; dépenses médico-sociales spécifiques. Les autres sous-objectifs de l'ONDAM ne financent pas d'hébergements pour publics précaires. Dans leur instruction annuelle de financement, pilotée par la DGCS, il est possible de distinguer le nombre de places et les crédits dédiés en LHSS et LAM, mais pas ceux des ACT qui sont fusionnés avec les dispositifs à destination de la prise en charge des addictions (cf. tableau 2 infra).

[93] L'activité des structures est déclarée annuellement par un système de remontée des informations des ARS vers le ministère chargé de la santé et des solidarités. **En 2024, le nombre total de places financées est de 4000 (2500 en 2019), soit un peu plus d'1 % du parc d'hébergement. Le coût par place est trois fois supérieur à celui des CHRS, pour une enveloppe totale d'ONDAM de 214 M€ en 2024**.

Tableau 2 : Capacités et financements de l'hébergement médicalisé

Type d'hébergement	Nombre de places financées		Montant financé (en M€)		Coût journalier par place (en €)	
	2019	2024	2019	2024	2019	2024
LHSS	1751	2769	73	117,2	114	118
LAM	750	1261	55,4	97,2	203	211
Total	**2501**	**3990**	**128,4**	**214,4**	**141**	**147**

Source : Mission d'après instructions interministérielles citées supra

[94] Comme les structures d'hébergement, ces établissements, qui répondent à un principe d'accueil inconditionnel, se retrouvent sous tension, et parfois détournés de leur mission première dévolue au soin. Ainsi, les LHSS ou LAM visités par la mission, lorsqu'ils fonctionnaient avec une « liste d'attente », ont tous fait état d'un délai d'au moins un an et demi à deux ans pour intégrer leur structure.

[95] Un avis d'appel à projet lancé au mois d'août 2024 par l'ARS Ile-de-France pour la création d'une structure expérimentale dénommée « *Lits d'Accueil Médicalisés renforcés pour les Personnes Agées* », et le cahier des charges qui l'accompagne, résument ainsi la situation :

> *« (…) En Seine-Saint-Denis, les structures d'hébergement (AHI) et les établissements dédiés aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques (PDS) se trouvent en difficulté pour prendre en charge des personnes sans domicile de plus de 60 ans présentant des problématiques de santé*

[74] En 2023, la part de personnes de plus de 50 ans représentait 94 % en LAM et 47 % en LHSS du Samu social de Paris. V., plus généralement : Enquête auprès des hébergés en lits d'accueil médicalisés en Ile-de-France ; Observatoire du Samu social de Paris ; A. Arnaud, C. Defives, juin 2020

[75] G. Uribelarrea, « La dernière demeure : Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé », Retraite et société, 2021/1 n°85, Pages 43 à 59.

et de dépendance mais dont la situation administrative ne leur permet pas d'entrer en EHPAD. En outre, l'analyse des tensions hospitalières observées depuis plusieurs mois en Seine-Saint-Denis a révélé la présence au sein des établissements de santé de nombreuses personnes de plus de 60 ans, ne nécessitant plus de soins aigus mais dont l'état de santé et de dépendance demeurent préoccupants. Ces personnes devraient être orientées en EHPAD mais faute de situation administrative régulière, elles sont orientées en structures de soins résidentiels, notamment en LAM. Les structures de soins résidentiels ne sont pas adaptées à un tel niveau de dépendance et de médicalisation. L'admission de ces personnes est aujourd'hui inadaptée voire bloquée, accentuant les tensions sur les structures de soins (…) ».

Secteur sanitaire : des difficultés dans l'accès aux soins et en sortie de soins

[96] Des outils existent, tant pour la programmation des équipements que pour l'orientation directe des usagers : principalement le **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis** (PRAPS)[76], et **les permanences sociales d'accès aux soins** (cf. 2.2.3), généralement installées au sein des hôpitaux, quels que soient leur nom, leurs attributions et leur organisation. **L'accès aux soins des publics précaires vieillissants demeure toutefois difficile, pour plusieurs raisons :**

- **Mauvaise couverture sociale** (une majorité des sans-abris ne dispose pas de couverture sociale, en raison notamment des difficultés liées à la domiciliation[77]).
- La **sectorisation de l'hôpital psychiatrique** complique par nature le rattachement de publics sans domicile[78].
- **La coordination et la continuité des soins se heurtent à l'insuffisance des moyens des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).**

  Ces dispositifs d'appui à la coordination mis en place par la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019, proposent, dans chaque département, un guichet unique de santé, ouvert à l'accompagnement des personnes en situation complexe, de tout âge, présentant toute pathologie. La mission a pu constater, à l'occasion de ses déplacements, que la façon dont ces dispositifs s'étaient appropriés leurs missions (et les hiérarchisaient) était variable selon les territoires, avec parfois une carence telle que certains envisageaient des dispositifs de coordination alternatifs pour les personnes très précaires, par exemple le déploiement de référents santé dans les SIAO.

[97] **La sortie de soins, et tout particulièrement de l'hôpital, pose également des difficultés accrues pour les personnes sans domicile, *a fortiori* lorsqu'elles sont vieillissantes.** Souvent très rapides, ces sorties ne laissent pas le temps d'installer un véritable accompagnement social, ou de mettre en place un temps d'admission en structure, voire le cas échéant une protection judiciaire de la personne (curatelle ou tutelle). Il existe ainsi un décalage important entre la temporalité de l'hôpital et celle de l'accompagnement des personnes sans domicile, et un manque de structure d'accueil temporaire, pour y répondre en assurant ces transitions.

[98] S'y ajoutent parfois des difficultés dans le suivi post-hospitalisation, notamment en psychiatrie, avec les CMP.

[76] Cf. annexe 2, liste non exhaustive d'actions spécifiques proposées dans le cadre de PRAPS.

[77] 8 sur 10, en 2005 - Pierre Chauvin, Isabelle Parizot. « Santé et recours aux soins des populations vulnérables », *Editions INSERM,* 2005, p. 325.

[78] Point souligné en entretien par l'association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM) ; voir aussi plus loin dans la partie accès aux soins (§2.2.3) où est abordé le sujet des équipes mobiles psychiatrie précarité

[99] En définitive, les difficultés rencontrées par les différents secteurs témoignent, d'une part, de l'absence d'une offre de prise en charge adaptée pour le public âgé cumulant situation de grande précarité et problèmes de dépendance ou de santé (notamment de santé mentale et d'addictions).

[100] Comme le résume l'étude de la FAS Bretagne mentionnée *supra*, ces personnes se trouvent dans un « *angle mort* » des politiques publiques, conçues suivant des silos et des seuils d'âge (60 ou 65 ans) qui ne leur sont pas adaptés, et contribuent à la fragmentation de leurs parcours, entre soins, hébergement et logement. Ainsi, « *ces publics se trouvent être trop âgés pour les structures médico-sociales relevant du handicap ; trop jeunes pour intégrer des structures relevant du grand âge ; trop pauvres pour assumer les coûts d'hébergement de ces structures ; trop isolés pour pouvoir prétendre à la solidarité familiale de leurs « obligés alimentaires », trop déviants à la norme de ces établissements pour pouvoir espérer y avoir une place et y être intégrés (…)* ».

[101] **La prise en charge de ce public appelle donc un certain nombre d'évolutions, sectorielles mais surtout transversales, dans le sillage de premières démarches amorcées depuis quelques années**.

2 Des pistes d'amélioration de la prise en charge : intégrer et développer les efforts déjà engagés

[102] Comme en témoignent les publications de la FAS ou de l'Uniopss mentionnées *supra*, ainsi que la littérature recensée en annexe 2, les difficultés et enjeux liés au vieillissement des personnes en grande précarité sont identifiés depuis déjà plusieurs années. Ils ont, à ce titre, commencé à recevoir des réponses institutionnelles, bien qu'insuffisantes, au travers de **dispositifs touchant plus généralement les personnes très précaires**, comme en témoigne par exemple la « mesure 27 » du Ségur de la Santé (permettant le financement pérenne de différents types d'équipes mobiles, telles les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité). (Cf. infra 2.2.3)

[103] **La nécessité d'une coordination des différents acteurs**, pour atténuer les difficultés liées aux prises en charge en silos, se traduit dans plusieurs outils de programmation ou orientation. Ainsi, en particulier :

- L'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité est l'une des orientations données aux **pactes et contrats locaux des solidarités signés entre l'Etat et les départements**[79], dans une instruction ministérielle du 23 novembre 2023 préconisant quatre grands types d'actions pouvant faire l'objet de contractualisation (démarches d'*aller-vers*, actions de développement de l'hébergement et du logement des personnes vieillissantes, renforcement de l'accompagnement social personnalisé favorisant l'accès aux droits et accompagnement des professionnels). Dans ce cadre, des initiatives se déploient dans les territoires. Ainsi, par exemple, le pacte local de Charente Maritime a soutenu la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des personnes âgées en hébergement d'urgence porté par la communauté d'agglomération de La Rochelle, afin d'élaborer un diagnostic et de préparer une orientation dans un parcours de soins et d'ouverture des droits.
- Une circulaire de la DIHAL, datée du 24 juillet 2025[80], prévoit par ailleurs spécifiquement la mise en place d'un « ***groupe de travail réunissant la DDET(PP)/DRIHL, l'ARS et le conseil départemental*** *pour identifier des solutions et des processus opérationnels pour la prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes (établissements pour personnes âgées dépendantes, petites unités de vie, projets d'habitat inclusif…) comme le permettent les contrats locaux des solidarités »,* et notamment « *la possibilité de déroger à l'âge minimal pour accéder aux structures médico-sociales pour personnes âgées, afin de prendre en compte la problématique des personnes connaissant un vieillissement précoce du fait de leur passé de très grande précarité ».*

[104] **La mission a constaté le fort engagement de la Dihal en faveur des personnes précaires vieillissantes, seule administration centrale qui porte concrètement cette thématique pourtant partagée. L'éparpillement des attributions tant à l'échelon national (Dihal, DGCS, DGOS) que territorial (préfet, délégation départementale de l'ARS, département) complique cependant l'efficacité de l'action.**

[79] Cf. instruction ministérielle du 23 novembre 2023 relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les conseils départementaux pour les années 2024-2027. Et, pour les Métropoles, instruction ministérielle du 27 octobre 2023 relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et des contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les métropoles pour les années 2024-2027.

[80] Instruction relative à l'accélération de l'accès au logement des personnes sans domicile et à l'amplification de leur accompagnement à la santé et à l'emploi.

[105] **Dans ce cadre déjà pleinement initié, quelques actions semblent pouvoir être priorisées, tenant à l'adaptation sectorielle des lieux de vie (1) et à l'amélioration des orientations, des transitions et des coopérations pour favoriser les parcours (2), l'ensemble devant répondre à des conditions communes de réussite (3), avec une nécessité de prévenir la bascule des personnes vieillissantes dans la grande précarité (4).**

2.1 Adapter les lieux de vie

2.1.1 Renforcer la capacité de prise en charge temporaire des besoins des personnes vieillissantes dans le secteur de l'accueil hébergement insertion (AHI)

[106] Des initiatives existent dans le secteur de l'AHI pour répondre de la façon la plus adaptée possible aux besoins des personnes très précaires (par exemple, le programme expérimental d'hébergement pour les personnes en grande marginalité mené par la DIHAL depuis 2021[81]). Toutefois, aucune ne vise spécifiquement les publics vieillissants. Il est vrai que le secteur n'a pas été pensé pour héberger de façon structurelle et durable les personnes âgées et doit se réorganiser globalement à l'aune de cet objectif. Sans l'engager dans une médicalisation accrue, il est néanmoins crucial de renforcer sa capacité à répondre au vieillissement du public hébergé, en étayant l'accueil proposé dans une certaine mesure.

[107] *A minima*, et s'agissant du bâti, tout d'abord, cela appelle l'existence, dans chacun des centres d'hébergement, de quelques **chambres PMR, dotées de douches individuelles, accessibles de plain-pied ou par un ascenseur**. A cet égard, la mise en conformité avec les obligations légales d'accessibilité sur les sites sur lesquels ce n'est pas encore fait demeure une priorité de premier rang. En outre, la réflexion urbanistique doit, autant que possible, intégrer à la détermination des sites susceptibles d'accueillir à l'avenir de nouveaux centres les contraintes liées à la mobilité et aux besoins en soins des personnes vieillissantes.

[108] S'agissant, ensuite, de l'accompagnement social assuré dans les centres d'hébergement, plusieurs acteurs ont fait le choix de **déployer des effectifs dédiés**, le plus souvent par redéploiement interne de moyens (ex : le CASVP s'est doté d'un poste d'infirmière coordinatrice positionnée sur la coordination et les partenariats en santé, d'autres structures de temps infirmier, psychologue et/ou médiateur en santé formés au public vieillissant en situation de grande précarité afin de favoriser un continuum de prise en charge). Au-delà du recours aux médiateurs en santé présents dans les CPAM, de tels postes de médiateurs en santé pourraient également être mutualisés entre plusieurs établissements du même secteur, pour récréer autour de chaque personne un réseau de soins, et réaliser des actions collectives de prévention et de sensibilisation, des résidents comme des équipes. **Des financements complémentaires pourront être prévus à cet égard par les ARS.**

[109] En outre, et indépendamment des formations à mettre en place durablement (*cf. infra*), le personnel des centres devrait être sensibilisé aux problématiques du vieillissement, afin de pouvoir notamment reconnaître les signes de vieillissement prématuré des personnes âgées sans-abri, et

[81] La DIHAL mène depuis 2021 ce programme expérimental en mettant en place des lieux alternatifs pour des mises à l'abri en assouplissant les règles d'accueil (animal, alcool). Ce programme a été soutenu à ses débuts par la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Au travers de 38 projets retenus, 860 places sont ouvertes. Elles ont permis d'accueillir plus de 1 700 personnes. Les personnes vieillissantes n'étaient pas spécifiquement ciblées par cette expérimentation, mais la plupart des porteurs de projet ont dû travailler de facto cette question. En effet, la moyenne d'âge des personnes accompagnées était de 43,4 ans, jusque 57 ans sur certains sites (qui présentaient des effectifs peu importants : la moyenne est alors à prendre avec précaution). 14 % des résidents avaient entre 55 et 64 ans, 6 % 64 ans et plus, 6 % des fins de prise en charge ont été dues à des décès (chiffres DIHAL).

solliciter des évaluations au titre de l'APA ou d'autres prestations spécifiques[82]. Des **ateliers de sensibilisation pour les professionnels peuvent ainsi être développés**, sur le modèle des actions réalisées par la Mission Interface du Samu social de Paris au sujet des droits sociaux des personnes âgées (aides à domicile, accès aux soins et à la prévention, structures médico-sociales et des dispositifs d'accompagnement)[83]. Certains sujets se prêtent d'ailleurs à **la participation des personnes accompagnées à de tels ateliers** (ex : « petits déj' Fun » - pour funéraires - organisés en partenariat par la Mission Interface du Samu social de Paris et le Collectif *Les morts de la rue*).

[110] Enfin, il importe de **faciliter l'intervention dans ces structures des services à domicile**, tout particulièrement des SSIAD[84], le cas échéant avec l'aide des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Toutefois, dans le contexte de tension de l'offre, et comme l'envisage l'instruction du 23 novembre 2023 mentionnée *supra*, **cette facilitation passe également par le développement de dispositifs spécialisés, tels que les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**.

[111] Après une expérimentation réussie dans les Hauts-de-France[85], les ESSIP ont été généralisées par le Ségur de la santé, avec 750 places financées progressivement[86]. Celles-ci présentent l'avantage d'être spécialisées pour intervenir auprès d'un public précaire, tout en étant financées à la place et non à l'acte. De nouvelles places pourraient donc être développées pour répondre aux besoins, le coût de création de 250 nouvelles « places hors les murs » pouvant être évalué à 4,5 Millions d'euros environ (ONDAM spécifique). L'intervention de ces équipes aura en principe pour effet de prévenir ou d'éviter de prolonger des hospitalisations, elles-mêmes bien plus coûteuses. Pour mémoire, le coût d'une journée d'hébergement d'urgence est de l'ordre de 20 euros, d'hébergement d'insertion de l'ordre de 50 euros, d'une journée de LAM ou de LHSS de l'ordre de 150 ou 200 euros, d'une journée d'hospitalisation de 1000 voire 1500 ou 2000 euros selon les services[87].

[112] Enfin, et *a maxima*, des unités spécialisées dans la prise en charge de la perte d'autonomie pourraient être créées dans certaines structures particulièrement confrontées au vieillissement des résidents, telle que l'UMA du CHRS Baudricourt, à Paris – actuellement financée par redéploiement interne de moyens. A partir d'un diagnostic des besoins réalisé dans chaque département, des moyens spécifiques pouraient être ponctuellement alloués à de telles unités, qui, ici encore, ont vocation à permettre un accompagnement adapté des personnes en prévenant des hospitalisations plus coûteuses.

[82] Sur la question du repérage de la perte d'autonomie, la FAS a notamment diffusé le questionnaire « FAMO » (formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation) à destination des travailleurs sociaux – cf. infra.

[83] En 2024, 18 séances ont été réalisées auprès des professionnels du secteur AHI, touchant 204 personnes (cf. rapport d'activité 2024 de la Mission Interface du Samu social de Paris).

[84] À compter de 2023, les services autonomie à domicile remplacent peu à peu les SAAD, SSIAD et SPASAD – cf. décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile (articles L. 313-1-3 CASF et D. 312-1 à 312-5 du CASF).

[85] Cf. décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021, qui établit également le fondement juridique pour le déploiement des équipes mobiles santé précarité (EMSP).

[86] Le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 a donné un fondement juridique au déploiement des ESSIP (ainsi que des équipes mobiles santé précarité). Voir aussi le cahier des charges publié au Bulletin officiel Santé – protection sociale – solidarités n°2021/23 du 15 décembre 2023.

[87] Revue de dépenses relative à l'hébergement d'urgence, op cit, ATIH pour l'hospitalisation.

L'Unité de maintien de l'autonomie du CH Baudricourt
(Pôle Rosa Luxembourg, géré par le centre d'action sociale de la Ville de Paris)

Au sein du CH Baudricourt (76 places) :
- Les résidents ont en moyenne, en 2024, plus de 50 ans - près d'un quart ayant plus de 65 ans ;
- La durée moyenne de séjour est de 3 ans et 6 mois ;
- 40 % des résidents présentent des pathologies chroniques, souvent liées à des conduites addictives.
- 50 % des résidents nécessitent un accompagnement quotidien dans la gestion de leur traitement médicamenteux.

Depuis juin 2021, un étage du CH a été transformée en Unité de maintien de l'autonomie, avec 3 ETP d'AES et 0,5 ETP d'IDE (devenu 1 ETP plein depuis septembre 2023). L'unité comptait au départ 8 places, dont le nombre a été doublé en octobre 2022, avec 1 ETP d'AES supplémentaire.

L'unité comporte aujourd'hui 4 chambres simples (dont 2 PMR) et 6 chambres doubles. Elle propose un accompagnement social et médico-social étayé pour les résidents les plus fragiles, ne pouvant être orientés, à court terme, vers des structures de droit commun.

Les lieux d'hébergement adaptés aux personnes âgées précaires en Espagne *(Cf. annexe 4)*

Le vieillissement précoce des personnes en situation de précarité, notamment les sans-abris, a conduit en Espagne à l'émergence de modèles de prise en charge intégrée, combinant soins médicaux, réhabilitation fonctionnelle, accompagnement psychosocial et participation communautaire. Les centres spécialisés, tels que *Puerta de Hierro* (premier centre en Espagne spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles mentaux graves), illustrent cette approche, en proposant des unités conviviales et des interventions individualisées visant la prévention de la dépendance et la promotion de l'autonomie.

À Madrid, précisément, plusieurs établissements tentent de répondre aux besoins spécifiques des personnes très précaires vieillissantes. Ainsi, le centre municipal *Puerta Abierta* (« porte ouverte ») accueille des personnes sans abri, dont 80 % environ ont plus de 55 ans, et propose un accompagnement socio-sanitaire global, combinant hébergement, soins, activités socio-éducatives, programmes d'insertion sociale, ainsi que des interventions adaptées aux troubles cognitifs, aux addictions et aux pathologies multiples. Le système *PUE (Puerta Única de Entrada ou guichet unique)* complète cette approche en coordonnant l'accès aux différentes structures municipales et en donnant la priorité aux personnes âgées les plus vulnérables.

[113] A la lumière de l'ensemble de ces éléments, la mission préconise plusieurs ajustements en vue d'améliorer l'accueil des personnes précaires vieillissantes au sein des structures d'hébergement généraliste. **A ce titre, la mission préconise l'abondement en base du programme n° 177 DIHAL à hauteur de 55 millions d'euros** (correspondant à un surcoût moyen de15 % d'un coût de journée moyen à la place de 50 euros pour les CHRS, pour 10 % des 200 000 places d'hébergement ouvertes, avec l'hypothèse que 10 % des personnes demandant un hébergement sont âgées de plus de 50 ans).

Recommandation n°1 S'agissant du secteur de l'hébergement :

- Intégrer à l'organisation et à la planification du bâti les besoins des personnes dépendantes,

- Mutualiser des postes d'infirmiers coordonnateurs ou de médiateurs en santé au sein des centres d'hébergement.

2.1.2 Améliorer la réponse aux besoins des personnes vieillissantes dans le secteur du logement accompagné

[114] Pour les personnes précaires vieillissantes, les pensions de famille offrent un cadre adapté[88] tant **que l'état de santé du résident ne nécessite pas la présence d'une équipe technique, sociale et soignante très étoffée**. Sur chacun des sites, un maître ou une maîtresse de maison aide les résidents à gérer leur quotidien, entretenir leur logement, faire la cuisine, etc. La conjonction entre la liberté d'un logement autonome et la sécurité apportée par la présence de salariés et par le collectif répond particulièrement bien aux besoins des publics ayant connu des parcours complexes, lorsque la perte d'autonomie n'est pas encore prégnante.

[115] Afin de permettre à ces structures d'accueillir le plus longtemps possible les personnes qui y sont logées, les enjeux en termes de bâti[89] et les solutions d'étayage médico-social évoquées ci-dessus au sujet du secteur de l'hébergement généraliste se posent dans des termes proches, et plaident pour le renforcement d'une offre de logement adapté, au moins dans certaines pensions de famille[90]. Cet étayage apparaît d'autant plus indispensable que, contrairement aux centres d'hébergement, ces structures ont vocation à permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. On pourrait ainsi y déployer plus souvent l'hospitalisation à domicile (HAD) ou y faire intervenir les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

[116] L'association des Petits frères des pauvres gère, par exemple, des pensions de famille accueillant prioritairement des personnes de plus de 50 ans, en déployant des moyens adaptés en termes de locaux PMR, de formation des équipes ou de réseau médico-social. En cumulant le soutien des ARS et les fonds issus de la générosité du public, l'association a développé dans ces structures des **postes de psychologues, de médiateurs en santé**, **de même enfin que des travailleurs-pairs**, mettant à profit leur expérience de vie pour faciliter l'acceptation du soin.

Le logement accompagné pour les personnes âgées précaires en Italie *(cf. annexe 4)*

En Italie, la communauté Sant'Egidio a développé des formules de copropriétés « protégées », ainsi que des maisons familiales.

Ainsi, les **copropriétés « protégées »** sont des bâtiments entiers de mini-appartements (40 - 60 m² chacun) pour une ou deux personnes, dédiés aux personnes âgées autonomes, mais avec une fragilité liée au logement (sans-abri, expulsés, personnes seules). Ces hôtes se voient offrir des services communs et un soutien dans les problèmes de la vie quotidienne.

Les **maisons familiales** sont, quant à elles, conçues pour les personnes âgées ayant une autonomie fonctionnelle réduite, incapables de rester chez elles, en raison d'un manque de logement ou de ressources économiques suffisantes, de relations interpersonnelles significatives. Les personnes âgées sont invitées à apporter leurs propres meubles dans ces lieux et y retrouvent un environnement familial.

[117] **Enfin, et plus spécifiquement, la mission recommande d'achever la réhabilitation des foyers de travailleurs migrants en transformant les 90 foyers restants**, pour permettre aux nombreuses personnes âgées qui y résident[91] d'y demeurer aussi longtemps que leur état de santé le permet, dans des conditions de vie dignes. Les difficultés de financement de ce plan (évoquées *supra* au 1.2.1.2) pourraient être au moins en partie compensées par la recherche de financements supplémentaires, octroyés notamment par des fonds européens.

[88] 32 % de la file active des pensions de famille/maisons relais de l'enquête IGAS/FAS sont des personnes précaires vieillissantes, plus de la moitié avaient déjà 50 ans en 2013 (Source Dihal).

[89] Dans le contexte général de difficulté de financement de l'investissement avec le recul des aides à la pierre.

[90] Les normes de construction du logement social s'appliquent aux pensions les plus récentes.

[91] Qui accueillent environ 15 500 dont 5000 âgés de plus de 60 ans comme évoqué supra au 1.2.1.2

[118] **Le logement accompagné joue d'ores et déjà et sera appelé à jouer un rôle essentiel pour l'accueil des personnes précaires vieillissantes. Pour ce faire, la mission préconise deux axes de travail déjà inscrits dans le plan Borloo de cohésion sociale de 2005 mais non encore entièrement déployés.**

Recommandation n°2 Dans le domaine du logement accompagné, développer les appels d'offres pour des pensions de famille en général et pour des pensions de famille spécialisées dans l'accueil des personnes de plus de 50 ans, et achever le plan de réhabilitation des foyers de travailleurs migrants.

2.1.3 Elargir et adapter l'offre dévolue aux grands précaires vieillissants dans le secteur médico-social

Etoffer la prise en charge par les LHSS et les LAM

[119] Au-delà du développement des ESSIP évoqué *supra* dans une logique d'étayage des établissements de l'AHI, deux pistes complémentaires peuvent être explorées pour renforcer la prise en charge médicale des personnes sans domicile fixe vieillissantes.

[120] **Tout d'abord, le développement des places de LHSS mobiles/équipes mobiles santé précarité (EMSP) et LHSS de jour**[92] peut réduire, dans une certaine mesure, la saturation des LHSS, en permettant notamment, en amont et en aval des séjours dans ces structures, une prise en charge non résidentielle. A ce titre, ces dispositifs pourraient jouer plus naturellement le rôle de « porte d'entrée » vers les établissements médico-sociaux dédiés aux personnes âgées, et ainsi faciliter l'orientation des publics vieillissants. Le coût du développement de telles places, susceptibles de prévenir voire de se substituer aux hospitalisations, pourrait être, au moins en partie, amorti de ce fait.

[121] Au-delà, et pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées sans domicile en situation irrégulière sur le territoire, **plusieurs LAM spécifiquement dédiés à l'accueil des personnes de plus de 60 ans pourraient être créés**, sur le modèle du projet expérimental lancé par l'ARS Ile-de-France dans son appel à projet évoqué *supra* (août 2024)[93]. Comme l'indique le cahier des charges, « *la création de places de LAM renforcé pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes sans possibilité d'accès en EHPAD (dit « LAM PA »), permettra de répondre à la double problématique de la perte d'autonomie et des problématiques sanitaires et sociales habituellement rencontrées par les personnes accueillies en LAM* ». Elle s'adresse aux « *personnes en perte d'autonomie et dont la situation administrative ne permet pas d'intégrer, dans un premier temps, un EHPAD ou une structure médico-sociale de droit commun* ». Dans le cadre de ce projet, mis en œuvre par l'association Aurore, un forfait de 150 000 euros est attribué au LAM PA en plus du coût à la place d'un LAM classique, pour le financement d'un temps de médecin et d'interventions paramédicales (dont kinésithérapeutes) nécessaires.

[122] Une telle dérogation au droit commun ne devrait aucunement devenir la règle, et modifier insidieusement l'objet des LAM – qui ne sont pas des lieux d'accueil sur le long terme de personnes âgées. Mais elle peut être regardée comme une solution apportée ponctuellement aux personnes dont la prise en charge connaît une forme d'impasse, pour des raisons administratives ne relevant pas du champ social.

---

[92] Les « LHSS mobiles » et « LHSS de jour » sont rattachés à une structure LHSS ; les équipes mobiles santé précarité sont autonomes des LHSS - cf. décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020, et le cahier des charges publié au Bulletin officiel Santé – protection sociale – solidarités n°2021/23 du 15 décembre 2023.

[93] Ce projet s'inscrit dans le Plan Régional de Santé 2023-2028, qui préconise d'augmenter chaque année de 75 lits en LHSS et 75 lits en LAM, soit la création de 375 places pour chaque dispositif en cinq ans, tout en prévoyant la possibilité d'expérimenter de nouvelles formes de prises en charge, telles que des LAM renforcés pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes sans possibilité d'accès en EHPAD.

[123] En matière d'hébergement médicalisé, la mission propose la création de 1000 lits supplémentaires d'hébergement médicalisé, pour un coût de l'ordre de 55 millions d'euros en base dans l'ONDAM « personnes en difficulté sociale » avec l'hypothèse d'un prix de journée moyen de 150 euros).

Recommandation n°3 En matière d'hébergement médicalisé, développer les LHSS mobiles et les LHSS de jour, lancer des appels à projet pour des places de LAM supplémentaires et des appartements de coordination thérapeutique « hors des murs » dans les départements où des besoins ont été identifiés.

[124] Les appartements de coordination thérapeutiques (ACT), quant à eux, financés par l'ONDAM spécifique évoqué plus haut sous l'autorité des ARS, offrent une réponse utile aux personnes précaires présentant des troubles psychiques et/ou des addictions, avec un habitat généralement diffus, souvent plus adapté à ces profils qu'un hébergement collectif. Dans l'enquête IGAS/FAS, le seuil du vieillissement est perçu comme inférieur ou égal à 55 ans dans la plupart des ACT.

[125] La DIHAL a mis en place un cahier des charges national pour développer *l'offre d'ACT de type « Un Chez soi d'abord » dans le cadre d'un* Programme expérimental d'hébergement pour les personnes en grande marginalité mené depuis 2021[94] . L'intérêt est notamment de constituer une réponse complémentaire pour le public précaire vieillissant avec troubles psychiques conservant cependant un certain niveau d'autonomie.

[126] Par ailleurs, dans sa circulaire du 24 juillet 2025 précitée (« Renforcer l'accompagnement des publics notamment en matière de santé et de vieillissement »), la Dihal invite les ARS à développer des ACT hors les murs pour fluidifier les parcours des personnes sans domicile nécessitant des soins, assurer des parcours d'accompagnement sans rupture.

Ajuster l'offre des EHPAD pour faciliter la prise en charge des personnes très précaires

[127] L'expérience des EHPAD accueillant, de manière plus ou moins spécialisée[95] ou de manière ponctuelle, des résidents très précaires, permet aujourd'hui de tracer quelques lignes incontournables pour assurer cet accueil dans des conditions adaptées.

[128] Ainsi, différents leviers peuvent permettre la bonne intégration en EHPAD des personnes venant de la rue ou de structures d'hébergement :

- L'accompagnement doit être marqué par des principes de bienveillance, de patience et d'adaptation au cas par cas, qui nécessitent 1/ une **information suffisante des équipes et des autres résidents sur le parcours de vie complexe de la personne accueillie**, et sur les enjeux spécifiques de sa prise en charge (addictions, etc.)[96] ; 2/ outre les enjeux de formation (*cf. infra*), une **sensibilisation des professionnels** aux spécificités des personnes sans domicile[97]. Plus

[94] *https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/113610/download?inline ;*
Cf. aussi *https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/07_fiche_pratique_un_chez-soi_d_abord-mai_2021_cle1ba852.pdf*

[95] Au-delà des EHPAD « historiques » mentionnés supra que sont l'établissement François 1er à Villers-Cotterêts et l'EHPAD du CASH de Nanterre, d'autres EHPAD accueillent aujourd'hui parmi leurs résidents une part importante de publics très précaires, parmi lesquels plusieurs établissements des Petites sœurs des pauvres, l'EHPAD Hector Berlioz, à Bobigny, ou encore l'EHPAD Saint Barthélémy, à Marseille.

[96] Une convention entre le SIAO et les EHPAD accueillant ces résidents, susceptible plus largement de favoriser une interconnaissance mutuelle, pourrait permettre de formaliser les conditions de circulation de cette information.

[97] Isabelle Faulques et Charlotte Miot, « Comment préparer et réussir l'accueil des personnes âgées précaires en EHPAD ? », Revue de Gériatrie, mai 2020, 45 (5). A titre d'exemple, la Mission Interface du Samu social de Paris organise des séquences

globalement, des objectifs en matière de qualité d'accueil des personnes issues de la grande précarité pourraient être inscrits dans les documents stratégiques signés entre les tutelles et ces établissements médico-sociaux (CPOM).

- Une attention particulière doit être portée au **« reste à vivre » pour les personnes précaires. Il importe que leur vie quotidienne ne soit pas entravée voire dégradée au sein de l'EHPAD par l'absence totale de revenus personnels, fussent-t-ils minimes.** En effet, ces personnes, en moyenne beaucoup plus jeunes que les autres résidents, peuvent avoir des besoins ou des désirs différents : achat de tabac, d'alcool, de produits alimentaires supplémentaires, de titres de transport, sorties, prise de certains repas à l'extérieur etc…). Cette thématique doit être prise en compte dans le règlement intérieur de l'établissement. Si l'équation financière ne permet pas de laisser suffisamment d'argent à la disposition du résident, il importe que l'établissement sollicite sur ce sujet la délégation locale d'une ou plusieurs associations familières des actions en faveur des personnes en situation de précarité (Croix Rouge, Secours Catholique etc…). Il n'est pas respectueux de la liberté individuelle, et il n'est pas dans l'esprit du code de l'action sociale et des familles que, comme la mission l'a vu sur certains sites, des résidents d'EHPAD voient leurs cigarettes rationnées ou leurs sorties empêchées au seul motif que leurs ressources, déjà très faibles, sont entièrement dédiées au paiement de leur séjour.
- La présence au sein de l'EHPAD d'un **éducateur spécialisé**, sur le modèle mis en place par l'établissement François 1er à Villers-Cotterêts, facilite la prise en charge adaptée des personnes très précaires, et permet une approche complémentaire de celle des soignants. Ce professionnel peut notamment jouer le rôle de « référent », en nouant une relation privilégiée avec les personnes précaires, le cas échéant dans une relation de « contractualisation » qui n'est pas familière au personnel soignant. Le besoin a été évalué à 0,5 ETP d'éducateur spécialisé pour environ 20 résidents précaires[98]. Plus largement, et au cas par cas, le personnel de l'EHPAD peut être complété, selon la proportion et les caractéristiques du public précaire accueilli. Ainsi, à titre d'exemple, l'EHPAD François 1er emploie également un **éducateur sportif et une psychologue**[99], là où l'EHPAD Le Figuier bénéficie, pour sa part, d'un **renfort de son équipe soignante (2 ETP médecins), technique (4 agents de sécurité) et sociale (1 AS à temps plein) -** grâce notamment à un prix de journée en augmentation proposé par le Conseil départemental et à une dotation soin octroyée par l'ARS.
- Pour une meilleure prévention des situations de tension ou de crise (alcoolisation, fugues, conflits…), il peut être utile de désigner des **agents de confiance** (notion de soignant confident revue et édulcorée depuis sa conception, un peu plus référent et un peu moins confident) qui permette une relation plus personnalisée pour dialoguer, négocier, contractualiser (à propos des cigarettes, de l'alcool, des animations, des sorties…).
- Une **dotation spécifique allouée aux EHPAD accueillant des personnes en situation de grande précarité** doit pouvoir être envisagée car, comme il a été indiqué *supra*, d'une part, le financement dépend en grande partie de la mesure du GIR, qui ne reflète que très

---

de formation, qui rassemblent l'ensemble des acteurs d'un établissement médico-social et permettent de sensibiliser les professionnels aux comportements et besoins particuliers des personnes ayant connu un parcours de rue, en incluant des mises en situation.

[98] V., notamment, par le directeur de l'EHPAD François 1er et l'éducatrice spécialisée de cet EHPAD : P. Delarue et L. Jolly, « Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en EHPAD », *Revue de Gériatrie*, janvier 2023, 48 (1).

[99] D'autres consultations de psychologue étant par ailleurs proposées au personnel de l'EHPAD. On peut signaler également que cet EHPAD a développé pendant un temps la notion de « soignant-confident », pour accompagner les personnes précaires, mais est aujourd'hui revenu à une approche moins impliquante pour le personnel, plus proche du référent que du confident.

imparfaitement les besoins d'accompagnement de ces personnes ; et, d'autre part, cette prise en charge emporte des coûts supplémentaires, en temps de personnels mais également en matériel, avec la nécessité par exemple de fournir un trousseau aux nouveaux arrivants (vêtements, produits d'hygiène, … ; cf. étude CEMKA mentionnée *supra*[100]). Enfin, dans l'hypothèse d'une structure se spécialisant dans l'accueil de ce public – tel que l'EHPAD du CASH de Nanterre -, un financement dérogatoire pourrait être mis en place, en fonction d'un **prix unique à la place** (qui remplacerait la triple dotation, soin, dépendance et hébergement). Une telle évolution semble tout particulièrement cohérente avec l'expérimentation prévue par la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024[101], autorisant une expérimentation du régime de financement des EHPAD, des petites unités de vie (PUV) et des unités de soins de longue durée (USLD) dans 23 départements, en fusionnant le tarif soins (financé par la Sécurité sociale) et le tarif dépendance (financé par les résidents et les conseils départementaux) dans un forfait global unique.

Recommandation n°4 S'agissant des EHPAD :

- Intégrer systématiquement des objectifs en matière de qualité d'accueil des personnes issues de la grande précarité dans les documents stratégiques signés entre les tutelles et les établissements médico-sociaux (CPOM),
- Généraliser, dans les EHPAD accueillant un nombre significatif de personnes issues de la grande précarité, la présence d'un éducateur spécialisé,
- Augmenter le « reste à vivre » pour les personnes précaires.

[129] Par ailleurs, l'évaluation spécifique de la perte d'autonomie des personnes très précaires devrait pouvoir donner lieu à une réflexion plus globale sur **l'adaptation de la grille AGGIR,** dont dépend aujourd'hui l'accès à l'EHPAD et le versement de l'APA, notamment pour une meilleure prise en compte des troubles du comportement et des difficultés dans la gestion du quotidien que rencontrent les personnes sans domicile vieillissantes. Il semble en effet nécessaire de disposer d'une **grille d'évaluation de la perte d'autonomie psycho-cognitive**[102], et de mettre en place un processus de diagnostic psychiatrique afin d'ajuster les prises en charge des personnes, et prendre en compte les différences en termes de capacités mais aussi de handicaps dans l'ensemble de l'accompagnement proposé.

Recommandation n°5 Élaborer avec les acteurs du champ une grille d'évaluation intégrée prenant en compte les caractéristiques spécifiques des personnes précaires vieillissantes (perte d'autonomie, troubles neuro-psychiques, problématiques sociales).

[130] S'agissant, enfin, de la plus ou moins grande spécialisation des EHPAD dans cet accueil, la mission a constaté qu'aucune solution ne s'imposait, mais que le nombre significatif de résidents très précaires dans un établissement, loin d'être nécessairement un facteur de difficulté, pouvait permettre des

[100] « *Comme attendu, les surcoûts liés à la précarité des résidents en EHPAD tiennent davantage de difficultés sociales, que de difficultés strictement médicales liées à une pathologie spécifique* ». L'étude s'essaie à un chiffrage précis des coûts, dont le montant varie toutefois selon les types d'établissements, et le nombre de personnes précaires accueillies. Des échanges de la mission avec l'ARS Ile-de-France, il apparaît qu'une dotation adaptée, pour un EHPAD accueillant une dizaine de résidents précaires, pourrait être de 200 000 euros par an. De son côté, la Ville de Paris a versé 2,2 millions d'euros aux EHPAD depuis 2023 pour renforcer leurs équipes afin de prendre mieux en charge les publics issus de la grande précarité.

[101] Cf. son article 79.

[102] Elle pourrait d'inspirer d'initiatives observées sur le terrain (utilisation de l'échelle de Cohen-Mansfielf au-delà des seules grilles Aggir et Pathos, mais aussi échelle de Lautown ou de Katz qui donnent une vue plus globale sur l'autonomie sociale). Il convient de rappeler que la nécessité de mieux prendre en compte les troubles neurocognitifs/psychiques dans la grille AGGIR n'est pas propre à la situation des personnes précaires vieillissantes (cf. proposition du rapport IGAS/IGF 2025-014R de mai 2025). Cette dimension pourrait être intégrée dans le travail engagé par la CNSA évoqué supra dans la première partie.

effets d'échelle et une cohabitation facilitée. En toute hypothèse, un projet d'accueil personnalisé doit permettre la prise en charge la plus adaptée au parcours spécifique du résident (en envisageant, par exemple, les conditions d'accueil de son animal de compagnie, avec lequel il peut avoir vécu à la rue pendant de nombreuses années).

[131] Plus largement, et comme le souligne par exemple Sophie Rouay-Lambert[103], l'accueil d'anciens sans domicile en EHPAD soulève des questions susceptibles de nourrir utilement la réflexion plus générale de l'établissement sur l'accompagnement des résidents (voir, *infra*, notamment sur les questions éthiques et la réduction des risques).

La prise en charge des personnes très précaires en maison de retraite au Danemark *(cf. annexe 4)*
En septembre 2025, le gouvernement danois a annoncé la mise en place d'un **fonds de 22,1 millions de couronnes (environ 3 millions d'euros) sur la période 2025-2028**, en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées socialement vulnérables dans les maisons de retraite.
L'Autorité danoise de la Santé a également publié un **guide recensant les bonnes pratiques de diverses structures d'accueil ayant adapté leur prise en charge à un public fragilisé par de multiples facteurs**. Ces initiatives incluent tout particulièrement un aménagement de l'espace. Ainsi, par exemple, plusieurs établissements d'accueil ont construit des annexes, de nouvelles unités de logement et des terrasses afin d'offrir davantage d'intimité à leurs résidents. D'autre, en s'inspirant du principe de « *low arousal* » (faible stimulation sensorielle), ont aménagé leurs espaces intérieurs afin de réduire les facteurs déclencheurs de stress et de prévenir l'émergence de tensions entre leurs résidents (éclairage tamisé, couleurs apaisantes, fauteuils à bascule, présence d'animaux…). La suppression d'espaces partagés pour certaines tâches (ex : buanderie remplacée par une machine à laver individuelle dans chaque logement) a également permis à certaines structures d'accueil de réduire les conflits, tout comme l'attribution de coffres personnels.
Par ailleurs, les **règles concernant la consommation d'alcool** varient d'une structure à une autre. Certaines maisons de retraite accueillant des individus ayant des problèmes d'addictions organisent des activités autour de l'alcool (ex : organisation d'un bar le vendredi, dégustations de vin ou de bières) dans l'objectif d'encadrer la consommation d'alcool et d'éviter que les personnes ne s'isolent dans leur logement pour boire. A l'inverse, d'autres établissements prennent la décision de bannir l'alcool des activités collectives, afin d'éviter que la création de liens sociaux ne soit envisagée qu'à travers sa consommation.

Envisager des alternatives à l'EHPAD :

[132] Dans un rapport récent[104], l'IGAS avait d'ores et déjà préconisé de faire l'inventaire des modes d'accompagnement plus adaptés aux personnes âgées, en cherchant au-delà des EHPAD, des solutions permettant de diversifier l'offre disponible. Sur ce terrain, il apparaît à la mission que deux pistes plus particulières peuvent être suivies.

- **Le développement des Résidences Autonomies :**

[133] Les résidences autonomies fournissent une formule intéressante, adaptée aux personnes de plus de 60 ans encore relativement autonomes (en principe, GIR 5 et 6), et aux ressources modestes (loyers modérés, aides au logement et aide sociale à l'hébergement). Ce modèle, composé d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés, garantit l'indépendance des habitants tout en favorisant une vie sociale et collective grâce aux espaces communs. Le budget consacré aux résidences autonomie en 2023 s'élève à 25 M€.

[103] « Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société », Revue de Gériatrie, juin 2020, 45 (6).
[104] « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit », 2023-014R, J. Emmanuelli, J-B. Frossart, B. Vincent, fév. 2024.

[134] Comme l'analysait le rapport de l'IGAS mentionné *supra*, « *les résidences autonomie sont la forme d'habitat intermédiaire qui permet les mutualisations RH et logistiques les plus fortes et qui est le plus accessible financièrement pour la population* », avant de recommander de doubler le parc en résidences autonomie à horizon 2030 (soit 100 000 logements à créer), tout en poursuivant la rénovation du parc existant. Au prisme des besoins du public spécifique des personnes très précaires vieillissantes, cette recommandation ne peut qu'être réitérée[105].

[135] Une augmentation significative du nombre de places en résidence autonomie doit donc être envisagée, avec un **étayage renforcé de travailleurs sociaux** (éventuellement mutualisés entre plusieurs résidences autonomie), pour mieux répondre aux besoins des personnes très précaires. Cet étayage peut aussi être complété au moyen de partenariats rendus possibles par les ressources de chaque territoire. Ainsi, par exemple, la résidence autonomie Saint-Laurent, qui dépend du CCAS de Grenoble, fait appel à des gardes d'étudiants en médecine pour assurer une présence, la nuit et le week-end, auprès de ses résidents.

Recommandation n°6 Développer le parc des résidences autonomie, ainsi que l'intervention de soignants et de travailleurs sociaux en leur sein.

« **Les béguinages sont destinés aux personnes âgées uniquement, autonomes ou en perte partielle d'autonomie (Gir 6 ou Gir 5).** Ils gardent une vocation sociale et accueillent des personnes âgées aux revenus modestes. Ils étaient à l'origine des regroupements de logements où habitaient des communautés religieuses, mais sont devenus laïcs et repris par les bailleurs sociaux. Ils sont surtout présents dans le Nord de l'Europe. Ce sont le plus souvent de petits ensembles pavillonnaires de plain-pied et qui regroupent en moyenne 10 à 20 logements privatifs, en formule locative ou accession. L'idée est de maintenir à domicile avec sécurité mais aussi convivialité. Les résidents peuvent profiter individuellement à leur domicile de soins et services à la personne de type SAAD, SSIAD, ménage, coiffure, livraison de repas, etc. Les logements n'ont pas vocation à être médicalisés. Ils favorisent le lien social grâce au **partage d'espaces extérieurs et par la proximité immédiate des voisins**. **Le financement est le même que pour les logements sociaux ordinaires** mais le porteur de projet peut solliciter en plus des organismes tels que caisses d'assurance retraite, assurance vieillesse ou retraite complémentaire pour obtenir des subventions ou aides financières. Sur demande, la Caisse des Dépôts, la région, le Conseil départemental peuvent apporter un soutien financier pour soutenir le développement de béguinages ». Rapport Uniopss, *op cit*.

- **Le développement des Petites unités de Vie (PUV) :**

[136] Ces structures, qui dérogent au statut de droit commun des EHPAD, permettent la prise en charge des troubles liés à la perte d'autonomie tout en externalisant la médicalisation. Elles ont été tout particulièrement développées par l'association des Petits frères des pauvres et sont unanimement plébiscitées par les professionnels rencontrés par la mission[106]. En effet, leur petite échelle (25 places maximum) est particulièrement adaptée à l'accueil de personnes ayant eu des parcours de vie complexes, car elle permet un accompagnement plus rapproché et personnalisé. En outre, parce qu'elles sont moins médicalisées, les PUV renforcent le sentiment donné aux personnes d'être logées et non hébergées, et peuvent limiter leur appréhension à intégrer une structure collective après un long parcours de rue.

[137] Au prix d'une certaine vigilance sur les profils accueillis (le taux d'encadrement peut n'être pas suffisant pour gérer une lourde problématique d'addiction et/ou de troubles psychiques, par exemple), cette solution constitue donc une formule particulièrement adaptée. Le montage économique de ces

[105] Cette orientation figure également dans le rapport IGAS/CGEDD sur les habitats partagés, avril 2026.

[106] Elles sont également mentionnées, par exemple, dans la circulaire de la DIHAL du 24 juillet 2025 – *cf. supra*.

structures est toutefois, du fait de leur échelle, délicat. Les PUV des Petits frères des Pauvres fonctionnent ainsi, au-delà des financements publics, au moyen de fonds supplémentaires collectés par l'association.

[138] Dans le même esprit, le mouvement « Habitat et Humanisme » déploie quant à lui de longue date de manière très précieuse des « **logements très accompagnés** », qui constituent une offre domiciliaire alternative aux EHPAD, ainsi que des « **maisons intergénérationnelles** » (55 actuellement en France métropolitaine) avec un concept « *diffus regroupé* » c'est-à-dire des logements privatifs et un espace collectif, une dynamique participative, dans laquelle chacun est à la fois bénéficiaire et contributeur et un ancrage dans un quartier au moyen de partenariats.

Recommandation n°7 Relancer des appels à projets pour la création de Petites Unités de Vie, tout en recherchant des modalités de sécurisation de leur modèle économique.

[139] Qu'il s'agisse des pensions de famille, des résidences autonomie ou des PUV, le développement de structures adaptées emporte des coûts qui ne doivent pas être sous-estimés, mais qui peuvent être atténués par une mutualisation des moyens, dans une logique d'assemblage des structures, également favorable à la simplification des parcours des personnes concernées.

2.2 Faciliter la continuité des parcours

[140] Comme indiqué *supra* au sujet des EHPAD, les travaux de la mission l'ont conduit à considérer qu'il n'était pas possible, ni opportun, de trancher de façon générale entre le scenario d'un accueil des personnes très précaires vieillissantes dans les structures généralistes, avec le cas échéant des places fléchées et des dotations bonifiées, ou celui d'une prise en charge dans des unités ou structures spécialisées. L'une comme l'autre de ces approches présentent des avantages et des inconvénients, qui sont plus ou moins marqués selon les publics concernés et les circonstances locales. Ainsi, un établissement spécialisé, au moins en partie, dans l'accueil des publics précaires vieillissant aura l'avantage de disposer d'une compétence et de moyens particulièrement adaptés ; là où l'accueil dans un établissement non spécialisé favorisera l'intégration de la personne, en l'absence de toute stigmatisation.

[141] Il semble donc que le modèle à promouvoir se situe, plutôt que dans une réponse univoque à cette alternative, dans **une offre diversifiée, qui facilite en revanche au maximum les parcours des personnes.** Autant qu'un étayage sectoriel, l'amélioration de la prise en charge des personnes très précaires vieillissantes appelle ainsi une approche transversale, permettant de limiter des ruptures de parcours, de faciliter l'accès aux structures médico-sociales et de soin, tout comme les transitions.

2.2.1 Favoriser les ensembles de structures dans une logique de « poly-accueil » :

[142] La promotion de structures développant un poly-accueil peut présenter un double bénéfice : pour les personnes accueillies, elle facilite une approche intégrée de la prise en charge ; pour les structures, elle permet une mutualisation des moyens[107].

[143] **A ce titre, un modèle susceptible d'être développé consiste en l'adossement, sur un site commun, d'une structure médico-sociale (EHPAD, PUV et/ou résidence autonomie) à une structure d'hébergement (CHRS) ou de logement accompagné (pension de famille)**. Ainsi, à titre d'illustration, l'association Notre-Dame de Bon Secours à Paris regroupe sur un même site de 3,5 hectares plusieurs établissements de nature différente en gestion directe ou gérés par des partenaires. Comme en

[107] Pour mémoire, l'article L. 312-7 du CASF peut fournir un cadre aux coopérations et groupements entre ESSMS.

témoigne également la Maison Yersin, gérée par les Petits frères des pauvres à Paris, cet assemblage de structures présente de nombreux avantages :

- Il facilite la mutualisation d'une partie du personnel ;
- Il facilite le décloisonnement entre le secteur de l'AHIL et le secteur médico-social, favorisant une culture de travail commune pour les professionnels ;
- Ce faisant, il favorise aussi des passerelles pour les personnes accompagnées, selon l'évolution de leurs besoins.

La Maison Yersin

Dans un même bâtiment, La Maison Yersin est composée d'une petite unité de vie, d'une pension de famille et d'une résidence autonomie. Elle est complétée par un café social en son rez-de-chaussée. Chaque structure conserve un budget propre, mais les locaux sont en partie mutualisés.

La pension de famille comprend 24 logements accueillant des personnes de plus de 50 ans, tandis que la résidence autonomie et la PUV (respectivement 17 et 21 logements) accueillent des personnes de plus de 60 ans.

Les personnels, notamment des fonctions support, sont partiellement mutualisés entre les trois établissements, qui ont un même directeur. Cela permet par exemple qu'un professionnel soit présent la nuit et le week-end (au titre de la PUV), et puisse ainsi, le cas échéant, répondre ponctuellement aux besoins d'un résident de la pension de famille ou de la résidence autonomie (où il n'existe pas d'obligation de présence 24h/24). Inversement, les ETP de travailleur social et d'animation rattachés à la pension de famille ou à la résidence autonomie peuvent intervenir avec le personnel de la PUV, en proposant un accompagnement et des animations à l'ensemble des résidents.

Enfin, depuis sa création dans le bâtiment qui l'accueille - conçu à cette fin -, la structure cohabite avec une maison de santé pluridisciplinaire installée au rez-de-chaussée, ce qui, même en l'absence de toute convention formalisant la relation entre ce cabinet médical et la Maison Yersin, facilite en pratique l'accès aux soins pour les résidents, en cas de nécessité.

[144] Ce type de coopération peut prendre d'autres formes, selon les besoins d'un territoire, à l'image de l'appel à **projet d'EHPAD avec un CHU optionnel** lancé en juillet 2025 par l'ARS Ile-de-France, la Ville de Paris et la DRIHL.

Recommandation n°8 Promouvoir par appel à projets les dynamiques de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux, tout particulièrement en encourageant les projets assemblant des établissements dédiés à l'hébergement ou au logement des personnes précaires, d'une part, et des structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées, d'autre part.

[145] **D'autres types d'assemblage peuvent également être envisagés, pour favoriser plus particulièrement les passerelles entre les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et le secteur du soin**, sur le modèle, par exemple, du CASH de Nanterre, qui assure notamment la gestion d'une PASS généraliste précarité, d'un LHSS, d'un LAM et enfin d'un EHPAD.

[146] Ces formes d'assemblage peuvent également apporter, au-delà des « LAM personnes âgées » évoqués *supra*, une autre solution à la difficulté rencontrée par les personnes en situation administrative irrégulière qui, prises en charge dans les seules structures organisées autour d'un principe d'accueil inconditionnel (tels que les LAM), n'ont pas accès aux établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées. Ainsi, **l'adossement d'un LAM à un EHPAD sur un même site peut,** à tout le moins, éviter un phénomène trop marqué de cloisonnement et de séparation des personnes concernées, tout en leur permettant de bénéficier de la proximité des personnels de l'EHPAD et de leur expertise en matière de vieillissement. Ces assemblages sont aussi de nature à améliorer la fluidité des parcours, et donc à réduire les effets systémiques délétères du maintien dans la durée des personnes précaires vieillissantes en CHRS ou en LHSS.

[147] Au-delà, la création expérimentale d'un **établissement unique intégrant des places de LAM au sein d'un EHPAD** pourrait être envisagée, en organisant les conditions d'un financement mixte[108]. Cette approche plus intégrée, d'ores et déjà envisagée par le SAMU social de Paris ou par le CCAS de Grenoble, permettrait d'adapter plus avant encore l'accompagnement des personnes très dépendantes accueillies dans les places de LAM (en profitant, par exemple, de la réflexion et de l'organisation des Unités de Vies protégées, qui permettent de pallier les risques de sorties des résidents souffrant de pertes de repères spatio-temporels, là où les LAM sont en principe des lieux entièrement ouverts). En tout état de cause, l'intégration de places de LAM au sein d'EHPAD permettrait d'occuper, à un coût moindre[109], des places dans les Ehpad, dont beaucoup n'ont pas aujourd'hui un taux d'occupation maximal[110].

Recommandation n°9 Expérimenter la création, dans les locaux ou à proximité de quelques EHPAD, de places de LAM permettant l'accueil des personnes vieillissantes dont la situation administrative fait obstacle à une entrée en EHPAD.

2.2.2 Simplifier l'accès aux structures et les transitions

[148] A défaut de structures poly-accueil, l'accès aux établissements médico-sociaux dédiés à la prise en charge des personnes âgées doit être facilité pour les personnes très précaires, ce qui implique d'atténuer les obstacles qui freinent actuellement l'accès à de tels établissements, et d'accompagner avec soin l'entrée de ces personnes en leur sein.

La levée des freins à l'accès aux EHPAD/PUV :

[149] Afin de lever les éventuelles réticences des EHPAD à accueillir des personnes très précaires, **un contingent de places pourrait être réservé aux personnes en situation de très grande précarité, avec une dotation dédiée** (sur cette dotation, *cf. supra*). Selon les besoins, la mobilisation de ces places pourrait prendre appui sur le contingent réservé à l'Etat et au département via le conventionnement à l'allocation personnalisée au logement (APL). L'ordre de grandeur à retenir pourrait, pour commencer, s'inspirer du nombre de personnes accompagnées par les Missions dites *Interface* (*cf. infra* ; à titre d'exemple, la Mission Interface du Samu Social de Paris a accompagné 800 personnes en 2022).

[150] A défaut ou en complément d'une mesure aussi générale, l'accès aux EHPAD pourrait être facilité en jouant sur plusieurs leviers :

- **Adapter les mécanismes de dérogation au critère d'âge pour l'accès aux EHPAD/PUV/ résidences autonomie/SAAD et SSIAD, de même qu'à l'âge minimal d'accès aux prestations telles que l'ASH**, afin de tenir compte, le cas échéant, du vieillissement prématuré des personnes sans domicile fixe, sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire de la perte d'autonomie[111]. L'accès aux structures médico-sociales et aux prestations associées pourrait ainsi être accordé à certaines personnes sans domicile de moins de 60 ans présentant un vieillissement précoce et des besoins proches de ceux des personnes âgées dépendantes. Cet accès dérogatoire (déjà évoqué dans la circulaire de la DIHAL du 24 juillet 2025, pour ce qui concerne les structures pour personnes

[108] Pour mémoire, les LAM sont financés exclusivement sur l'ONDAM « autres prises en charge », là où les EHPAD possèdent trois sources de financement distinctes, impliquant la sécurité sociale, l'Etat et les départements.

[109] Le tarif moyen d'un EHPAD public en Ile-de-France est de 94€ par jour et par personne (part hébergement, financée par le résident ou l'ASH), auxquels il faut ajouter entre 60€ et 70€ (part soins, financée par la sécurité sociale) et 50€ à 60€ (tarif dépendance, financé par l'APA). Les LAM coûtent 204€ par lit et par jour *(chiffres Samu social de Paris*).

[110] Au premier trimestre 2024, le taux d'occupation du parc national est de 81 %, soit environ 18 000 places libres (*chiffres Samu social de Paris*).

[111] Conduite en lien avec les services sociaux, les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

âgées) peut aujourd'hui être décidé par le Président du Conseil départemental. La mise en œuvre en routine, et non à titre dérogatoire de l'accès avant 60 ans personnes précaires vieillissantes, appellerait, outre une grille d'évaluation modifiée (voir proposition supra), une modification de plusieurs articles de rang législatif dans le CASF – cf. annexe 5 sur les établissements et les prestations).

- Par ailleurs, **les démarches d'accès à l'ASH -** indispensable au paiement des frais d'hébergement en EHPAD et en résidence autonomie pour les personnes très précaires - pourraient être simplifiées[112], au-delà de la question des seuils d'âge déjà évoquée, au moins sur deux points présentant une complexité particulière pour les personnes sans domicile : la recherche des obligés alimentaires et la fixation du domicile de secours. A ce titre, un guichet unique Etat/département pourrait être mis en place pour traiter les demandes d'ASH et assurer un paiement temporaire par l'Etat, indépendamment de la décision fixant *in fine* le domicile de secours, tandis qu'un délai maximum de traitement pourrait permettre le financement de l'hébergement par défaut au-delà d'un délai légal.

Recommandation n°10 Afin de faciliter les parcours, assurer un contingent de places dédiées aux personnes très précaires dans les EHPAD, adapter et partager la procédure de dérogation aux critères d'âge posés pour l'accès aux établissements médico-sociaux, et pour l'accès aux prestations associées, tout particulièrement l'ASH, créer, dans chaque département, un guichet unique Etat/département pour la détermination du domicile de secours, ainsi qu'un délai maximal de traitement des demandes d'ASH pour les personnes sans domicile fixe.

[151] D'autres démarches et orientations peuvent d'ailleurs se prêter à l'instauration de guichets uniques. On peut citer, par exemple, pour le soin résidentiel, l'idée de créer en Ile-de-France un **guichet unique régional pour réguler les places en ACT, LAM et LHSS, en coordination avec les SIAO** et les différents prescripteurs du secteur AHI, sous réserve bien sûr que l'indication médicale soit avérée.

Accompagner les transitions :

[152] La continuité des parcours passe aussi par l'accompagnement des transitions, qui peut s'appuyer sur des structures « sas », et sur des accompagnements assurés par des interfaces.

[153] **Ainsi, en premier lieu, des structures d'accueil temporaire (dispositifs de stabilisation…), ou des accompagnements hybrides (« EHPAD hors les murs »), peuvent faciliter les parcours souvent complexes des personnes très précaires** qui, d'une part, ont connu des allers retours fréquents entre institutions et, d'autre part, présentent des spécificités rendant parfois difficile leur intégration immédiate dans des structures de droit commun. Le dispositif des « villages AMI » consiste, par exemple, à mettre en place des bungalows dédiés au public précaire, intégrant un accompagnement en soins et une préparation progressive à la vie en structure, permettant d'accoutumer les bénéficiaires avant leur orientation vers des structures traditionnelles. De tels sas peuvent également être organisés avant que la personne ne rejoigne un logement en autonomie, afin d'éviter un changement de situation trop brutal, susceptible de placer la personne concernée en échec.

[154] Ce rôle de « sas » peut également, le cas échéant, être endossé par des structures « spécialisées », tel l'EHPAD du CASH de Nanterre, avant une éventuelle sortie vers un EHPAD plus classique voire une résidence autonomie, une fois que la personne s'est rétablie, au moins partiellement, après avoir quitté la rue.

[112] Les motifs de refus les plus fréquemment cités dans l'enquête de l'Igas sont les garanties de paiement demandées (26 %), l'absence de titre de séjour (23 %) et la domiciliation (18 %) (Cf. annexe 1).

[155] **En second lieu, l'accompagnement des transitions peut reposer sur des acteurs assurant une mission d'interface**. A ce titre, se sont développés, depuis une quinzaine d'années, des dispositifs dédiés à l'accompagnement des projets d'orientation des personnes âgées depuis les structures de l'urgence sociale vers des établissements d'accueil pérennes.

[156] La Mission Interface de Nantes a vu le jour en 2008, dans les suites d'un groupe de travail réunissant le SIAO 44, le centre communal d'action sociale de Nantes et les centres d'hébergement d'urgence. Pérennisée en 2011 et gérée par le SIAO, elle a inspiré la création d'autres dispositifs, tels que la Mission Interface du Samu social de Paris, créée en 2017, ou le dispositif Alliance, à Lyon. L'ensemble de ces acteurs, s'ils possèdent chacun leur organisation propre et n'opèrent pas exactement dans le même champ[113], interviennent auprès de personnes vieillissantes hébergées dans les dispositifs du secteur AHI pour accompagner les projets d'orientation en assurant ainsi une forme de transversalité sociale, médico-sociale et sanitaire.

[157] En pratique, les travailleurs sociaux contactés par les structures de l'AHI définissent avec les personnes âgées leur projet d'orientation, les accompagnent dans la mise en œuvre de ce projet (par exemple : mise à jour des droits à prestations, élaboration du dossier de demande d'entrée en EHPAD, présence lors des visites de préadmission et d'admission), puis demeurent un interlocuteur pour les personnes concernées et les structures qui les accueillent aussi longtemps que leur bonne intégration le rend nécessaire[114].

[158] Sur 87 personnes âgées suivies en 2024, dont 20 situations nouvelles, la Mission Interface du Samu social de Paris[115] a accompagné 15 « sorties positives », dont 7 vers des résidences autonomie, 1 vers un EHPAD et 6 vers un logement autonome[116]. Elle a en outre entrepris, avec l'Observatoire du Samu social, un projet de recherche (APAH[117]) qui devrait permettre d'élaborer un bilan des problématiques associées à la grande précarité et au vieillissement, et de créer un outil de saisie destiné aux équipes de terrain pour faciliter le suivi des parcours de soins, administratifs et résidentiels des personnes accompagnées.

[159] Au-delà de l'accompagnement individuel ainsi prodigué, ces dispositifs assurent une mission d'amélioration de la connaissance des dispositifs liés aux personnes âgées par les professionnels du secteur AHI (Accueil Hébergement Insertion) et de sensibilisation mutuelle des acteurs accompagnant les personnes sans domicile vieillissantes *(cf. infra)*. Les différents dispositifs assurant aujourd'hui cette mission d'interface ont en outre commencé à constituer un réseau national, qui porte l'organisation de journées annuelles, et permet le partage de ressources et de bonnes pratiques. La journée du 3 octobre 2024 a ainsi réuni dix dispositifs différents (dont l'un relevant du Samu social de Bruxelles).

[160] **La qualité de l'accompagnement ainsi proposé, et sa transversalité, plaident pour la poursuite du développement de ces dispositifs, à l'échelle de chaque département. Dans** la région Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS met en place le subventionnement d'une association dans chaque département pour assurer ce type de mission. De manière générale, le développement de ce type de structures

[113] La Mission Interface du Samu social de Paris, par exemple, intervient également auprès des personnes en situation de handicap.

[114] L'importance du lien post-admission dans les EHPAD est fréquemment mise en avant par les professionnels, et peut par exemple donner lieu, dans certaines structures, à l'intervention de jeunes personnes en service civique.

[115] Qui comprend un responsable et six coordonnateurs, pour son volet d'activité consacré aux personnes âgées. Au sein de la Mission Interface de Paris, un poste de coordinatrice sociale a été créé en juillet 2021 pour répondre spécifiquement aux besoins identifiés en LHSS et en LAM du public âgé de plus de 60 ans.

[116] Rapport d'activité - Mission Interface du Samu social de Paris.

[117] *Analyse des profils et des parcours des personnes vivant dans la grande Précarité Âgées ou en situation de Handicap.*

implique de mettre en place des modes de financement pluriannuels et pérennes, le cas échéant autour d'un cahier des charges et d'une labellisation.

Recommandation n°11 Afin de faciliter l'orientation des personnes en grande précarité vieillissantes, labelliser, dans chaque département, une mission *interface* assurant l'orientation des personnes âgées sans domicile fixe, depuis les dispositifs de l'urgence sociale vers les solutions d'accueil pérenne.

2.2.3 Faciliter l'accès au soin en intégrant les particularités de ce public

[161] Au-delà du renforcement des équipes de santé dans les établissements (*cf. supra*), la **simplification des parcours** passe également par des dispositifs facilitant l'accès aux soins et le suivi médical prenant en compte les spécificités de ce public et son rapport parfois complexe aux soins et à la relation d'aide. A ce titre, **la circulaire du 24 juillet 2025 relative à l'accélération de l'accès au logement des personnes sans domicile et à l'amplification de leur accompagnement à la santé et à l'emploi** pose globalement l'objectif de fluidifier les parcours des personnes sans domicile nécessitant des soins, au travers notamment de la **mobilisation des DAC**.

[162] Plus précisément, si la mise en place d'un médecin traitant[118] est un préalable indispensable à tout suivi médical, pour des personnes parfois très éloignées du soin, des **dispositifs spécifiques de repérage et de diagnostic** peuvent constituer une étape utile pour mettre en place un parcours de soin :

- Le Samu social suggère la mise en place d'un **repérage systématique des situations de sans-abrisme sur les urgences hospitalières** (protocole d'alerte et formation des infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) aux urgences, en particulier chez les plus de 50-55 ans). Le Samu social préconise notamment une « task force » autour de la Ville de Paris afin de sensibiliser les services d'urgence hospitaliers aux enjeux de parcours des personnes vieillissantes issues de la grande exclusion, et la mise en travail d'un **protocole d'accueil spécifique** concernant à la fois les personnes hébergées et celles en situation de rue)[119].
- **Le Plan personnalisé de santé** est susceptible d'être mis en œuvre par le **dispositif d'appui à la coordination.**

[163] De bonnes pratiques sont d'ores et déjà déployées pour aller vers les personnes précaires sans domicile ayant de forts besoins de santé : outre les équipes mobiles de type EMSP ou ESSIP évoquées supra, la mission a par exemple eu connaissance d'un lieu de répit psychique à Marseille pour les précaires dénommé « Comme des fous ». La mission a également eu connaissance de l'expérimentation d'un modèle de **diagnostic santé globale** déployé à la clinique Saint-Joseph (Angers).

[118] Les médecins généralistes peuvent effectuer une évaluation gériatrique (impacts du vieillissement, perte d'autonomie). Ils peuvent également orienter la personne vers des consultations spécialisées (ex : les « consultations mémoires ») si des signes d'altération des fonctions cognitives sont repérés.

[119] Une organisation et un outillage des professionnels doivent être mis en place (lieux d'accueil, postures adaptées, mobilisation des services sociaux, appui d'équipes spécialisées, organisation du suivi, etc.) pour permettre d'identifier les troubles et d'apporter une réponse aux besoins de nature « psychosociale » en s'inscrivant notamment dans un réseau partenarial (médecine de ville, recours aux DAC, conseils locaux de santé mentale (CLSM), SIAO), HAS, fiche « Accueil et prise en charge aux urgences et en services d'hospitalisation somatique, Grande précarité et troubles psychiques », novembre 2023.

[164] Il existe également à Paris de bonnes pratiques en matière d'accueil temporaire en sortie de soins, tels que :

- Le CHU Hélianthe du Centre d'action sociale protestante qui accueille des personnes adultes sans domicile sortant de l'hôpital et nécessitant un temps de convalescence.
- L'Hôpital St Joseph expérimente un hébergement non médicalisé de 21 j en sortie d'hôpital (Samu social).
- L'accueil temporaire de la fondation Maison Des Champs, prévu pour du répit aux aidants, se propose aussi pour des sorties d'hospitalisation (3 mois renouvelables) si perte du logement pendant l'hospitalisation.

La problématique de la sortie d'hospitalisation – Royaume-Uni *(cf. annexe 4)*
Les équipes Pathway opèrent au sein des hôpitaux du NHS pour éviter les "sorties vers la rue". Elles coordonnent des lits de transition (*step-down beds*) où les patients sans domicile peuvent récupérer (après une chirurgie ou une pneumonie, par exemple), avant d'être relogés.

[165] En France, et comme évoqué plus haut au 1-1 et dans l'annexe n° 1, les personnes précaires vieillissantes rencontrent plusieurs difficultés parfois combinées dans l'accès aux soins :

- La difficulté générale d'accéder au système de soins pour des personnes ne disposant pas de logement ou de solution d'hébergement stable
- Les sorties d'hospitalisation sans solution avec parfois un retour à la rue en l'absence de place dans les structures d'aval, quelle que soit la structure EHPAD, PDS, PHV…
- L'absence de droits à l'assurance maladie
- L'éloignement voire le renoncement aux soins,
- La sur-représentation de comorbidités notamment psychiatriques ou addictives.

[166] Plusieurs dispositifs ont été, parfois de longue date, déployés pour accompagner les publics en situation de précarité, et notamment :

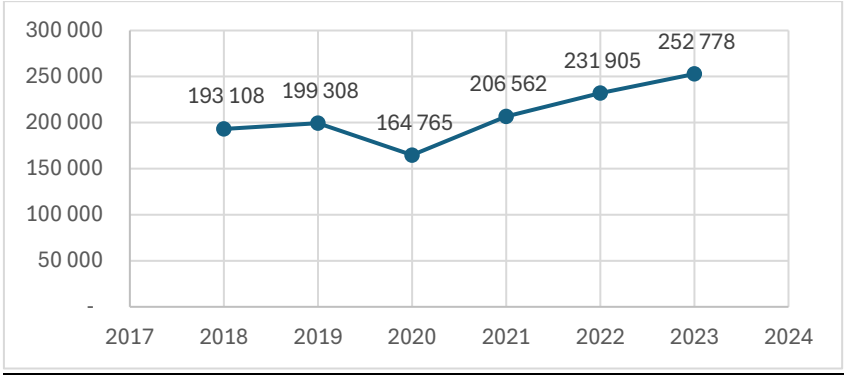
- Les permanences d'accès aux soins de santé, hospitalières et plus récement de ville (PASS). Les PASS de ville se développent également pour faciliter l'accès aux soins de ville des publics en situation de précarité ne nécessitant pas de recours au plateau technique hospitalier ;
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- Le développement du soutien psychologique et/ou psychosocial des publics pris en charge dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ;

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières sont spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Ce sont les structures identifiées et reconnues dans les territoires comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Une PASS hospitalière :
- offre un accès aux soins et un accompagnement sanitaire et social aux patients dans la perspective d'une intégration dans l'offre de soins de droit commun ;
- dispense des soins qui ne sont pas soumis à facturation pour des patients qui ne bénéficieraient pas d'une couverture sociale au moment de la réalisation des actes ;
- agit à la fois au sein de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients en situation potentielle de fragilité, en construisant des partenariats institutionnels élargis.

Son action s'effectue pour l'essentiel dans des locaux dédiés. Elle dispose d'une Unité Fonctionnelle (UF), de personnel dédié, en particulier d'un référent social, d'un référent médical et d'un référent infirmier connu de tous. Son rôle, ses modalités d'accès et sa localisation doivent être connus au sein de l'établissement et au-delà, au sein des réseaux locaux d'acteurs de la précarité.
Le cahier des charges des PASS hospitalières a été actualisé en 2022 et les financements afférents ont été basculés dans le FIR en 2022 à la suite de travaux sur la modélisation de l'ex-MIG PASS.
Les PASS ont fait l'objet d'un renforcement financier important ces dernières années. Par exemple, 8,5M€ de mesures nouvelles ont été allouées dans le cadre du Pacte des solidarités (2024-2025). En 2024, les ARS ont ainsi alloué près de 113M€ aux PASS. Les données d'activités 2024 des 441 PASS hospitalières recensées sont disponibles (avec la valorisation de l'activité des 36 PASS exclusivement buccodentaires).

[167] La file active totale des PASS est en constante augmentation depuis 2018 (à l'exception de l'année 2020 marquée par la pandémie de covid) :



Source : DGOS

Tableau 3 : File active par âge (données 2023)

Nombre de 0-6 ans	11 745	5 %
Nombre de 7- 17 ans	22 367	10 %
Nombre de 18-25 ans	39 345	17 %
Nombre de 26-45 ans	102 620	45 %
Nombre de 46-65 ans	40 577	18 %
Nombre de 66 ans et plus	13 304	6 %
Total	229 958	100 %

Source : DGOS

[168] La répartition par âge n'est pas systématiquement renseignée par l'ensemble des PASS. Les données des PASS répondantes mettent en exergue la présence de plus de **53 000 patients âgés de plus de 46 ans** dont 13 000 de plus de 66 ans.

Les PASS de ville

[169] Un cahier des charges des PASS de ville a été coconstruit dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la DGOS et une note d'information a été publiée en juin 2025. Les PASS de ville sont des organisations permettant à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville (médecine de ville, officines, laboratoires) et de bénéficier en parallèle d'un accompagnement pour faciliter l'ouverture de leurs droits ou la réactivation et réouverture de ceux-ci, grâce à des conventionnements avec l'assurance maladie. Ainsi, les PASS de ville :

- facilitent à la fois l'accès à la prévention et aux soins de ville mais également l'accès aux droits à une protection maladie des personnes en situation de précarité ;
- facilitent un accès à la prévention et aux soins des publics qui en sont éloignés voire en situation de renoncement ;
- permettent d'éviter des passages à l'hôpital, notamment aux urgences, pour toute demande de soins qui n'en relèverait pas ;
- permettent d'éviter le recours aux PASS hospitalières pour la seule demande d'ouverture des droits à une protection maladie ;
- réalisent un travail de coordination au sein de la structure porteuse et sur le territoire en proximité, ce qui améliore la fluidité des parcours des patients.

[170] **Il existe une vingtaine de PASS de ville** (IDF, PACA, Guyane, Normandie). Leur développement est en cours grâce notamment à des financements obtenus dans le cadre du Pacte des solidarités (FIR).

Les équipes mobiles psychiatrie – précarité (EMPP)

[171] Comme évoqué au 1-1 et dans l'annexe n°1**, les troubles psychiques sont surreprésentés parmi les populations les plus précaires, avec des liens complexes et intriqués entre les deux phénomènes.** Ces équipes ont pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne en lien direct avec ces publics. **Elles vont à la rencontre de personnes en situation de grande précarité et d'exclusion afin de créer ou rétablir un lien social, d'évaluer leur état de santé, de les orienter, de leur permettre un accès aux soins et de premières prises en charge.**

[172] Elles ont été généralisées sur le territoire via la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Un travail de révision du cahier des charges s'est concrétisé en juin 2024 avec la publication d'un cahier des charges rénové. Les EMPP ont également fait l'objet de mesures nouvelles dans le cadre du Pacte des solidarités (+7,2M€ en 2024-2025). Elles sont aujourd'hui au nombre de 160 et jouent un rôle crucial dans un contexte de précarisation croissante. Elles interviennent de plus en plus souvent au profit des patients de tout age, et notamment de plus de 46 ans (cf. tableau 4 ci-dessous).

Tableau 4 : Répartition de la file active par âge des EMPP (source DGOS)

Année	Nb de patients de 0-6 ans	Nb de patients de 7 à 17 ans	Nb de patients de 18 à 25 ans	Nb de patients de 26 à 45 ans	Nb de patients de 46-65 ans	Nb de patients de 65 ans et plus
2018	60	1 516	5 221	19 950		2 603
2019	45	518	5 027	13 761	8 783	1 643
2020	49	387	4 570	13 521	8 424	1 492
2021	52	479	5 592	14 655	9 611	1 837
2022	60	872	6 307	16 013	10 190	1 909
2023	64	637	7 332	18 657	11 475	2 351

Source : DGOS

[173] Enfin, la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie mise en œuvre depuis 2022, a pour objectif de mettre en place un soutien psychologique ou psychosocial des publics pris en charge dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, par le recrutement pérenne de 500 psychologues ou infirmiers en pratique avancée. Ces professionnels ont aussi une mission secondaire de coordination, en premier lieu avec les professionnels des structures sociales dans lesquelles les psychologues et les IPA interviennent et, également, avec l'ensemble des acteurs du système de soins, particulièrement dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie.

[174] Une instruction interministérielle (DILPL/DGOS/DIHAL du 1er avril 2022) en a précisé les modalités de mise en œuvre sur le territoire. Après plusieurs années de mise en œuvre opérationnelle et en lien avec les Agences régionales de santé, un premier bilan de cette mesure a été réalisée au niveau national. Un webinaire a également été organisé en septembre 2024 pour partager les expériences et capitaliser sur les bonnes pratiques mises en œuvre sur le terrain. La mesure était initialement calibrée à hauteur de 30M€ (10M€ par an pendant 3 ans) mais au final, compte tenu des tensions sur le FIR, ce sont seulement 25M€ de crédits pérennes qui ont été alloués.

[175] A la date de la mission, les retours étaient très positifs bien que les profils recrutés et les organisations soient variés d'un territoire à l'autre et les référents des ARS restaient en attente d'une décision nationale pour consolider cette mesure et l'asseoir dans la durée. La DGOS a proposé un modèle de rapport d'activités (données d'activités 2024 attendues pour janvier 2026) et prévoit une restitution nationale.

[176] **Globalement, la poursuite volontariste du déploiement de l'ensemble de ces dispositifs, généralistes et non stigmatisants, va dans le sens d'un meilleur accès aux soins des personnes précaires vieillissantes et n'appellent pas d'observations de la mission, ni sur leur cahier des charges ni sur leur complémentarité. La poursuite d'une collaboration étroite entre DGOS, DGS et DIHAL sur ces sujets sera l'une des conditions du succès.**

2.3 Des conditions de réussite communes aux différents types d'accompagnement

[177] Même si l'hétérogénéité des parcours et des besoins ne saurait appeler aucune solution transversale et unique face aux difficultés rencontrées par les personnes sans domicile vieillissantes, leur prise en charge requiert, quels que soient les parcours des personnes et les structures qui les accompagnent, une très forte coordination entre les acteurs concernés, ainsi qu'un outillage en matière de formation et sur les questions éthiques susceptibles de se poser dans le cadre de cet accompagnement.

2.3.1 Partenariats et coordinations

[178] Quelle que soit la structure concernée, une des conditions de réussite de l'accueil des personnes très précaires vieillissantes, qui cumulent les facteurs de vulnérabilité, réside dans l'existence d'un solide réseau d'acteurs, ce qui implique des efforts de partenariats autour des structures de logement et d'hébergement et, plus largement, une coordination des institutions concernées.

Partenariats :

[179] Au regard de la complexité des parcours et besoins de prise en charge des personnes vieillissantes qui ont été sans domicile, les structures d'hébergement ou de logement pourront les accueillir d'une façon d'autant plus complète et satisfaisante qu'elles auront constitué un solide maillage partenarial sur leur territoire. **Dans un premier cercle concentrique, celui-ci doit, bien sûr, inclure des partenariats avec des acteurs du soin**, hospitaliers quand la proximité d'un établissement de santé le permet (urgences, services hospitaliers, HAD, CMP …), ou ambulatoires (CSAPA, maison de

santé, médecin traitant, IPA, psychologue…). Des liens, formalisés le cas échéant au travers de conventions, doivent également être noués avec les équipes médico-sociales ou hospitalières susceptibles de se déplacer dans l'établissement (SAAD, SSIAD, équipes mobiles - EMSP, ESSIP, LHSS, mais aussi équipe de liaison et de soins en addictologie -ELSA-).

[180] **Un autre cercle concerne le réseau associatif qui peut être également mobilisé**, dans des domaines aussi variés et complémentaires que celui du « care » (socio-esthétique…), du lien social ou de la mobilité. Le cas échéant, comme l'ont par exemple indiqué des directeurs d'EHPAD rencontrés par la mission, des liens informels peuvent même se nouer avec les commerçants ou buralistes installés à proximité de la structure.

[181] Ce maillage, quelle que soit la forme prise selon les environnements locaux, implique un travail chronophage mais essentiel d'ouverture de la structure vers l'extérieur. Il doit enfin inclure, en toute hypothèse, les **acteurs institutionnels en charge de la protection des personnes, individuellement (mandataires judiciaires) ou collectivement (commissariat, gendarmerie…)**.

Coordination inter-institutionnelle :

[182] Un enjeu de coordination inter-institutionnelle s'ajoute plus globalement à celui de la mise en place de partenariats locaux, dans une double mesure : d'une part, les personnes très précaires vieillissantes se trouvent au croisement de plusieurs politiques – lutte contre la précarité, prise en charge du vieillissement et de la perte d'autonomie -, ce qui implique des efforts particuliers de coordination entre les acteurs publics ; d'autre part, les dispositifs de prise en charge existants, qu'ils soient publics ou associatifs, se caractérisent par une grande diversité, voire parfois un essaimage, qui rend d'autant plus indispensable cette coordination intersectorielle.

[183] Si certains dispositifs permettent d'ores et déjà, à travers l'équipe pluridisciplinaire sur laquelle ils reposent, d'assurer une coordination entre acteurs (ex : « **Un chez soi d'abord** », qui permet de coordonner différents intervenants auprès de personnes très précaires avec troubles psychiques sévères[120]), plusieurs pistes paraissent pouvoir être privilégiées pour systématiser la coordination, en adoptant une focale de plus en plus large :

- La mission relève, tout d'abord, la **mise en place de référents précarité, au sein de certaines ARS**, qui peuvent, d'une part, faciliter la coordination entre les directions concernées au sein de la structure (sur le volet précarité et sur le volet autonomie) ; et, d'autre part, jouer, au niveau de cette structure, le rôle de référent pour les différents acteurs agissant en réponse aux besoins des personnes âgées très précaires.
- Plus globalement, le **renforcement de l'interconnaissance entre DDETS, délégation départementale de l'ARS et conseil départemental doit être encouragé**, par exemple au sein des groupes de travail préconisés dans la circulaire du 24 juin 2025, quand aucune initiative préalable n'a permis la formalisation d'échanges interinstitutionnels sur le sujet. Les évolutions institutionnelles susceptibles d'être envisagées avec une nouvelle étape de décentralisation des enveloppes médico-sociales des ARS et une responsabilité unifiée du préfet de département et du conseil départemental iraient tout à fait dans ce sens.

  A Paris, la DRIHL, l'ARS et la Ville ont d'ores et déjà pris l'initiative, en 2025, de mener une démarche commune dédiée à la question du vieillissement et de la grande précarité[121], l'objectif étant la production d'une feuille de route inter-institutionnelle portant sur le parcours des personnes vieillissantes accueillies en centres d'hébergement, susceptible d'être partagée dans

[120] Co-portage et co-financement ARS/DREETS-DDETS

[121] Inscrite dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre l'exclusion.

un cadre de gouvernance commun, qui pourrait être le Service Public Départemental de l'Autonomie. Plus systématiquement, le **Service public départemental de l'autonomie (SPDA)**, créé par la loi *Bien vieillir* susmentionnée, pourrait constituer un levier de la coordination, et offrir le support d'une gouvernance inter-institutionnelle organisée autour de cet enjeu, à partir d'une feuille de route présentant les engagements de chaque institution.

- Un enjeu de coordination réside également dans **la programmation de l'offre des secteurs Hébergement – Logement et de celle du secteur Personnes âgées**, notamment par l'intégration plus systématique d'un volet concernant la réponse aux besoins des personnes âgées précaires au sein du Plan départemental d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées (PDAHLPD). En pratique, il s'agit de croiser la programmation de l'offre de logement accompagné avec celle de l'offre de soin et d'aide à domicile, pour permettre par exemple que l'ouverture sur le territoire d'une pension de famille destinée à des personnes ayant un parcours à la rue entraîne mécaniquement la programmation d'une offre correspondante dans le secteur des personnes âgées (offre en EHPAD, en services de soins à domicile…). Cette coordination devra inclure les établissements publics de coopération inter-communale (EPCI), souvent délégataires des aides à la pierre pour l'investissement.
- Enfin, s'agissant de la prise en charge médicale, il apparaît souhaitable que **les DAC puissent s'emparer pleinement de leur mission de guichet unique d'accès aux soins**, qui trouve tout son sens face aux parcours complexes des personnes vieillissantes très précaires.

Recommandation n°12 Elaborer, dans le cadre du SPDA, une feuille de route départementale permettant la coordination inter-institutionnelle sur le sujet du vieillissement des personnes sans domicile et croiser la programmation de l'offre de logement accompagné avec celle de l'offre de soin et d'aide à domicile.

2.3.2 La formation et l'outillage des professionnels, au croisement des thématiques de l'urgence sociale et du vieillissement

[184] Au-delà des efforts de sensibilisation réciproque des professionnels déjà évoqués *infra,* une démarche plus spécifique de formation et d'outillage doit être systématisée, sur un sujet situé à la frontière des différents secteurs de compétences. Beaucoup de directeurs de structures ont exprimé auprès de la mission le souhait de mieux se connaitre et de partager leur expérience à l'échelon locale. Les préfectures/Ddets pourraient ainsi prendre l'initiative de journées conjointes de structures d'hébergement avec les structures personnes âgées intéressées.

Formations des professionnels :

[185] L'accompagnement du vieillissement des personnes très précaires, à l'intersection des disciplines du soin et du travail social, requiert une démarche de formation plurielle auprès des professionnels concernés, qu'il s'agisse de former les professionnels du champ social aux problématiques du vieillissement, de former ceux du secteur médico-social aux problématiques de la grande précarité, ou encore de faire émerger pour l'ensemble d'entre eux une sensibilité commune et transversale, autour du cumul de ces vulnérabilités.

[186] La mission a ainsi pu recenser, notamment au gré de ses échanges avec les professionnels, des besoins de formation de plusieurs ordres, déjà en partie couverts par certaines bonnes pratiques :

- **La formation des professionnels du champ social sur le vieillissement :** il importe d'améliorer la connaissance, par les travailleurs sociaux, des problématiques liées au vieillissement et à la perte d'autonomie, à l'aide de journées de formation continue, comme de modules spécifiques dans les cursus initiaux. A cet égard, le Schéma régional des formations sanitaires et sociales pourrait

être ajusté afin d'intégrer dans les formations initiales de travail social des modules de formation sur le vieillissement des personnes accompagnées. Ces formations devraient intégrer un volet dédié aux problématiques péri-mortem (anticipation et accompagnement de la fin de vie, démarches liées aux obsèques…).

Bonne pratique : Emmaüs propose depuis 2015 une action de formation intitulée « Prévenir la perte d'autonomie », soutenue par l'ARS Île-de-France. Cette formation vise à outiller les professionnels afin de les rendre en mesure de repérer, comprendre et accompagner les situations de perte d'autonomie, dans le contexte de la grande exclusion.

- **La formation des professionnels du grand âge et du soin aux problématiques liées à la précarité :** symétriquement, les professionnels des ESSMS dédiés au grand âge (EHPAD, PUV, résidences autonomie, mais également SSIAD) doivent être formés au sujet des parcours et besoins des personnes en situation de grande précarité, afin de favoriser l'accueil de ce public. Ce type de formation devrait impérativement inclure un volet concernant **les addictions et la réduction des risques liées notamment à la consommation d'alcool.**

Bonne pratique : un des axes prioritaires des crédits non reconductibles 2025 (ARS Ile-de-France) concerne la formation des soignants à la spécificité de la personne âgée en situation de précarité, ainsi que l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

- Enfin, et selon une approche plus transversale, **l'organisation de certaines formations doit permettre de favoriser l'interconnaissance entre professionnels des secteurs « personnes âgées » et « hébergement-logement ».** Comme le souligne par exemple Sophie Rouay-Lambert, les termes même de « vulnérabilité », ou de « dépendance », s'ils sont communs aux deux secteurs, n'y revêtent pas la même signification, d'où la nécessité de susciter des échanges entre les secteurs sociaux et médico-sociaux[122]. Parmi les formations susceptibles d'être dispensées en commun, on peut penser par exemple aux Premiers secours en santé mentale, qui peuvent, au-delà de leur utilité propre, constituer un levier de cette interconnaissance.

Bonne pratique : un **diplôme universitaire transversal, spécialisé « gérontologie sociale et précarité »**, a été créé à l'Institut catholique de Paris, destiné aux professionnels du social, de la santé et de l'habitat.

[122] « Le vieillissement des personnes sans domicile : sortir d'un impensé social et institutionnel », Sophie Rouay-Lambert, propos recueillis par Zoé Brasier, *Les synthèses de l'Observatoire social, Ville de Paris,* août 2025, op. cit.

Bonne pratique : A l'intention des personnels de la fonction publique hospitalière, **plusieurs actions de formation nationales (AFN) sont développées de manière nationale et pluriannuelle par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier dans le cadre de la convention qui la lie avec le ministère de la santé.**

Repérage, prise en charge des personnes en situation de grande exclusion (2020)

Les acteurs du secteur sanitaire ont un rôle majeur à jouer dans la fluidité du parcours de soin des personnes en situation de précarité. L'accès aux soins et l'accompagnement dans leur recours aux soins des personnes en situation de précarité ou de grande vulnérabilité sont des thématiques portées par la stratégie nationale de santé 2018-2022 et la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Le besoin d'une prise en charge globale de ces personnes, associant les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale, suppose une connaissance des publics touchés et des phénomènes associés à la précarité, du maillage des structures et des dispositifs d'appui et des méthodes et pratiques nouvelles auxquelles recourir (pair-aidance, « aller-vers », co-construction, etc.). Cette formation s'appuiera notamment sur un partage d'expérience de tous les professionnels impliqués (personnels soignants, personnels en charge de l'accompagnement social) pour renforcer leurs connaissances des structures et mieux appréhender les parcours des personnes en situation de précarité.

Participation des personnes bénéficiant d'un accompagnement social (2020)

La participation citoyenne, à dimension collective ou individuelle selon le cas, est un levier essentiel pour faire évoluer le regard des institutions sur les problématiques individuelles ou collectives, pour concevoir des dispositifs et des modes d'intervention plus cohérents et efficaces, et développer la capacité d'agir individuelle des personnes. Les travailleurs sociaux sont particulièrement concernés par ces démarches et méthodes à promouvoir afin de garantir et développer la participation des personnes accompagnées. Cette thématique prioritaire est également retenue dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, en ce qui concerne les travailleurs sociaux des collectivités territoriales et du secteur privé non lucratif.

Prise en charge de la personne âgée à l'hôpital (2020)

La Concertation Grand âge et autonomie dont les travaux se sont conclus en mars 2019 apporte un nombre d'informations et de propositions pour accompagner l'émergence d'un nouveau regard sur le grand âge : inclusion, autonomie, meilleure intégration des parcours de soin, adaptation des structures et des dispositifs, mobilisation sur les métiers du grand âge, appui aux personnes en perte d'autonomie et à leurs aidants. A l'hôpital, les personnes de plus de 65 ans représentent un tiers des patients et cette proportion croît régulièrement. En 2017, 40 % des plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier, s'exposant à des risques que leur état de santé dégradé et leur vulnérabilité accroissent (dénutrition, infection, perturbation psychique, isolement…). L'adaptation des prises en charge aux besoins spécifiques des personnes âgées est un enjeu prioritaire pour la gouvernance des établissements et pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale (2016)

L'un des axes du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale concerne la réduction des inégalités sociales de santé. Un objectif prévoit de sensibiliser l'ensemble des acteurs de la santé et de favoriser la coordination de l'offre de soins pour les publics en situation de vulnérabilité sociale.

Indépendamment des équipes des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui agissent auprès des plus précaires, le rapport « La prise en charge des personnes vulnérables : Agir ensemble et dans le système de santé »établi en mai 2014 par la Fédération Hospitalière de France et Médecins du Monde souligne la nécessité de former les professionnels de santé à la prise en charge des patients dont la vulnérabilité, parfois peu visible ou peu déclarée est importante et engendre des difficultés, échecs et coûts pour la société

Pour une amélioration du parcours de soin des personnes handicapées : prise en charge de personnes handicapées en situation complexe dans le cadre de partenariats entre équipes sanitaires et médico-sociales (2016)

Plusieurs rapports ont souligné les difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées (PH). Un des objectifs prioritaires définis par la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 et du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé est ainsi d'améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins des PH via des plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes.

En réponse, l'ANESM a émis des recommandations destinées aux ESMS et 41 acteurs médico-sociaux et sanitaires ont signé la charte dite Romain Jacob. Ils se sont engagés à « systématiser les actions communes de formation et de sensibilisation au handicap ». Cette formation vise donc à favoriser l'adaptation des personnels d'établissements de santé aux problématiques des PH, adultes et enfants, en « situation complexe », dont l'évaluation de l'état de santé est difficile. Elle cherche également à mettre en avant des modalités d'organisation partagée des parcours de soins et à formaliser des partenariats possibles à différents niveaux
Une AFN intitulée « **Santé des personnes migrantes » est programmée pour 2026. En** *effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en octobre 2017 un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques sur l' Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, en application de l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, introduisant un article L1110-13 dans le code de la santé publique mentionnant la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique comme outils permettant aux professionnels d' « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités». Les objectifs soulignés par ce référentiel HAS sont notamment « pour les professionnels : une amélioration des pratiques dans le respect du secret professionnel et du droit à la confidentialité, et en matière de recueil* du consentement éclairé conformément aux L.110-4 et 1111-4 du Code de la Santé Publique ; un approfondissement de leurs connaissances concernant la prise en charge, notamment des migrants, dans le cadre de la formation initiale et du développement professionnel continu ».

Outillage des professionnels

[187] Au-delà des formations susceptibles d'être proposées aux professionnels concernés, il importe de rendre visibles les sources d'information et les ressources existantes. **La centralisation et la mise en visibilité de l'information s'avèrent d'autant plus capitales que de nombreux outils ont d'ores et déjà été élaborés par différents acteurs**.

[188] On peut, à cet égard, mentionner à nouveau les guides élaborés par la FAS (*Santé – Accompagner le vieillissement des personnes en situation de précarité,* FAS Pays-de-la-Loire, 2024 ; *Accompagner les personnes précaires vieillissantes et/ou en perte d'autonomie,* FAS Ile-de-France, 2020 avec une actualisation en 2024[123]) ; ou les différents supports participatifs réalisés par la plateforme « Vieillissement et précarité » (VIP) au sein de groupes de travail associant systématiquement les personnes accompagnées, par exemple sur les sujets liés à la péri-mortalité (*Il y a un décès dans ma structure, Lexique mortel, J'aimerais que ça se passe comme ça pour ma fin de vie et après…*).

[189] D'autres outils plus spécifiques auraient également vocation à être diffusés plus largement, tels le **Formulaire d'analyse multidimensionnelle d'orientation (FAMO)**.

[123] Qui comprend notamment des fiches techniques sur certains sujets techniques, juridiques notamment (droits des personnes, mesures de protection, notion de domicile de secours, etc.) et des fiches pratiques sur des sujets tels que la définition et l'évaluation de la perte d'autonomie ou de la dépendance, ainsi que sur les dispositifs et les aides mobilisables.

Le Formulaire d'analyse multidimensionnelle d'orientation (FAMO)

Les MAIA[124] d'Ile-de-France ont mis en place un Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle d'Orientation (FAMO), qui a vocation à constituer un outil d'analyse pour le professionnel qui le remplit, s'agissant de la situation de la personne concernée au regard de points d'alertes repérés, en lien avec la santé, l'autonomie ou encore l'environnement de cette personne.

Avec l'accord de l'intéressé, le FAMO peut également servir de fiche de liaison entre les différents acteurs mobilisés pour son accompagnement (centre d'hébergement, service d'aide à domicile, professionnels de santé, etc.). Enfin, lorsque que la personne cumule des difficultés d'ordre sanitaire et social, le FAMO permet, ici encore avec son accord, de signaler sa situation au DAC – qui pourra s'appuyer lui aussi sur cet outil pour mobiliser les acteurs adaptés pour répondre aux besoins de la personne.

[190] Ces outils ont vocation à être mis en visibilité, voire pour certains diffusés systématiquement, auprès des professionnels des structures concernées. Cette diffusion pourrait par exemple être assurée par les autorités de contrôle et de tarification ou par des structures telles que les Centres Locaux d'Information et de Coordination[125].

Recommandation n°13 Dans le souci de former et d'outiller efficacement tous les professionnels :

- Intégrer à la formation des professionnels du champ social un module concernant le vieillissement et la dépendance ;
- Symétriquement, intégrer à la formation des professionnels du secteur autonomie un module concernant la grande précarité ;
- Développer des formations initiales ou continues communes aux professionnels des deux secteurs ;
- Assurer la diffusion systématique d'outils permettant aux professionnels des secteurs concernés d'être sensibilisés aux problématiques liées au vieillissement des personnes très précaires.

2.3.3 La nécessité d'un outillage spécifique sur les questions éthiques

[191] Au-delà des enjeux éthiques qui s'attachent, de façon générale, à l'accompagnement des personnes vulnérables, qu'il s'agisse par exemple des droits des personnes accompagnées[126] ou du respect du secret médical[127] dans le cadre des coopérations entre professionnels, l'accompagnement des publics très précaires vieillissants pose de façon particulièrement aiguë certaines questions qui, sans être spécifiques à leur accueil, prennent un relief particulier dans le cadre de leurs parcours complexes.

Fin de vie : S'agissant de publics particulièrement vulnérables, à fort risque de s'autoexclure de la société, l'accès aux soins palliatifs en tant que de besoin revêt une importance particulière, notamment dans la perspective de l'adoption d'une loi à venir sur la fin de vie. A cet égard, le Comité consultatif national d'éthique rappelle d'ailleurs[128] que « les difficultés économiques présentes et à venir, couplées à la charge démographique croissante des personnes âgées voire très âgées, peuvent induire dans la

[124] Remplacées aujourd'hui par les DAC, qu'elles ont intégrés.

[125] Qui peuvent rejoindre les DAC, sur décision du conseil départemental.

[126] Cf., notamment, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF.

[127] Et du secret professionnel plus généralement (ex : l'article L. 345-1 du CASF prévoit que les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel, mais qu'ils peuvent néanmoins échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision).

[128] Questions éthiques relatives aux situations de fins de vie : autonomie et solidarité, avis 139, CCNE, septembre 2022.

société une tentation de ne pas prolonger la vie de personnes perçues comme « inutiles » en raison de leur grand âge et de leur grande dépendance », ajoutant que « cette dévalorisation de la vie humaine peut être intégrée par les personnes âgées elles-mêmes et les pousser à s'autoexclure de la société », et considérant de surcroit « qu'une modification de la loi ou des pratiques qui favoriserait l'amoindrissement du soin relationnel et l'affaiblissement du devoir d'accompagnement, ne serait pas éthiquement admissible. Toute évolution de la loi qui laisserait penser que certaines vies ne mériteraient pas d'être vécues ou sauvées (en contexte de crise ou de tension sanitaire par exemple) serait inacceptable ».

La stratégie décennale des soins d'accompagnement (prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie) en France 2024-2034 doit réexaminer plus précisément l'organisation des soins palliatifs chez les personnes âgées.

En tout état de cause, un des enjeux importants est de poursuivre l'effort entrepris dans les structures médicosociales accueillant des personnes âgées pour accompagner la fin de vie (formation et acculturation aux soins palliatifs, EMSP, HAD…) et de renforcer la capacité de soins palliatifs à domicile afin de permettre aux personnes qui le souhaitent de finir leur vie chez elles quand c'est possible. Ceci inclut l'ensemble des catégories d'hébergement ou de logement accompagné où peuvent se retrouver en fin de vie des personnes précaires vieillissantes.

Consentement et adhésion des personnes :

[192] La mise en œuvre des principes d'information et d'association des personnes accompagnées appelle une réflexion particulière lorsque ces dernières sont susceptibles de nourrir, du fait de leur parcours, une résistance particulièrement forte aux institutions ou aux règles du collectif.

[193] Ces principes, pour être parfois plus difficiles à décliner dans l'accueil des personnes très précaires vieillissantes, n'en demeurent pas moins essentiels. Ils peuvent toutefois conduire les professionnels à accepter une **temporalité différente**, intégrant des longs moments d'échange et de discussion face à des résistances fortes, qui appellent l'adaptation de certaines logiques organisationnelles.

[194] Dans ce dialogue particulièrement exigeant, l'intervention de **pairs-aidants** peut s'avérer facilitante, et aider à la construction d'une relation positive entre les personnes accompagnées et le personnel, en renforçant la confiance mutuelle. Cette intervention peut prendre la forme de moments d'échanges ponctuels (à l'instar des ateliers organisés dans les établissements par les intervenants pairs et chargés de mission de la plateforme « Vieillissement et précarité »), ou aller jusqu'à l'intégration d'un intervenant pair dans les effectifs de l'établissement (comme la mission a pu l'observer, par exemple, dans un LAM géré par le CCAS de Grenoble). Le recours aux pairs aidants « *pour entrer en lien avec les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques* » est plus spécifiquement recommandé par la HAS, à condition que leur action soit bien conçue comme complémentaire à celle des professionnels et ne s'y substitue pas[129].

[195] Malgré l'acceptation d'une temporalité exigeante et la médiation réalisée par les pairs-aidants, les situations de blocage ou de refus (par exemple dans l'observance des traitements) peuvent conduire les personnels à un tiraillement indépassable entre le respect de la volonté de la personne accueillie, et sa sécurité. Dans ce cas, une **mise sous protection**[130] peut constituer une solution

[129] Haute autorité de santé, « Développer le recours aux pairs-aidants - Grande précarité et troubles psychiques », fiche outil validée le 30 novembre 2023.

[130] Lorsque la perte d'autonomie liée au vieillissement entraîne une altération des fonctions mentales ou une incapacité physique d'exprimer sa volonté et altère en conséquence la capacité des personnes à se représenter elles-mêmes en

nécessaire pour éviter la mise en danger de la personne, à la condition d'une implication suffisante de son tuteur. Si les délais de mise sous protection par le juge sont parfois longs face à des situations appelant des solutions plus rapides, la mesure temporaire que constitue la sauvegarde de justice[131] peut, dans certaines situations d'urgence, être décidée par le juge en attendant la mise en place de mesures de tutelle ou de curatelle.

Gradation dans l'accompagnement individuel :

[196] La complexité des parcours des personnes très précaires vieillissantes, combinée à l'exigence de respect de leur libre consentement, plaide pour une approche graduée dans l'application de certaines règles liées à la vie collective.

[197] Ainsi, pour ces personnes susceptibles d'intégrer un EHPAD en étant encore relativement jeunes, la conciliation entre le respect de leur **liberté d'aller et venir** et l'organisation des horaires d'entrée et de sortie dans l'établissement ne saurait appeler une réponse univoque, et peut conduire l'établissement à assouplir, dans une certaine mesure, les règles appliquées à l'ensemble du collectif (cf. par exemple sur ce sujet la réflexion du directeur de l'EHPAD François 1er, au sujet des « sorties inopinées » des résidents[132]).

[198] La nécessité d'adopter une approche graduée se retrouve, d'une autre manière, dans le domaine de la **prise en charge des addictions**. Jusqu'où admettre les alcoolisations dans les chambres, ou la consommation d'alcool dans les espaces collectifs de l'établissement ? Ou comment organiser la consommation de tabac lorsque celle-ci peut conduire à des trafics ou des échanges de services mettant en danger l'intégrité des personnes au sein de l'établissement ?

[199] Un grand nombre des établissements au sein desquels la mission a pu se déplacer, qu'il s'agisse d'EHPAD, de résidences autonomie ou de pensions de famille, menaient une réflexion en termes de réduction des risques[133], associant parfois les résidents (par exemple, à l'occasion de la rédaction d'une charte sur le sujet). Certains interlocuteurs de la mission ont également évoqué des situations atypiques, susceptibles de justifier l'intervention d'un comité d'éthique.

[200] Sur l'ensemble de ces questions, il apparaît que les établissements mènent, chacun de leur côté, des réflexions difficiles, sur des sujets complexes, mettant parfois les professionnels et les directeurs en situation d'insécurité déontologique ou juridique. La HAS a d'ores et déjà élaboré des recommandations de bonnes pratiques concernant les personnes très précaires atteintes de troubles psychiques[134], ou la réduction des risques dans les ESMS (et notamment dans le secteur des personnes âgées)[135]. Toutefois (et même s'il est vrai que les publics concernés peuvent en partie se recouper), il

cohérence avec leurs intérêts, le juge des contentieux de la protection peut décider de mettre en place une mesure de protection des majeurs (sauvegarde de justice par voie judiciaire, pour les périodes transitoires, curatelle - simple, adaptée ou renforcée -, tutelle). Les mesures de protection des majeurs peuvent être demandées au juge quelle que soit la situation administrative de la personne.

[131] La sauvegarde de justice est une mesure de protection temporaire (un an maximum renouvelable jusqu'à deux ans). Elle peut être décidée par le juge pour des personnes souffrant d'une altération temporaire de leurs facultés mentales du fait d'une maladie ou d'un affaiblissement ou infirmité liée à l'âge ou encore empêchées dans l'expression de leur volonté par une altération de leurs facultés psychiques et ou mentales.

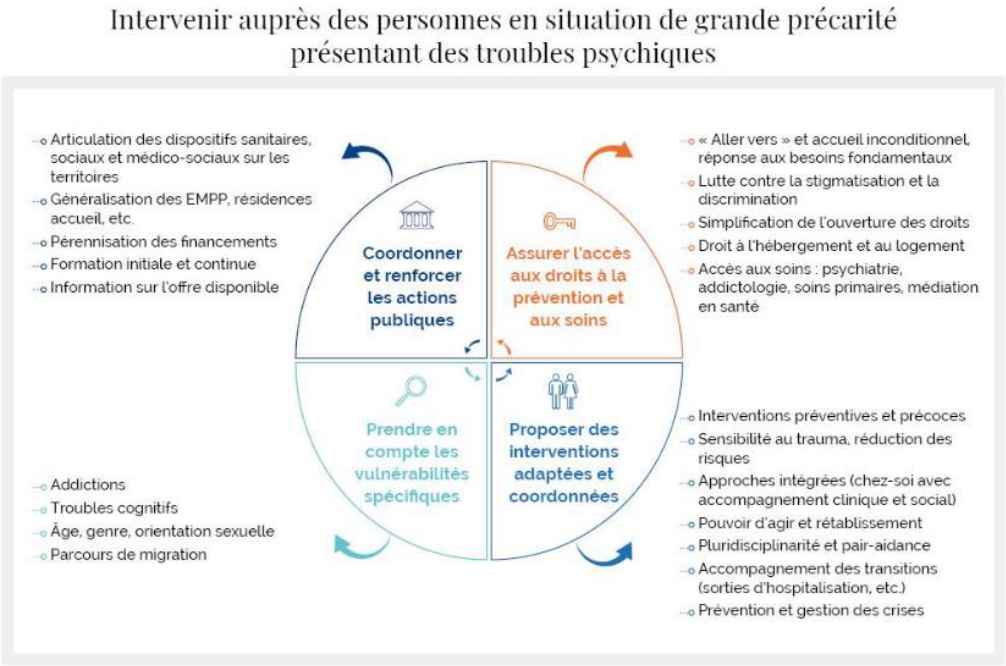
[132] P. Delarue, « La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement ? », *Revue de Gériatrie*, 45 (6), juin 2020.

[133] Sur l'approche par la réduction des risques, voir notamment A. Rowlands et al., "Designing residential aged care for people at risk of, or experiencing, homelessness: An exploratory Australian study", *Health Soc Care Community*, 2020 Sep;28(5):1743-1753.

[134] *Grande précarité et troubles psychiques – Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques*, 2024.

[135] *Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS),* 2023.

n'existe pas de travaux de même nature concernant spécifiquement les personnes très précaires vieillissantes.



Source : HAS, Synthèse des recommandations de bonnes pratiques « Grande précarité et troubles psychiques – Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques », 2023.

[201] La mission préconise donc d'entamer un **travail d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur l'accueil et l'accompagnement des personnes très précaires vieillissantes par les ESSMS**, qui pourrait être engagé par la HAS en complément des documents déjà élaborés. Ces travaux, sur les sujets mis particulièrement en tension par l'accueil des personnes âgées très précaires, pourront plus largement nourrir la réflexion de tous les établissements, tant elles portent sur des questions qui intéressent en définitive l'ensemble des personnes accueillies et accompagnées. Il faudra veiller à ce qu'ils n'introduisent aucune rigidité supplémentaire pour la mise en œuvre de pratiques innovantes et de solutions locales.

Recommandation n°14 Elaborer des recommandations de bonnes pratiques au sujet de l'accueil et l'accompagnement des personnes très précaires vieillissantes par les ESSMS, en ciblant plus particulièrement celles appelant une réflexion éthique de la part des structures.

2.4 Comment éviter le basculement des personnes âgées dans la grande précarité

[202] Un essai de caractérisation des personnes et des situations de basculement figure dans les annexes 1 et 2 avec une synthèse sur ce sujet au 1-1 *supra*. Pour mémoire, les nouveaux publics de 50 ans et plus observés dans l'étude INED-INSEE de 2012 sur les sans-domicile sont moins souvent de jeunes sans domicile ayant vieilli « à la rue », même si cela arrive plus fréquemment qu'avant du fait de l'amélioration des accompagnements, que des personnes ayant connu un parcours résidentiel stable qui ont basculé « dans la rue » à la suite d'un événement brutal (chômage, maladie, décès du conjoint…).

[203] Plusieurs études identifient le moment du passage à la retraite comme période de bascule possible dans le sans-abrisme et la grande précarité à ce moment. L'expression de « précarité résidentielle » à un âge avancé est parfois utilisée pour caractériser ce moment de transition à risque,

avec une perte brutale de revenus, et/ou des problèmes de santé qui peuvent provoquer la perte du logement.

[204] D'après plusieurs structures rencontrées par la mission, notamment accueil de jour et CHU, un des marqueurs de risque de bascule de personnes âgées précaires est la fréquentation du restaurant social ou de toute forme d'aide alimentaire.

[205] Du fait de ses enjeux spécifiques et du risque de voir sa fréquence croitre avec le vieillissement attendu de la population et la précarisation plus fréquente des personnes âgées, cette problématique mériterait d'être mieux documentée pour développer des stratégies de prévention, dans l'intérêt des personnes comme dans celui de la collectivité, la perte du logement entraînant des actions plus coûteuses que celles visant le maintien des personnes à domicile.

[206] Trois principales pistes de prévention seront tracées ci-après : diminuer le non-recours social (§ 2-4-1), améliorer le repérage des situations critiques (2-4-2) et mieux accompagner pour prévenir la perte du domicile (§ 2-4-3). Les développements qui suivent, sur une thématique en marge du mandat de la mission, sont présentés de manière exploratoire. De ce fait, les pistes tracées par différents acteurs ne sont pas en tant que telles reprises dans les recommandations de la mission, même lorsqu'elles semblent intéressantes.

2.4.1 Diminuer le non-recours social et administratif

[207] Cette problématique n'est pas spécifique aux personnes âgées vulnérables. La mission n'invite pas à remettre en cause en leur faveur l'approche ancienne et générale qui consiste à ne pas segmenter les populations et à rechercher partout et pour tous un accès aux droits efficace et rapide.

[208] **Selon la DIHAL, la mise en place du service public départemental de l'autonomie et le renforcement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)[136] devraient permettre de limiter le non-recours des personnes âgées aux aides**. Pour ces personnes et de manière générale, l'accès aux droits exige de lutter contre l'exclusion numérique mais surtout d'assurer aussi le maintien de procédures non numérisées.

[209] **La DIPLP quant à elle, interrogée par la mission, partant des recommandations du Défenseur des Droits, envisage plusieurs actions, dans le même esprit :**

- **Evaluer l'ergonomie des interfaces numériques des organismes de sécurité sociale** (Caf, Améli, Ma Retraite, etc.) et proposer des améliorations grâce à la constitution d'un groupe de travail réunissant des personnes en situation de pauvreté et/ou d'illectronisme
- Proposer **une évolution du code des relations entre les usagers et l'administration** comprenant la multimodalité d'accès aux services publics
- Permettre aux usagers de contacter l'agent en charge du traitement de leur demande
- Introduire l'obligation de clause sur le non-aboutissement des démarches pour problème technique
- Mettre en place une obligation d'envoi sous forme papier des notifications d'attribution, de suppression ou de révision des droits
- Instaurer la gratuité des plateformes téléphoniques des services publics, la mise en œuvre de cette recommandation ayant été engagée avec le « plan téléphone » lancé en 2023.

[136] Points d'information dédiés aux personnes âgées et à leurs aidants. En 2022 les DAC devaient théoriquement remplacer les CLIC mais cette intégration est facultative.

[210] *La mission ne reprend pas en tant que telles ces propositions à son compte, certaines ayant d'ailleurs déjà connu un commencement de mise en œuvre, dans la mesure où elles dépassent largement la question de l'accès aux droits des personnes précaires vieillissantes, tout en notant que leur mise en œuvre simplifierait leur quotidien et les tâches de ceux qui les accompagnent.*

[211] La DIPLP note également que la mise en œuvre de l'axe 3 du Pacte de lutte contre la pauvreté vise à renforcer l'accès aux droits et ainsi lutter contre le non-recours des personnes âgées précaires notamment par la mise en place de **l'expérimentation « Territoires zéro non-recours » (TZNR) où 39 territoires ont été sélectionnés.** Le déploiement des maisons France service itinérantes a par ailleurs permis de créer vingt structures qui pourront bénéficier aux personnes âgées pauvres isolées. A ce jour, déjà 2 700 maisons France services (fixes et itinérantes) ont été créées sur les 3 000 prévues d'ici 2027.

[212] Enfin, la volonté d'agir directement sur la question des personnes âgées en situation de précarité s'exprime dans de nombreux territoires par le biais de l'outil de la **contractualisation entre l'Etat et les départements ou les métropoles**[137]. L'accompagnement des personnes vieillissantes en situation de précarité est l'une des orientations données dans les contrats locaux, portant, comme évoqué supra, sur les démarches *d'aller-vers*, les actions de développement de l'hébergement et du logement des personnes vieillissantes, le renforcement de l'accompagnement social personnalisé favorisant l'accès aux droits et l'accompagnement des professionnels.

[213] De plus, sur la base des diagnostics territoriaux, les pactes locaux des solidarités peuvent soutenir des initiatives en faveur de ce public. A titre d'exemple, dans le cadre du pacte local de Haute-Corse, le CCAS de Bastia a initié une démarche d'accompagnement coordonné visant à repérer et mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en favorisant leur autonomie, en assurant une prévention en matière de soins de santé, en garantissant leur accès aux services publics, tout en simplifiant leurs démarches administratives.

[214] Parallèlement, dans le cadre de la rencontre nationale sur la pauvreté en milieu rural de la DIPLP du 29 septembre 2025, un atelier spécifique à l'isolement des personnes âgées en précarité s'est tenu en Auvergne-Rhône Alpes le 11 septembre 2025, réunissant l'ensemble des acteurs concernés par le sujet (CD, CAF, CCAS, associations etc.) organisé par le commissaire à la lutte contre la pauvreté.

[215] **Dans leur contribution écrite transmise à la mission, les Petits Frères des Pauvres évoquent quant à eux,** sur la thématique de l'accès aux droits :

- La simplification administrative avec la mise en œuvre de la solidarité à la source en particulier pour l'ASPA, prestation pour laquelle le non-recours semble massif[138].
- Un renfort des DAC avec une capacité accrue à faire de l'aller-vers (visites à domicile, à l'hôpital)
- Des modules de formations spécifiques pour les professionnels de terrain « généralistes » : travailleurs sociaux, aides à domicile, professionnels de santé à domicile…

[216] Sur ces sujets, de nombreuses actions sont, de longue date, développées par les Petits frères des pauvres : sensibilisation à l'isolement social vers les acteurs du premier cercle (gardiens, commerçants, pharmaciens, collectivités territoriales…), dispositif *d'aller vers* dit « Baraque à Frat », actions en liaison avec les bailleurs sociaux (porte à porte, installation d'un local en pied d'immeuble). Les Accueils de jour fléchés « grande précarité » (Lyon, Paris 18ème, Marseille, Seine-Saint-Denis) permettent de

[137] Cf. instruction ministérielle du 23 novembre 2023 relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les conseils départementaux pour 2024-2027

[138] Voir par exemple les dossiers de la Drees n° 97, mai 2022, « le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules », Pauline Meinzel.

toucher principalement des personnes âgées sans domicile mais pas uniquement. Parfois certaines personnes « à la limite de la bascule » peuvent être accompagnées *in extremis*.

2.4.2 Améliorer le repérage des situations à risque

[217] Les annexes 1 et 2 pointent diverses données/études sur les situations à risque, par exemple, sur les ruptures et séparations[139].

[218] Comme évoqué en § 1-1, le passage à la retraite est une étape de fragilisation budgétaire avec une baisse effective des ressources qui s'avère un facteur de risque d'impayés locatifs.

[219] Selon les Petits frères des pauvres, la plus grosse difficulté est la bascule chômage/retraite (rupture possible entre 62 et 67 ans, si les droits à l'assurance chômage s'épuisent avant 67 ans et que la personne n'a pas encore liquidé sa retraite car pas assez de trimestres). D'ailleurs il n'est pas rare que l'on utilise le RSA pour compenser la rupture de droits : il n'y a pas de limite d'âge supérieure pour toucher le RSA, globalement plus simple à ouvrir.

[220] On note aussi quelques difficultés sur la bascule AAH/retraite mais comme la majorité des personnes bascule automatiquement depuis 2020 de l'AAH à l'ASPA[140], ce point est mieux pris en compte. Dans l'entretien que les services du Défenseur des Droits ont accordé à la mission, a été précisément évoquée la question de la coordination entre l'assurance chômage et l'assurance vieillesse sur laquelle une mission de l'IGAS est en cours.

Au-delà des sujets de continuité administrative, la prévention passe d'abord par la lutte contre l'isolement.

[221] Des actions sont portées au sein de la société civile pour lutter contre l'isolement des plus précaires, via des réseaux organisés de bénévoles et des actions ciblées au profit des personnes vulnérables, et notamment les personnes âgées : c'est notamment le cas des Petits frères des pauvres ou encore de la Croix Rouge Française, et plus généralement, du service civique solidarité séniors

[222] Dans les territoires, cet objectif pourrait être décliné au travers d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans particulièrement dans les espaces de vie sociale, les centres sociaux, spécialement dans les QPV et les zones rurales selon deux options :

- Soit par la contractualisation avec les départements sur la base d'un référentiel national
- Soit par la valorisation, dans le Pacte des Solidarités, de crédits **du fond d'action sociale de la CNAV** dédiés à la lutte contre l'isolement.

[223] Un programme de subventions avec une enveloppe totale estimée à 10M d'euros a été dédié à la lutte contre l'isolement, à orienter vers les publics âgés précaires.

[139] Carole Bonnet, Bertrand Garbinti, Anne Solaz (2015, décembre), Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs, Insee. Léa Cimelli, 2023, Les conséquences économiques genrées des dissolutions d'union après 50 ans.

[140] Sur ces sujets, voir rapport de l'Igas 2022-041R « les départs en retraite au titre de l'inaptitude », oct. 2022.

Bonne pratique : Uniopss - Lever les difficultés d'accompagnement pour **lutter contre l'isolement** des personnes âgées précaires qui seraient dans un logement accompagné ou un logement individuel. A titre d'illustration : Territoire Zéro Chômeur de longue durée / Région : Ile-de-France, Cergy. Solution mise en place : les personnes qui travaillent dans le cadre du TZCLD viennent tenir compagnie et font des visites de courtoisie à des personnes isolées précaires. Ces actions sont financées sur les contrats de ville.
Bonne pratique : Petits frères des pauvres - Les Petits frères des pauvres font une formation sur le repérage de l'isolement social, « se former pour agir », financées, y compris pour des accès en distanciel, par la CNSA.

[224] Enfin, certains parlementaires ont proposé la mise en place dans les communes d'un « registre des vulnérabilités », dans l'esprit du dispositif de repérage des communes en cas de canicule. Mais ce sont des registres sur lesquels il faut s'inscrire[141]. Désormais les mairies peuvent contacter directement les personnes à partir des listes de l'APA et de la PCH.

[225] Dans une perspective plus générale, le conseil local de santé mentale (CLSM)[142] permet une forme de traitement collectif des situations pour la patientèle complexe dont une partie peut être vieillissante et à risque de bascule dans la grande précarité. Quand elles existent, les commissions logement des CLMS sont utiles pour prévenir la perte du logement à la faveur d'une hospitalisation prolongée, sensibiliser l'environnement de vie sur les conduites à tenir en cas d'aggravation de troubles psychiatriques ou recueillir des signes d'alerte de la part des bailleurs.

[226] Outre le fait de sensibiliser et de former les personnels des bailleurs ainsi que des collectivités locales au repérage des signes d'alerte, le CLSM peut aussi constituer une porte d'entrée dans les soins permettant d'éviter que la situation n'empire (intervention auprès de personnes signalées par les services sociaux[143]).

[227] La HAS recommande par ailleurs aux acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de développer des réseaux et de se coordonner sur un territoire donné en lien avec les CLSM, pour organiser le repérage des personnes en situation de vulnérabilité. Parmi eux figurent les personnes en situation de grande précarité (ou à risque de le devenir)[144] dans le cadre d'une sorte de veille psychosociale reposant sur des partenariats entre les structures du secteur AHI, les EMPP, les médecins généralistes et les équipes de soins primaires, les acteurs de l'addictologie, les services mandataires, les acteurs du logement accompagné ou non les PASS et autres acteurs du champ hospitalier et les acteurs associatifs et caritatifs.

[228] Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont d'autres dispositifs de coordination sur lesquels s'appuyer pour traiter les situations les plus complexes rencontrées chez les personnes vieillissantes de plus de 50 ans en situation de précarité.

[141] Le député Jérôme Guedj avait proposé qu'on y inscrive automatiquement les bénéficiaires de l'ASPA mais cette disposition n'a pas été reprise dans le cadre de la loi « Bien vieillir ».
[142] Espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble partenaires locaux concernés par des problèmes de santé mentale (bailleurs sociaux, services municipaux…).
[143] Migrants, personnes sans abri, personnes recluses à son domicile présentant des troubles du comportement conduisant à des conditions de vie négligées, voire insalubres.
[144] HAS, Grande précarité et troubles psychiques, novembre 2023.

Lutte contre l'isolement dans les Etats de l'Union européenne *(cf. annexe 4)*

Royaume-Uni :

Entre 2018 et 2024, un périmètre ministériel spécifique[145], appuyé par une stratégie interministérielle, a été consacré à la lutte contre la solitude, ce qui a permis d'en faire un véritable sujet de société. De fait, entre 5 et 6 % des Britanniques seulement ressentent régulièrement de la solitude (résultat stable depuis 2012), contre 1 personne sur 5 en France[146].

De nombreuses initiatives existent en la matière, par exemple celle du réseau Homeshare UK, par laquelle l'hébergeur (souvent âgé de plus de 80 ans) offre une chambre à un cohabitant (âgé de 25 à 40 ans en moyenne) qui ne paie pas de loyer mais s'engage à 10 heures de soutien par semaine (cuisine, ménage, présence). Les deux parties paient des frais mensuels à l'association.

Danemark :

Les personnes âgées font l'objet de visites régulières de prévention. Les visites de prévention à domicile sont proposées systématiquement à toute personne de plus de 75 ans, ainsi qu'aux personnes moins âgées considérées « à risque » (à la suite de la perte d'un conjoint, d'une sortie d'hôpital, ou dans le cas d'une situation d'isolement social). Les visites doivent être proposées annuellement à partir de 80 ans.

La Croix-Rouge danoise propose également plusieurs initiatives pour ce public telles que des appels de sécurité – des bénévoles contactent régulièrement les seniors pour s'assurer de leur bien-être –, des visites à domicile, de l'accompagnement lors de sorties, des cafés seniors et des clubs de conversation.

De manière générale, le gouvernement et les acteurs de la société civile œuvrent en faveur d'une coopération intersectorielle afin de combattre les enjeux d'isolement social, de solitude et de démence. Dans le cadre du lancement du plan d'action national de lutte contre la solitude en 2023, un mouvement populaire contre la solitude a notamment été créé, réunissant 100 organisations, fondations, associations et entreprises intervenant dans des champs divers autour de cet enjeu.

Espagne :

Un cadre stratégique national sur la solitude, en cours d'élaboration, s'adresse aux personnes âgées, mais aussi à toutes les étapes de la vie susceptibles de générer de l'isolement : handicap acquis, départ à la retraite, difficultés économiques et sociales, ainsi que divers facteurs individuels et structurels. Ce cadre devait être finalisé et approuvé d'ici fin 2025.

Des initiatives régionales sont également développées. Face au défi du vieillissement dans les zones rurales, la communauté autonome de Cantabrie a par exemple lancé un appel à subventions destiné aux communes de moins de 10 000 habitants disposant de centres communautaires ou mini-centres résidentiels. Cette initiative inclut des ateliers de santé, des réseaux de soutien de voisinage et des espaces de rencontre et vise à soutenir des projets d'activité pour un « vieillissement actif » et de lutte contre la solitude non désirée, en particulier chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

2.4.3 Mieux accompagner pour prévenir la perte du domicile

[229] Selon l'étude CEMKA, livrable 1 (*op cit*), la précarisation des personnes âgées (Fondation Abbé Pierre, 2009) a amené des personnes âgées d'au moins 50 ans d'Ile-de-France à perdre leur logement. Les raisons évoquées étaient de ne plus pouvoir payer le loyer ou les charges (34,6 % des cas), une séparation/divorce (22 % des cas), ou une perte d'emploi (15,9 % des cas).

[230] Certaines associations dénoncent une hausse des expulsions locatives des personnes âgées mais on ne dispose pas de chiffres officiels. Néanmoins, il y a bien une hausse nette des expulsions depuis 2024 d'après le ministère du logement : + 26 % d'expulsion de 2023 à 2024, +9,3 % pour les décisions de justice ordonnant une expulsion, +11 % de commandements de payer ont été signifiés. Cette hausse doit logiquement concerner aussi les personnes âgées de plus de 50 ans.

[145] https://www.gov.uk/government/publications/loneliness-annual-report-the-fourth-year/tackling-loneliness-annual-report-march-2023-the-fourth-year?dm_i=21A8,894YO,FM9TNZ,XWBSS,1

[146] https://www.fondationdefrance.org/fr/les-solitudes-en-france/etude-solitudes-2024

[231] Lors d'un groupe de travail sur « les personnes âgées nouvellement en rue » organisé par la Mairie de Paris début 2025, les services sociaux de l'APHP ont indiqué une hausse de ce public, hausse également mentionnée par le Samu Social. Ce public âgé plus précaire mais logé qui bascule dans le sans-abrisme ne demanderait pas d'aide avant l'expulsion, étant très isolé, voire invisible.

[232] Selon les Petits frères des pauvres, l'accès au logement social est globalement difficile pour une personne seule et de plus de 60 ans, en dépit de l'existence pour Paris des Accords pour le Relogement des Publics Prioritaires (ARPP) qui priorisent les personnes sortant d'hébergement, d'hôtel, ou de logement temporaire et permettent le relogement dans le parc social.

[233] Le Samu social pointe aussi des signaux faibles via le SIAO/Delta (cf. annexe 2) :

- Augmentation du nombre de nuitées moyennes par jour chez les plus de 60 ans au titre de l'expulsion locative en Île-de-France : passage de 14 à 25 % de la part des 60 ans et plus dans les nuitées quotidiennes à la suite d'expulsions locatives de 2018 à 2024
- Hausse des mises à l'abri au titre de l'expulsion locative (de 298 à 463 de 2018 à 2024, soit + 55 %)

[234] Cette tendance à la hausse peut en partie venir du fait qu'il y a davantage de mises à l'abri après les expulsions mais le phénomène reste susceptible d'être largement sous-estimé.

[235] **Ces éléments, non entièrement robustes mais concordants, conduisent à porter une vigilance accrue concernant la prévention des expulsions des personnes âgées.**

[236] Il n'existe pas de dispositif spécifique visant le public des plus de 60 ans confrontés à une procédure d'expulsion. En revanche, tous les dispositifs de soutien financier (FSL, surendettement, aides facultatives) et d'accompagnement (ASLL, curatelle, tutelle, MASP, etc.) qui entendent répondre aux problématiques des ménages en impayés de loyer peuvent *de facto* bénéficier aux ménages de plus de 60 ans. Le plan interministériel de prévention des impayés de loyer sur lequel travaille actuellement la DIHAL prévoit de faciliter les mutations dans le parc social pour répondre aux situations dans lesquelles le loyer et le logement n'apparaissent plus adaptés aux ressources des ménages ou à leur composition familiale. Les ménages de plus de 60 ans pourront bénéficier de ces dispositions.

L'aide au paiement du loyer pour les retraités – Royaume-Uni *(cf. annexe 4 – parangonnage)*

Le Housing Benefit est une aide financière destinée à couvrir tout ou partie du loyer pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite et vivant avec de faibles revenus. Elle est attribuée selon des conditions de ressources, prenant en compte le revenu, les économies (moins de £16 000), la composition du foyer, le montant du loyer et le nombre de chambres.

Pour les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite, l'aide au logement via le Housing Benefit est limitée aux logements accompagnés, protégés ou temporaires. Dans les autres cas, les individus concernés peuvent recevoir une aide financière pour se loger par le biais de l'Universal Credit.

Par ailleurs, en septembre 2025, le ministre du Logement a promis, en marge de son investiture, de construire 1,5 million de nouveaux logements en Angleterre d'ici 2029[147] et d'intégrer à la nouvelle Stratégie décennale du logement, publiée en juillet 2025, les recommandations formulées par le Groupe de travail sur le logement des personnes âgées nommé en mai 2023 par le précédent Gouvernement ; l'une des principales recommandations consiste à réserver 10 % des logements abordables construits aux personnes âgées.

[147] Gouvernement britannique, Coverage of 1.5 million homes target, blog MHCLG, 29 octobre 2025.

[237] La mission a eu connaissance d'autres pistes générales, utiles pour l'accompagnement en matière de logement. L'étude FAS Pays-de-la-Loire évoque notamment l'intérêt dans le cadre du *Plan Logement d'abord*[148] *de :*

- Produire et mobiliser des solutions de logements adaptées et abordables pour les ménages en grande précarité (exemple : en développant les pensions de famille et le logement accompagné) ;
- Conforter le maintien dans le logement ;
- Prévenir les ruptures ;
- Eviter la dégradation des situations ;
- Accélérer l'accès au logement ;

« ***Illustration d'une situation complexe*** *: Une équipe mobile de la région accompagne à son logement, un homme de 56 ans souffrant d'addictions et bénéficiaire des minimas sociaux. Les effets délétères de ces consommations exigent un accompagnement particulier. Un travail d'orientation vers le sevrage est en cours mais l'observance des traitements peine à se mettre en place. Pour cela, les professionnels travaillent en coordination : infirmière de la Maison d'accueil de jour, professionnels de l'addictologie, curatrice, infirmière à domicile, aide à domicile, professionnels de l'équipe mobile ACT. Le maintien au logement n'est rendu possible que par ce travail partenarial et la rigueur de la coordination des professionnels » (FAS Pays de Loire, op cit).*

[238] **L'ensemble de ces éléments illustre l'intérêt d'une coordination des professionnels pour prévenir la perte du logement.**

Dr Julien EMMANUELLI Mireille GAÜZERE

[148]https://www.info.gouv.fr/actualite/deuxieme-plan-quinquennal-pour-le-logement-dabord-2023-2027-agir-prevenir-construire-pour-lutter

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

La mission remercie chaleureusement chacune des personnes rencontrées. Dans un souci de discrétion, le nom des usagers rencontrés au sein des structures d'hébergement ou de soin ne figure pas dans la présente liste.

Administrations centrales et services déconcentrés

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)

Jérôme D'HARCOURT, délégué

Dr Raphaël BOULOUDNINE, psychiatre, coordinateur national un chez soi d'abord

Sophia BOUZID, adjointe à la sous-directrice hébergement

Manon HURE, sous-directrice, directrice de mission Accès et du maintien dans le logement, déléguée générale de la CILPI, Directeur de projet Logement d'abord

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Camille CASTIEL, chargée de mission adaptation de la société au vieillissement

Pierre COURBARIEN, chef du bureau des droits et aides à la compensation

Denis DARNAND, sous-directeur de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Nathalie DUTHEIL, adjointe au chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées

Florian KASTLER, chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées

Emmanuel SEGUY-GARD, adjointe au sous-directeur de l'autonomie, en charge des personnes âgées

Direction générale de la santé (DGS)

Caroline BUSSIERE, cheffe du bureau santé des populations

Flore MOREUX, cheffe de bureau prévention des maladies chroniques non transmissibles

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Adeline BERTSCH-MERVEILLEUX, chargée de mission accès aux soins personnes précarité

Claire DEFIVES, adjointe population vulnérable et santé mentale

Virginie HOAREAU, adjointe à la sous-directrice de la prise en charge hospitalière et parcours ville hôpital

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP)

Anne RUBISTEIN, déléguée interministérielle

Juliette PARNOT, conseillère en charge des politiques de santé, des inégalités dès l'enfance et de la condition des femmes

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Julie LABARTHE, sous-directrice de l'observation de la solidarité (OSOL)

Thomas WANECQ, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Agence régionale de santé Ile-de-France

Éric BONGRAND, responsable du Département Organisation de l'Offre pour les Personnes Âgées, direction de l'Autonomie

Dr Jean-Philippe NATALI, conseiller médical secteur personnes âgées, direction de l'autonomie

Véronique VARLET, référente régionale EHPAD, direction de l'autonomie

Agence régionale de santé auvergne Rhône Alpes/ Délégations territoriales Isère et Rhône

Léa GRUJON, chargée de mission Prévention et Promotion de la Santé, Délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon

Véronique SUISSE, chargée de mission lutte contre la précarité, les conduites addictives et les violences à la délégation départementale de l'Isère.

Magali TOURNIER, référente précarité et PRAPS, direction de la stratégie et des parcours, ARS ARA

Agence régionale de santé Pays de Loire

Karen BURBAN-EVAIN, directrice de la santé publique et environnementale

Marie-Jo PASSETEMPS, cheffe de projet santé précarité

Sébastien RIPOCHE, directeur adjoint / Direction de l'Autonomie et de la Santé Mentale

Evelyne RIVET, responsable du département prévention et action sur les déterminants de santé

Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDEETS) Isère

Sylvie ANDRIVOT, inspectrice

Corinne GAUTHERIN, directrice

Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités Loire-Atlantique

Olivier ASSAILLY, Directeur départemental adjoint

Sabine GIRAULT, directrice départementale

Stéphanie TESSIER, Responsable adjointe du service public de la rue au logement

Autorité administrative indépendante

Défenseur des Droits

Jean-Philippe CRONTIRAS, chef du pôle « droits liés à la lutte contre la précarité et à l'emploi »

Véronique MARCENAT, conseillère « réforme et appuis aux contentieux en protection sociale », auprès du directeur protection des droits-affaires publiques.

Loïc RICOUR, chef du pôle « santé médico-social »

Conseil national de lutte contre l'exclusion

Nicolas DUVOUX, sociologue et président du CNLE

Agences/Opérateurs de l'État

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Maëlig LE BAYON, directeur

Walter NIQUE-FRANZ, chargé de mission DAPO

Aude MUSCATELLI, directrice adjointe

Collectivités territoriales

Ville/département de Paris

Louis BEDESSEM-PORTE, adjoint à la sous-directrice de l'Insertion et de la Lutte contre l'Exclusion, direction des solidarités (DSOL)

Zoé BRASIER, observatoire de l'exclusion de la Ville de Paris

Sabine CARBONA, sous-directrice de l'autonomie, direction des solidarités (DSOL)

Marie LAFOND, chef du service des établissements d'hébergement

Delphine CAZOR, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie, direction des solidarités (DSOL)

Arthur LE NENA, chef de la mission stratégie et partenariats

Centre communal d'action sociale (CCAS) Isle St Denis

Éric FRENAUD, directeur CCAS mairie de l'Isle Saint Denis

Annie RAFENAUD, conseillère municipale,

Seydou M'BAYE, directeur ville solidarité

Naoël DJENNANE, charge de l'aide sociale/animation des retraités, mairie de l'Isle St Denis

Centre communal d'action sociale (CCAS) Grenoble

Marion BRUNAT-MORTIER, DGA Pôle Solidarités – Ville de Grenoble, Directrice Générale

Marion LEDUC, Directrice action sociale personne âgées

Centre communal d'action sociale (CCAS) Nantes

Maxime BOISDIN, directeur du CCAS de Nantes

Abassia HAKEM, adjointe au maire de Nantes, Solidarités et Inclusion sociale

Associations

Fédération des acteurs du social

Pascal BRICE, président

Nathalie LATOUR, directrice générale

Emmanuel BOUGRAS, responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPPS)

Maëliss BOUTICOURT, conseillère Technique Autonomie (Grand âge)

Jeanne DIETRICH, conseillère technique Hébergement Logement

Samu Social de Paris

Vanessa BENOÎT, directrice générale

Thomas BAUDE, responsable de la mission Interface

Maxime CHERON, directeur adjoint du Pôle Équipes Mobiles

Lucile MULET, chargée de mission études

Association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM)

Pascal MARIOTTI, président de l'ADESM

Clothilde VIZARD, secrétaire général de l'ADESM

Petits Frères des pauvres

Anne GENEAU, présidente

Hélène GILQUIN, directrice des affaires institutionnelles, délégation générale

Yann LASNIER, délégué général

De l'ombre à la lumière/ ASBL 44

Jean-Pierre CADIO, président de l'association De l'ombre à la lumière,

AURORE

Dr Cécile CLARISSOU, médecin référent pour l'association Aurore

Florian GUYOT, directeur général

Aux captifs La Libération

Victor CASPAR, directeur du pôle hébergement/logement, directeur CHS Valgiros

Personnes ressources

Matthieu ANGOTI, IGAS, membre du bureau (président) du Relais Ozanam Grenoble

Thibault BESOZZI, docteur en sociologie, Département Recherche – IRTS de Lorraine

Pr Florence CAROUEL, directrice adjointe UR 4159, Parcours, Santé, Systémique, CHU Lyon

Dr Céline CLEMENT, MCU-PH, EA 7505 Éducation Éthique Santé, CHU Tours

Pr Frédéric DENIS, professeur de santé publique, directeur adjoint de l'EA 7505 Éducation Éthique Santé, CHU Tours

Dr Jean-Philippe EMERSON, doctorant en thèse sur l'évaluation de la bientraitance et de la maltraitance dans les pratiques professionnelles auprès des PAD

Serge GUERIN, sociologue

Pr Emmanuel RUSCH, responsable du laboratoire de santé publique, EA 7505 Éducation Éthique Santé, CHU Tours

Visites de terrain

EHPAD François Ier, Villers-Cotterêts, Aisne

Sabine BRICOU, Infirmière pratique avancée maladies chroniques

Badia BUTTERWORTH, cadre de santé

Alexandra CHASSIGNEUX, psychologue

Patrick DELARUE, directeur de l'EHPAD François Ier

Geneviève TOUBLAN, Responsable Prévention Admission

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Baudricourt, Paris

Claude-Annick CAFE, cadre socio-éducatif

Marie LAFOND, chef du service des établissements d'hébergement, DSOL/VP

Zoé BRASIER, observatoire de l'exclusion de la Ville de Paris

Alain TOSSANI, directeur

Centre d'hébergement d'urgence (CHU) Péniche du cœur, Paris

Jessica BAGIC, présidente

Géraldine MAFIE ANOUKA, directrice salariée

Centre d'accueil et de soins hospitalier (CASH) de Nanterre, Hauts-de-Seine

Luce LEGENDRE, directrice CASH et EPS Roger Pièrot

Raphaëlle PERRIGAUD, directrice du pôle de médecine sociale et de l'EHPAD

Hugues SERVIERES, cadre supérieur de santé des pôles de gériatrie et médico-technique
Dominique LEGAL, cadre supérieur de santé, cadre du pôle médecine sociale
Alexandre MARTINI, directeur de la fondation pour la recherche sur l'exclusion et la précarité
Dr Siham FENNI, cheffe du pôle de gériatrie

Résidence Yersin, Petits frères des pauvres, Paris

Gilles GUARDIOLA, directeur résidence Yersin
Roselyne VOISSET, chef de service PUV
Rémy DECAMPS, direction de PFP-AGE

Association Notre-Dame de Bon Secours, Paris

François-Xavier LEJEUNE, directeur général

Représentants des habitants par quartier - Centre d'action sociale de l'Isle St Denis

Nadège AUFORT-BROUTIN, nord
Véronique CAMARO, sud
Maïté DAVOINE, centre
Dominique DEBUYSER, centre nord
Jacqueline DELADERIERE, centre nord
Rolande GUEDON, sud Cachin
Micheline POURET, centre sud
Fatima REZIO, centre

Lits d'accueil médicalisés (LAM) St Benoit, Nantes, Loire-Atlantique

Jean-Pierre CADIO, président Association St Benoit Labre
Philippe COUFFIN, directeur pôle santé
Patrice GEORGET, administrateur bureau (logement social)
Laetitia GOULIAN, cheffe de service LAM/LHSS
Marie-Renée PROUTEAU, secrétaire adjointe, bureau CA St Benoit

Centre d'hébergement d'urgence des Eaux vives, Nantes, Loire-Atlantique

Pauline DE LA CRUZ, directrice générale
Yolaine Lucas, présidente de l'association Les Eaux Vives Emmaüs
Clarie MOUREAU, coordinatrice du village solidaire des Cinq Ponts

Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) Loire-Atlantique, Nantes

François BERNIER, travailleur social Samu social

Laurent COURAUD, directeur adjoint

Hervé GRANSART, administrateur

Caroline TENDRON, référente Interface SIAO 44

Pension de Famille Littré, Anef-Ferrer, Nantes, Loire-Atlantique

Frank CHARREAU, Président

Fabienne DESTEVE, responsable pôle insertion Logement

Delphine GICQUAUX, cheffe de service

Pierre ROBIN, vice-président ANEF FERRER

Accueil de Jour Agnès Varda, Nantes, Loire-Atlantique

Aurélien MENARD, directeur

EHPAD résidence Les Églantines, Frossay, Loire-Atlantique

Floriane GOUZIEN, IDE, cheffe du service soins

Anthony LATOUCHE, directeur de l'EHPAD et de l'association Bienveillance du Sud Estuaire

Résidence sociale intergénérationnelle Habitat et Humanisme, Nantes, Loire-Atlantique

Philippe GAMBEY, Président Habitat et Humanisme 44

Noëlle MOREAU, directrice Habitat et Humanisme 44

Karine ROUGIER, responsable intergénérationnel, résidence sociale intégrée

Plateforme ViP, Giers, Isère

Chrystel TARRICONE, directrice générale du Groupement des Possibles

Pascal BRUNEAU, chargé de mission

Clémentine GAY, chargée de mission

Johanna FOEHRLE, cheffe de service

Marie MILLOT, chargée de mission

Marine LAUTIER, chargée de mission

Résidence autonomie St Laurent, Grenoble, Isère

Corine MARTINS, secrétaire

Alexandre MIGLIORE, directeur

Lits d'accueil médicalisés (LAM) Kaunas, Grenoble, Isère

Fanny LUMALE, directrice des LAM

Sarasa SCHIMMENTY, infirmière coordinatrice de la structure et adjointe LAM

SIGLES UTILISES

AAH :	allocation aux adultes handicapés
ACT :	appartement de coordination thérapeutique
AES :	accompagnant éducatif et social
AHIL :	accueil hébergement insertion logement
AME :	aide médicale de l'Etat
APA :	allocation de perte d'autonomie
ARS :	agence régionale de santé
ASLL :	accompagnement social lié au logement
ASPA :	allocation de solidarité aux personnes âgées
ASH :	aide sociale à l'hébergement
CADA :	centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAF :	caisse d'allocations familiales
CAS :	conseiller aux affaires sociales
CCAS :	centre communal d'action social
CPAM :	caisse primaire d'assurance maladie
CPH :	centre provisoire d'hébergement
CD :	conseil départemental
CHRS :	centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU :	centre d'hébergement d'urgence
CLIC :	centre local d'information et de coordination
CMP :	centre médico-psychologique
CNAV :	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CLMS :	conseil local de santé mentale
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS :	communauté professionnelles territoriales de santé
CSAPA :	centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAC :	dispositifs d'appui à la coordination

DAEI :	Direction des affaires européennes et internationales
DDETS :	Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DIHAL :	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIPLP :	Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociales
DGS :	Direction générale de la santé
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS :	direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DRIHL :	direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement.
EHPA :	établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA :	équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP :	équipes mobiles psychiatrie précarité
ESSMS :	établissement ou service social ou médico-social
EMSP :	équipes mobiles santé précarité
ESSIP :	équipes spécialisées de soins infirmiers précarité
FAMO :	formulaire d'analyse multidimensionnelle d'orientation
FAS :	Fédération des acteurs sociaux
FSL :	fonds de solidarité logement
FTM :	foyer de travailleurs migrants
GIR :	groupe iso-ressources
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
HUDA :	hébergement d'urgence des demandeurs d'asile
IDE :	infirmier diplômé d'Etat
IOA :	infirmier organisateur de l'accueil
LAM :	lits d'accueil médicalisé
LHSS :	lits halte soins santé
MASP :	mesure d'accompagnement social personnalisé
MDPH :	maison départementale des personnes handicapées
PASS :	permanences d'accès aux soins de santé

PCH :	prestation de compensation du handicap
PMR :	personne à mobilité réduite
PUV :	petites unités de vie
SAAD :	service d'aide et d'accompagnement à domicile
SIAO :	service intégré d'accueil et d'orientation
SPDA :	Service public départemental de l'autonomie
SSIAD :	soins infirmiers à domicile
UNIOPPS :	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux LAM
USLD :	unité de soins de longue durée

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Enquête de l'Igas en lien avec la FAS : profil des personnes précaires vieillissantes

ANNEXE 2 : Revue de littérature établie par l'IGAS relative aux liens entre vieillissement et précarité

ANNEXE 3 : Exploitation des enquêtes ES-DS et EHPA par le pôle DATA de l'IGAS

ANNEXE 4 : Parangonnage – contributions des conseillers pour les affaires sociales en Espagne, en Italie, au Danemark, en Suède, et au Royaume-Uni

ANNEXE 5 : Principales structures d'accueil et principales aides susceptibles de concerner les personnes âgées précaires

ANNEXE 1 : Enquête de l'Igas en lien avec la FAS : profil des personnes précaires vieillissantes

1 Périmètre et modalité du recueil de données

[1] La mission a mené une enquête en s'adossant à la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) pour diffuser le plus largement possible un questionnaire visant à décrire les caractéristiques du public des personnes précaires vieillissantes (PPV), et de documenter les préférences d'orientation, les freins à leur accompagnement, avec un focus sur les difficultés d'accès à l'Ehpad, le rôle de l'entourage et les besoins jugés prioritaires par les acteurs pour favoriser leur accueil.

[2] La FAS est un réseau fédératif national structuré autour de plus de 900 associations et organismes membres répartis en 13 fédérations régionales sur tout le territoire français, œuvrant contre l'exclusion sociale gérant environ 2 800 établissements et services (hébergement, insertion, accueil, etc.). Sa couverture territoriale et le nombre d'adhérents témoignent d'une implantation significative sur le terrain du social et de la lutte contre l'exclusion.

[3] La définition opérationnelle retenue pour qualifier le public de l'étude était la suivante : personne en grande précarité « vieillissante », soit toute personne sans domicile fixe avant son arrivée dans la structure, de plus de 65 ans ou présentant les caractéristiques d'un vieillissement prématuré. Les données recueillies portaient sur l'année 2024.

[4] Le questionnaire (cf. fin d'annexe) a été diffusé via le réseau des adhérents de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) à leurs structures et dispositifs susceptibles d'être en contact avec ce public (accueils de jour, CHU, CHRS, pensions de famille, résidences sociales, dispositifs médico-sociaux,…) sachant que d'autres structures non adhérentes ont aussi pu être contactées via la diffusion d'une lettre d'information de la FAS et par le partage de l'enquête par l'UNAFO, réseau professionnel du logement accompagné. Administré[149] entre le 20 octobre et le 20 novembre 2025 via un lien internet émis par l'IGAS (lien unique par structure supposant une réponse par établissement), il a fait l'objet d'une relance avant d'être clos définitivement le 1 décembre 2025. La remontée des données a été assurée par le service informatique de l'IGAS. Une fois consolidées, leur exploitation par la mission a porté sur des données agrégées et anonymisée à des fins d'évaluation publique[150].

2 Analyse de l'échantillon

2.1 Avertissement méthodologique

[5] L'échantillon constitué dans le cadre de l'enquête est marqué par **deux biais de représentativité importants**. D'une part, il procède d'un ciblage n'incluant qu'une part des structures susceptibles d'être en contact avec le public précaire vieillissant, la plupart étant adhérentes à la FAS[151]. D'autre

[149] Direction/chefferie de service, travailleur social référent admissions/orientations, ou fonction équivalente

[150] Certaines données qualitatives ont fait l'objet d'un traitement assisté par intelligence artificielle (notebook, Gemini, Chat GPT)

[151] De nombreuses associations actives dans le domaine de la précarité (notamment Secours populaire français, Croix-Rouge française, ATD Quart Monde, Habitat et Humanisme, Restos du Cœur, Banques alimentaires, Emmaüs Solidarité, Samu social) sont intégrées ou représentées dans des réseaux plus larges dont la FAS mais également l'UNIOPSS, ou le collectif ALERTE.

part, il ne couvre qu'une partie des structures interrogées dans le cadre de ce ciblage (cf. 2.2.1.). En tout état de cause, l'idée était, plutôt que de viser l'exhaustivité, de saisir des tendances. **Ainsi, si elle n'est pas *représentative* des structures/établissements et services en contact avec les personnes précaires vieillissantes, cette enquête fournit cependant des *éclairages qualitatifs* sur leur accueil dans un certain nombre d'entre elles**.

2.2 Taux de participation et caractéristiques des structures ayant répondu

2.2.1 Taux de participation

[6] Sur les 2800 structures adhérentes de la FAS, au moins 2200 étaient susceptibles de répondre (environ 1 000 pensions de famille et 1 262 résidences sociales généralistes), auxquelles il faut ajouter celles qui ont pu participer à l'enquête en lien avec le réseau UNAFO. Au total 426 réponses plus ou moins complètes ont été enregistrées. Après nettoyage de la base de données (élimination des doublons et des questionnaires inexploitables), il reste 361 questionnaires exploitables, correspondant chacun à une structure différente. S'il ne peut être estimé avec précision, le taux de participation, est, en tout état de cause, assez faible.

2.2.2 Répartition géographique des structures

[7] L'échantillon couvre 71 départements avec de fortes asymétries territoriales, plus de la moitié des structures ayant répondu étant regroupée sur 3 régions (IDF, Grand est, Auvergne Rhône Alpes) et 13 départements[152].

[8] Paris se distingue très nettement avec le plus grand nombre de structures répondantes ; la Moselle, ainsi que plusieurs départements du Grand Est (Bas-Rhin, Haut-Rhin) ; l'Indre-et-Loire constitue également un pôle important de réponses. D'autres départements présentent une participation notable, notamment le Rhône, la Gironde, les Bouches-du-Rhône, la Loire-Atlantique ou encore la Seine-Saint-Denis.

[9] À l'inverse, de nombreux départements affichent un faible nombre de réponses, parfois limité à une ou deux structures. Cette situation concerne principalement des départements ruraux ou faiblement peuplés, ce qui peut s'expliquer par une densité plus faible de structures concernées par l'enquête et/ou une moindre diffusion de l'enquête ou une mobilisation plus limitée localement. De même, la participation des territoires ultramarins apparaît très marginale, avec un nombre restreint de réponses pour La Réunion et aucun pour les autres DOM.

[10] Dans l'ensemble, et sous réserve des biais cités supra, cette répartition suggère que les résultats de l'enquête reflètent davantage la situation des territoires les plus urbanisés et les mieux dotés en structure.

2.2.3 Taille et activité des structures

[11] S'agissant du nombre de personnes accueillies au moins une fois dans l'année, les structures répondantes se répartissent comme suit dans le tableau 1 :

[152] Ain, Bouches-du-Rhône, Gironde, Indre-et-Loire, Isère, Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Rhône, Paris, Seine Saint-Denis.

Tableau 1 : Taille des structures ayant répondu à l'enquête

Nombre de personnes accueillies au moins une fois/an	Nombre de structures	
<25	78	22 %
25-50	82	23 %
50-100	88	24 %
100-200	41	11 %
> 200	72	20 %
	361	100 %

[12] Sur ces 361 structures répondantes, 327 déclarent avoir accompagné au moins une personne en grande précarité et présentant les caractéristiques d'un vieillissement, prématuré ou non, en 2024, soit 90 % de l'échantillon. Les 34 structures n'ayant pas accueilli de PPV en 2024 ont toutes des files actives inférieures à 25.

2.2.4 Type des structures

Tableau 2 : Type des structures ayant répondu à l'enquête

Type de structures	Nombre de structures	
Pension de famille/ Maison relais	88	24 %
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	69	17 %
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	45	12 %
Résidence sociale (dont foyer de travailleurs migrants)	27	7 %
Accueil de jour	28	8 %
Dispositif d'accompagnement	11	3 %
Lits halte soins santé (LHSS)	11	3 %
Ehpad	10	3 %
Équipe mobile[153]	9	2 %
Appartement de coordination thérapeutique (ACT)	9	2 %
Hébergement demandeurs d'asile	7	2 %
Service d'information, d'accueil et d'orientation (SIAO)	6	2 %
Lits d'accueil médicalisés (LAM)	6	2 %
Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	5	1 %
Logement social	5	1 %
Résidence accueil	5	1 %
Dispositif/centre de stabilisation	4	1 %
Maison intergénérationnelle	3	1 %
Maraude	4	1 %
Autre	3	1 %
Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	2	1 %

[153] Trois équipes mobiles santé précarité (EMSP), quatre équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), une équipe mobile santé mentale, une équipe mobile de coordination.

Dispositif nouveaux arrivants	2	1 %
Hébergement spécifique	2	1 %
Association de médiation animale	1	0 %
Centre de sante	1	0 %
Dispositif d'appui et de coordination (DAC)	1	0 %
Plateforme d'appui	1	0 %
Résidence autonomie	1	0 %
Hébergement diffus	1	0 %
Total	361	

[13] L'analyse des réponses révèle une large participation des structures d'hébergement social, les pensions de familles, CHRS et CHU totalisant plus de la moitié des structures répondantes (cf. tab 2). Si on y ajoute les résidences sociales, les structures d'accueil de jour et les dispositifs d'accompagnement, les établissements et services du secteur de l'hébergement et du logement adapté représentent près des trois quarts de l'échantillon.

[14] Le médicosocial et le sanitaire (EHPAD, ACT, CSAPA, DAC, PASS, équipes mobiles) représentent moins de 10 % de l'échantillon.

2.3 Caractéristiques des personnes précaires vieillissantes de l'échantillon

2.3.1 Répartition homme femme parmi les personnes précaires vieillissantes accueillis en 2024

[15] Cette question a pour partie mal été interprétée puisque seuls 40 % des questionnaires sont exploitables (132/329). Sur cet effectif réduit, on constate que les femmes représentent la moitié et plus des personnes accompagnées dans un quart des structures et qu'elles sont plus de 90 % des effectifs dans 8 % des structures (surtout des CHRS et des CHU ainsi que des pensions de famille et des Ehpad). L'âge moyen des femmes accueillies dans les structures où elles représentent au moins la moitié des effectifs est de 56 ans (versus 54 ans pour les hommes).

2.3.2 Age auquel les structures considèrent être en présence de « personnes vieillissantes »

[16] L'âge auquel les structures ayant répondu considèrent être en présence de « personnes vieillissantes » est en moyenne de 56 ans. Le tableau 3 montre que 11 % des structures considèrent être en présence de « personnes vieillissantes » entre 40 et 49 ans, 21 % entre 50 et 54 ans, 24 % entre 55 et 59 ans, 29 % entre 60 et 64 ans, et 16 % à 65 ans plus. Ce qui revient à dire que plus de la moitié des structures (56 %) considèrent que le seuil de la vieillesse pour les personnes précaires est en dessous des seuils administratifs classiques (60 ans ou 65 ans et plus).

Tableau 3 : Répartition des réponses des structures sur le seuil vieillissement par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nb de	
40 ans	10	3 %
41-44 ans	7	2 %
45 ans	19	6 %
46-49 ans	3	1 %
50 ans	64	19,5 %
51-54 ans	4	1 %
55 ans	66	20 %

56-59 ans	13	4 %
60 ans	89	27 %
61-64 ans	5	2 %
65 ans	32	10 %
66-69 ans	2	0,5 %
70 ans	12	3,5 %
71-74 ans	0	0 %
75 ans	2	0,5 %
	327	100 %

[17] Parmi les structures pour lesquelles le seuil du vieillissement est inférieur ou égal à 55 ans, on retrouve notamment, et logiquement de manière plus fréquente au vu de l'état de santé des personnes accueillies, des ACT (6 sur 8), des CSAPA, des LAM (6/6) et des LHSS (8/11).

[18] Un autre enseignement est la présence, dans plus d'un tiers de CHRS et la moitié des CHU ayant répondu à l'enquête, de personnes précaires de 60 ans et plus, proportions qui témoignent vraisemblablement de la difficulté d'accéder à des hébergements plus adaptés, mais aussi, de la présence plus fréquente de personnes de cet âge à la rue. Dans ces deux types de structure, l'âge moyen considéré comme le seuil du vieillissement est de 55 ans.

2.3.3 Commentaires libres autour de l'âge à partir duquel les personnes précaires sont considérées comme vieillissantes

[19] S'exprimant sur les raisons qui les conduisent à fixer un seuil de vieillissement inférieur aux âges institutionnels habituellement retenus (entre 60 et 65 ans), les répondants (n=171) confirment que la précarité accélère structurellement le vieillissement. Cela parait d'autant plus vrai que les parcours de rue sont longs et émaillés de ruptures successives (logement, soins, droits, travail), et qu'ils se déroulent dans un contexte d'isolement social et affectif et de difficulté ou d'impossibilité d'accès à l'emploi, à la retraite, voire aux droits sociaux, et parfois dans des contextes de parcours migratoires complexes.

[20] Cette dégradation de l'état de santé s'explique par des conditions de vie délétères, la vie à la rue exposant à des facteurs d'usure rapide tant sur le plan physique que psychique (intempéries, violences, stress chronique et insécurité permanente, insalubrité, alimentation inadaptée, …). Une personne de 50 ans peut ainsi présenter un état équivalent à 70-75 ans.

[21] Combinées à la rue, les addictions sont perçues comme un accélérateur majeur du vieillissement biologique et fonctionnel, qu'il s'agisse d'alcoolisation chronique ou de poly-consommations (alcool, stupéfiants, produits illicites). Les problématiques de santé psychique et psychiatrique, souvent associées à l'errance et aux addictions, contribuent également au vieillissement prématuré des personnes à la rue. Multiformes, elles agrègent troubles psychiatriques sévères et maladies psychiques de longue durée sur fond de traumatismes et de violences subies. La dépression, la perte d'envie, la souffrance psychique sont des symptômes souvent cités, en plus des effets secondaires parfois lourds et prolongés des traitements médicamenteux.

[22] Souvent multi-morbides, les tableaux cliniques présentés par les personnes vieillissantes à la rue sont aggravés par la rupture ou l'absence de soins, liée à un refus ou une impossibilité d'accès chronique aux soins, aux suivi médicaux erratiques. Le vieillissement visible qui en résulte (« âge apparent supérieur à l'âge réel »[154]) associe de manière variable signes physiques de perte d'autonomie[155]

[154] Certains auteurs parlent aussi de discordance entre l'âge biographique et l'âge chronologique (Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6), Sophie Rouay-Lambert).

[155] La perte d'autonomie est le critère le plus transversal et le plus cité, davantage que l'âge chronologique.

(mobilité réduite, difficultés dans les gestes de la vie quotidienne), de douleurs, de maladies chroniques, de chutes et troubles cognitifs/neurologiques (troubles mnésiques, désorientation, déclin cognitif, atteintes neurologiques liées aux consommations[156] ou pathologies).

[23] Les premiers signes de vieillissement chez les personnes précaires apparaissent souvent entre 50 et 55 ans (même si cela peut se produire dès la quarantaine chez certaines), 55 ans semblant le seuil le plus fréquemment retenu par les acteurs pour parler de vieillissement prématuré, soit assez en amont des critères d'âge administratifs.

[24] Au regard de ces faits, **un consensus se dégage au sein des professionnels des structures ayant participé à l'enquête : chez les publics très précaires, l'âge seul n'est pas pertinent pour servir de critère à l'orientation des personnes dont nombre sont prématurément vieillies**[157] et relèvent d'aide humaine et de soins. Pour juger de la réalité du vieillissement au-delà de l'âge chronologique, il faut prendre en compte le parcours de vie, l'état de santé global (physique et psychique), le degré d'autonomie et les capacités fonctionnelles réelles.

[25] Les caractéristiques et les besoins de ces publics mettent en exergue l'inadéquation des dispositifs d'hébergement sociaux existants : trop jeunes pour l'EHPAD, trop vieux ou trop abîmés pour les dispositifs de droit commun (tels ceux liés au handicap ou au logement accompagné) dans un contexte de manque de structures adaptées aux personnes vieillissantes prématurément. L'intrication de vulnérabilités d'ordre somatique, psychique, social, administratif complique de surcroit l'orientation et l'accompagnement de ce public à besoins multiples[158].

[26] Selon les professionnels consultés pour lesquels la « personne vieillissante » est définie comme en amont du grand âge, ce constat appelle à passer d'une logique d'âge administratif à une logique de besoins afin d'adapter les politiques et dispositifs à ces personnes « ni âgées, ni jeunes, mais usées ».

2.3.4 Situation des personnes en situation de vieillissement prématuré au regard du droit au séjour

[27] S'agissant de la situation des personnes en situation de vieillissement prématuré au regard du droit au séjour, 14 % des structures ayant répondu (n=322) considèrent les situations d'absence de titre ou de titre en cours de renouvellement majoritaires dans leur file active (cf. tab 4).

Tableau 4 : Situation des personnes en situation de vieillissement prématuré au regard du droit au séjour

[156] Effets neurologiques (Syndrome de Korsakoff, troubles cognitifs, moteurs).

[157] Si d'autres personnes, plus âgées, peut sembler plus autonomes, elles paraissent minoritaires, seuls 15 % des structures de l'échantillon fixant l'âge de vieillissement des publics précaire à 65 ans et plus.

[158] Les cloisonnements induisent des reports de charge et des ruptures de parcours, source de surcoûts et de dégradation de la prise en charge.

Situation des personnes accueillis par les structures au regard du séjour	Nb de structures	
Majoritairement avec titre de séjour	**160**	**50 %**
Majoritairement sans titre ou avec titre en cours de renouvellement	**46**	**14 %**
Pas de situation majoritaire nette	55	17 %
Ne se prononce pas	**61**	**19 %**
Total	322	100 %

2.3.5 Ressources et revenus disponibles

[28] S'agissant des ressources dont bénéficient les personnes précaires vieillissantes qu'elles accompagnent (plusieurs réponses possibles) :

- 28 % des structures citent l'ASPA, seule (6 %) ou en association (22 %) avec d'autres types de ressources (autre minima sociaux et/ou revenu d'activité ou pension de retraite contributive),
- 28 %, des revenus d'activité ou pensions de retraite contributive (5 %), seule ou en association (23 %) avec d'autres types de ressources (ASPA et/ou autre minima sociaux),
- 71 %, d'autres types de minima sociaux, seuls (35 %) ou en association (34 %) avec d'autres types de ressources (ASPA et/ou revenu d'activité ou pension de retraite contributive),
- 17 % déclarent que les personnes précaires accompagnées sont sans ressources.

2.4 Volumétrie et orientations

2.4.1 Nombre de personnes précaires vieillissantes accompagnées en 2024

[29] L'enquête recense un total 9067 personnes précaires vieillissantes, réparties sur 262 différentes structures ou dispositifs.

[30] Un tiers d'entre elles (n=2935) se concentre sur des structures proposant de l'hébergement, avec un nombre moyen de personnes précaires vieillissantes (PPV) accueillies en 2024 de 13 par structure (cf. tab 5). 90 % de ces personnes sont hébergées par cinq types de structures, essentiellement des CHU (28 %), des pensions de famille/maison relais (25 %) et CHRS (21 %), et plus marginalement, par des résidences sociales (8 %) et des LHSS (7 %).

Tableau 5 : PPV accompagnées par structure d'hébergement en 2024

Type de structure	Nb de structures	Nb de PPV	Nb moyen de PPV /structure
Appartement coordination thérapeutique (ACT)	7	37	5
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	44	604	14
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	38	848	22
Centre de soins et d'accompagnement et prévention en addictologie	3	57	19
Dispositif de stabilisation	4	60	15
EHPAD	7	46	7
Hébergement Demandeur Asile	5	39	8
Hébergement spécifique	2	28	14
Lits d'accueil médicalisés (LAM)	3	35	12
Lits hébergement soin santé (LHSS)	10	220	22
Maison intergénérationnelle	2	18	9
Pension de famille/Maison relais	81	725	9
Résidence accueil	4	8	2
Résidence sociale	18	229	2
	228	2935	13

[31] Les deux autres tiers (n=6132) se répartissent au sein d'une variété d'autres dispositifs ne faisant pas d'hébergement, mais proposant de l'accueil, de l'orientation, de l'accompagnement ou du soin[159] (cf. tab 6), essentiellement en accueil de jour (60 %) et dans les files des SIAO (30 %).

[159] Inclut un centre de santé qui n'entre dans aucune de ces catégories (soin et suivi sanitaire).

Tableau 6 : Personnes précaires vieillissantes (PPV) accompagnées par d'autres structures/dispositifs en 2024

Type de structure	Nb de structures	Nb de PPV	Nb moyen de PPV /structure
Accueil de jour (ADJ)	23	3633	158[160]
Centre de santé	1	90	90
Dispositif d'appui coordonné (DAC)	1	10	10
Dispositif d'accompagnement	9	829	92
Équipes mobiles	8	156	20
Logement social	4	315	79
Maraude	4	119	30
PASS	2	69	35
Plateforme d'appui	1	10	10
SIAO	3	810	270
	34	6132	185

[32] Entre 75 et 100 % des personnes précaires vieillissantes sont hébergées, logées ou accueillies depuis plus d'un an dans 55 % des structures ayant répondu à la question (148/270). Les structures accueillant de 75 à 100 % de personnes précaires vieillissantes pendant plus d'un an sont surtout des pensions de familles/maison relais (53 %), et de manière plus inattendue, des CHRS (18 %) et des CHU (15 %).

[33] Ce dernier constat interroge d'autant qu'il concernerait 33 % des CHRS et 38 % des CHU de l'enquête, structures sensées faire de l'accueil temporaire (« chronicisation » de certains profils). Dans les CHRS de l'enquête, un tiers de ces personnes précaires vieillissantes ont plus de 60 ans. Dans les CHU de l'enquête, la moitié de ces personnes précaires vieillissantes ont plus de 60 ans.

2.4.2 Orientation des personnes précaires vieillissantes accompagnées en 2024

[34] Les structures confrontées aux besoins des personnes précaires vieillissantes ont pour rôle de travailler à leur orientation vers des structures de prise en charge plus adaptées.

[160] Un accueil de jour a confirmé recevoir plus de 1000 personnes différentes correspondant au profil cible (beaucoup de personnes précaires entre 40 et 50 ans présentant des signes de vieillissement prématuré).

Tableau 7 : Nature des orientations proposées aux personnes précaires vieillissantes accompagnées en 2024

Nature de l'orientation	Nb	%
Ehpad	485	19 %
Pension de famille/Maison relais	434	16 %
Autre type de logement accompagné	394	15 %
Résidence autonomie	281	10 %
Établissement public de santé mentale (EPSM)	98	4 %
Unité de soin de longue durée (USLD)	76	3 %
Autre orientation	855	33 %
	2590	100 %

[35] Sur les 2590 orientations déclarées par les répondants, 60 % concernaient les Ehpad (19 %), les pensions de famille/maison relais (16 %), les autres types de logement accompagnés (15 %) et les résidences autonomie (10 %), les EPSM et les USLD représentant 6 % des orientations (cf. tab 7).

- Les plus gros pourvoyeurs d'orientations vers l'Ehpad étaient les pensions de familles/maisons relais, les CHRS et les LHSS.

2.4.3 Préférences exprimées par les personnes précaires vieillissantes

[36] Interrogées sur les préférences d'orientation des PPV accompagnées en 2024 (réponses multiples),

- Plus de la moitié des structures ayant répondu (55 %, 109/200) ont déclaré que la plupart des personnes (de 75 à 100 %) désiraient rester dans la structure les hébergeant actuellement
- La majorité des structures ayant répondu (89 %, 106/129) ont déclaré qu'une minorité des personnes (de 0 à 25 %) voulaient rejoindre une pension de famille
- La majorité des structures ayant répondu (88 %, 136/154) ont déclaré qu'une minorité des personnes (de 0 à 25 %) voulaient rejoindre un Ehpad
- La majorité des structures ayant répondu (77 %, 99/129) ont déclaré qu'une minorité des personnes (de 0 à 25 %) voulaient rejoindre une autre solution d'habitat accompagné

[37] La majorité des structures ayant répondu (70 %, 85/122) ont déclaré que seule une minorité des personnes précaires vieillissantes (de 0 à 25 %) n'exprimaient aucune préférence. Quand d'autres préférences d'orientation que celles proposées sont évoquées (n=52), 70 % de structures déclarent qu'elles concernent le logement autonome (incluant logement social), 6 % les résidences autonomie et 6 % une structure médicalisée, le reste se partageant entre colocation, foyer de vie, famille d'accueil et retour au pays.

2.4.4 Freins au projet d'orientation en Ehpad

[38] Des freins au projet d'orientation en Ehpad sont rencontrés par les deux tiers de structures ayant répondu à la question (168/264).

[39] Les représentations que les personnes précaires vieillissantes ont de l'Ehpad constituent un frein majeur. Pour nombre d'entre eux, l'Ehpad est d'abord un lieu d'enfermement, synonyme de perte de liberté et de cadre contraignant (vie collective imposée, limitation d'aller et venir, interdiction ou contrôle des consommations), entérinant une rupture avec un mode de vie autonome, parfois

construit de haute lutte (« pour des personnes ayant connu la rue, la liberté est une valeur centrale »). L'Ehpad est vu comme un modèle normatif[161], inadapté aux parcours chaotiques, peu inclusif pour les grands exclus, structurellement inadapté.

[40] L'Ehpad est également associé à la fin de vie, appréhendé au pire comme un « mouroir », au mieux, comme une « voie de garage », un « lieu où on se débarrasse des gens », avec, en fond, une peur de la maltraitance, de l'abandon et de la mort.

[41] Les représentations que les personnes précaires vieillissantes ont d'elles-mêmes jouent également un rôle important, entre déni fréquent du vieillissement (« je ne suis pas vieux », « je suis trop jeune pour l'Ehpad ») et de la perte d'autonomie (« je me débrouille », « je ne suis pas dépendant »), l'entrée en Ehpad impliquant de se reconnaître vieilli et dépendant, ce qui est très difficile pour beaucoup.

[42] Outre l'inadéquation culturelle[162] et sociale du lieu qui n'est pas pensé pour eux, d'habitudes de vie (liberté d'aller et de venir, rythmes quotidiens, consommations et éventuelle dépendance, …) et difficulté à vivre en collectif, de surcroît avec un public jugé « trop âgé », les personnes précaires vieillissantes, qui éprouvent un fort attachement à leur lieu de vie habituel[163] (quartier, sécurité du logement connu, socialités, liens avec l'équipe représentant pour certains un substitut de famille) craignent d'y perdre leurs repères.

[43] Au cas où les personnes précaires vieillissantes pourraient être néanmoins intéressées par une orientation en Ehpad, des facteurs plus exogènes peuvent les en dissuader, tels que le manque de places, la saturation des EHPAD à l'aide sociale, le critère d'âge, la lourdeur des démarches administratives et ce qu'elles peuvent imposer d'impossible ou d'inacceptable (dossiers à constituer, production de documents, obligés alimentaires, mesures de protection, …).

[44] Au surplus, l'Ehpad représente une perte de ressources sèche pour les personnes précaires vieillissantes, le reste à vivre insuffisant (notamment pour financer les addictions) étant ressenti comme une perte d'autonomie financière, une injustice par rapport à l'habitat actuel. En outre, certaines personnes ayant encore de la famille refusent d'être une charge pour elle.

[45] Enfin, le profil des personnes est cité comme pouvant constituer un obstacle à l'orientation vers l'Ehpad, notamment les troubles psychiatriques (incapacité à consentir, non conscience des troubles) et les addictions (refus du cadre de soins), qui sont parfois un frein radical à l'admission.

2.5 Accès à l'Ehpad des personnes précaires vieillissantes

2.5.1 Admissions effectives et refus explicites après demande d'admission en Ehpad

[46] 58 % des structures ayant répondu à la question (87/150) déclarent au moins une admission effective en Ehpad en 2024 (2 en moyenne parmi celles-ci).

[47] 47 % des structures ayant répondu à la question (46/98) déclarent au moins un refus explicite avec, en moyenne, 3 refus par structure. 43 % des structures déclarent par ailleurs de pas avoir reçu de réponse de l'Ehpad ou avoir reçu un refus implicite au moins une fois (la moyenne étant de 3 absences de réponse/ou refus implicite)

[161] Sont cités le règlement strict (horaires, repas, sortie), l'interdiction ou le contrôle des consommations (alcool, drogues, tabac), l'imposition de la vie en collectivité, la limitation de la liberté d'aller et venir, l'interdiction des animaux, le partage de la chambre pour les personnes à l'aide sociale…

[162] Public étranger pouvant ne pas être en adéquation culturelle avec l'EHPAD qui n'existe pas dans leur pays d'origine.

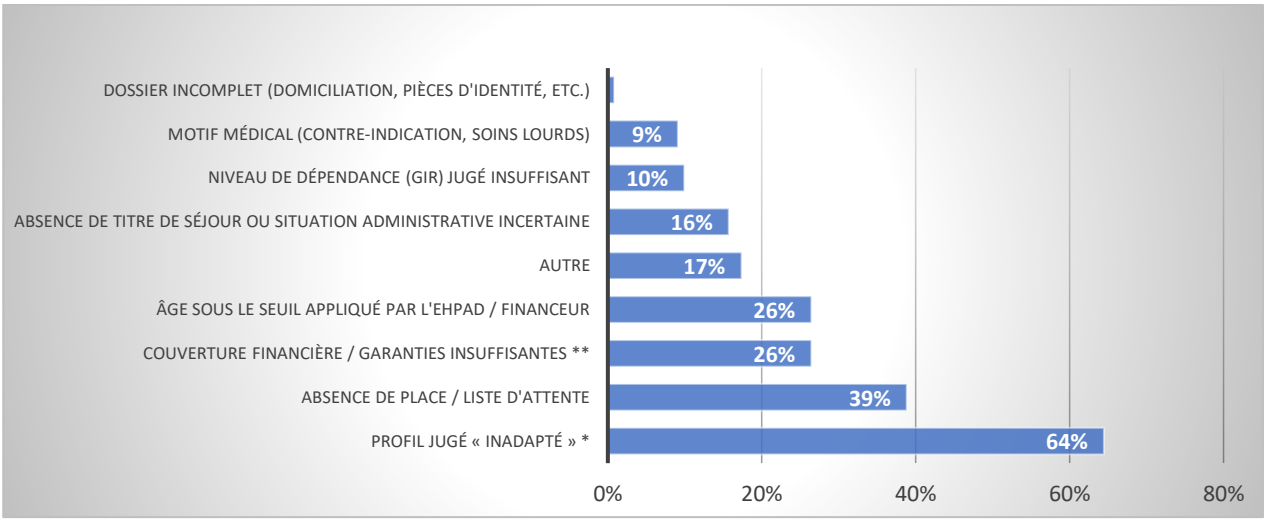
[163] « Sécurité du logement connu, souhait de rester chez soi (PF/MR), souhait de mourir « chez soi ».

2.5.2 Motifs de refus des Ehpad (plusieurs réponses possibles)

[48] S'agissant des refus d'admission à l'Ehpad (cf. graph 2), les structures répondantes (n=253) mettent surtout en avant le profil jugé inadapté des demandeurs (troubles psychiatriques, troubles du comportement, addictions, habitudes de la vie à la rue) ainsi que leur insolvabilité (26 %) et leur âge sous le seuil appliqué par l'Ehpad (26 %).

[49] L'absence de place paraît être aussi une des raisons les plus fréquentes de refus (39 %).

Graphique 1 : Motifs principaux de refus à l'admission des personnes précaires vieillissantes en Ehpad



** troubles du comportement, troubles psychiatriques sévères, addictions/profil de personne vivant à la rue*
*** ASH/ASPA non acquise ou pas possible, reste à charge*

[50] L'absence de titre de séjour ou la situation administrative incertaine est évoquée par 16 % des structures, au même niveau de fréquence que d'autres motifs de refus (cf. tab 9), parmi lesquels le refus explicite du demandeur (dont les motivations ont été évoquées supra au § 2.4.4).

Tableau 8 : Autres motifs de refus à l'admission des personnes précaires vieillissantes en Ehpad

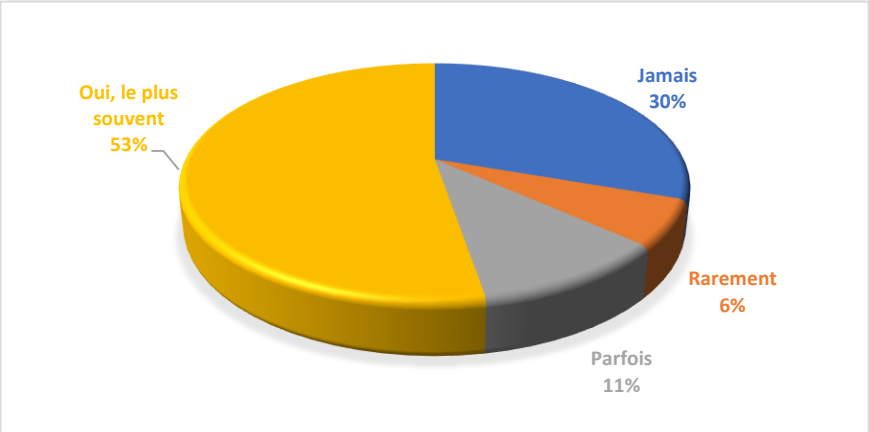
Autres motifs de refus	Nb de structure répondantes	%
Refus du candidat	6	43 %
Personne sans mesure de protection	1	7 %
Structure répondante pas concernée	4	29 %
Pas de place de couple	1	7 %
Oxygénothérapie	1	7 %
Anticipation du refus par structure	1	7 %

2.5.3 Accès à l'ASH dans le cadre d'une demande d'admission en Ehpad

- **Sollicitation de** l'Aide sociale à l'hébergement **(ASH) dans le cadre d'une demande d'admission en l'Ehpad**

[51] Selon les structures se prononçant (n=112), l'Aide sociale à l'hébergement est souvent sollicitée pour les personnes précaires vieillissantes qu'elles accompagnent (près des deux tiers des cas) dans le cadre d'une demande d'admission en l'Ehpad.

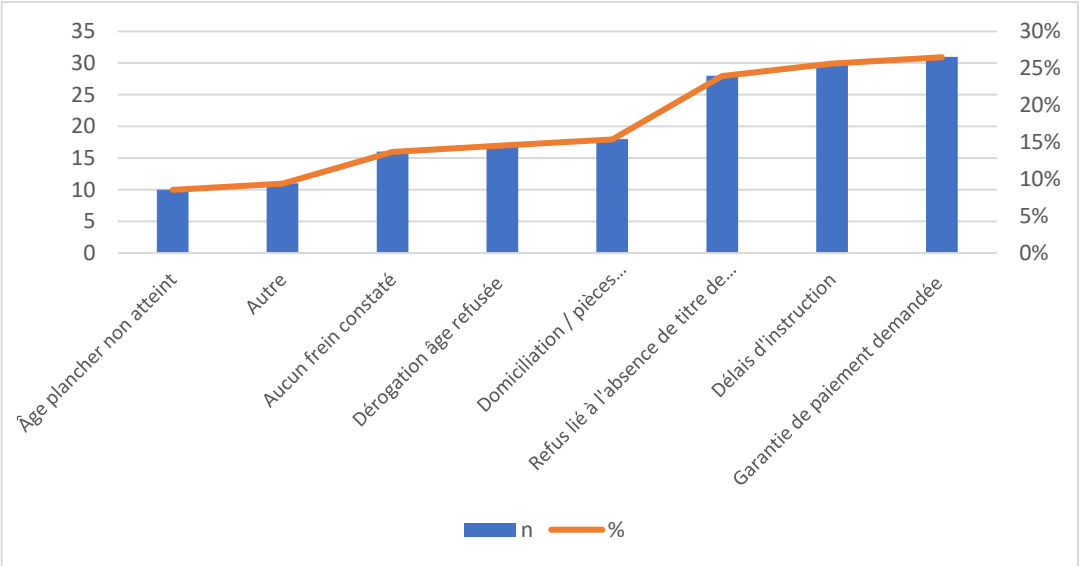
Graphique 2 : Sollicitation de l'ASH dans le cadre d'une admission des personnes précaires vieillissantes en Ehpad



- **Difficultés rencontrées pour l'accès à l'ASH (plusieurs réponses possibles)**

[52] Selon les structures s'étant prononcées sur cette question (n=117), les difficultés rencontrées à l'accès à l'ASH sont principalement en lien avec la demande d'une garantie de paiement demandée (25 %), les délais d'instruction ou l'absence d'un titre de séjour (24 %), suivis par des obstacles administratifs en rapport avec l'âge du demandeur (âge plancher non atteint, refus de dérogation d'âge), ainsi que l'absence de domiciliation et/ou de certaines pièces à fournir (cf. graph 4).

Graphique 3 : Freins à l'accès à l'ASH des personnes précaires vieillissantes dans le cadre d'une admission en Ehpad

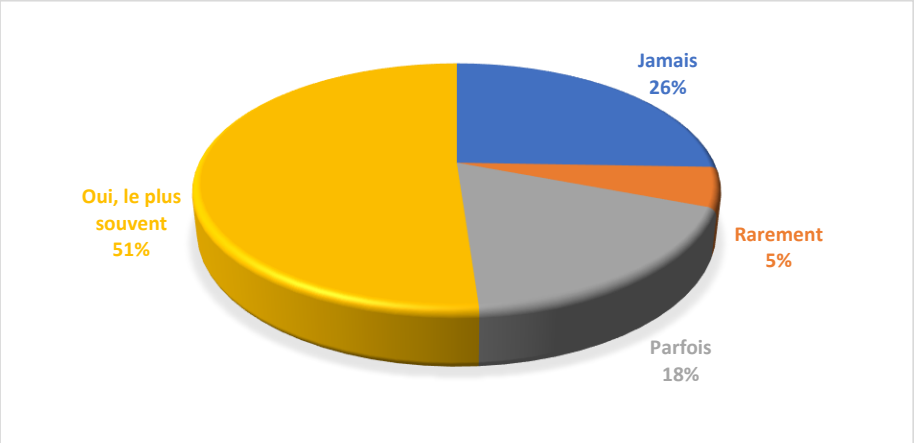


2.5.4 Accès à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dans le cadre d'une demande d'admission en Ehpad

- **Sollicitation de l'ASPA dans le cadre d'une demande d'admission en l'Ehpad**

[53] D'après les structures se prononçant sur cette question (n=133), l'Allocation de solidarité aux personnes âgées est souvent sollicitée pour les personnes précaires vieillissantes qu'elles accompagnent (69 %) dans le cadre d'une demande d'admission en l'Ehpad.

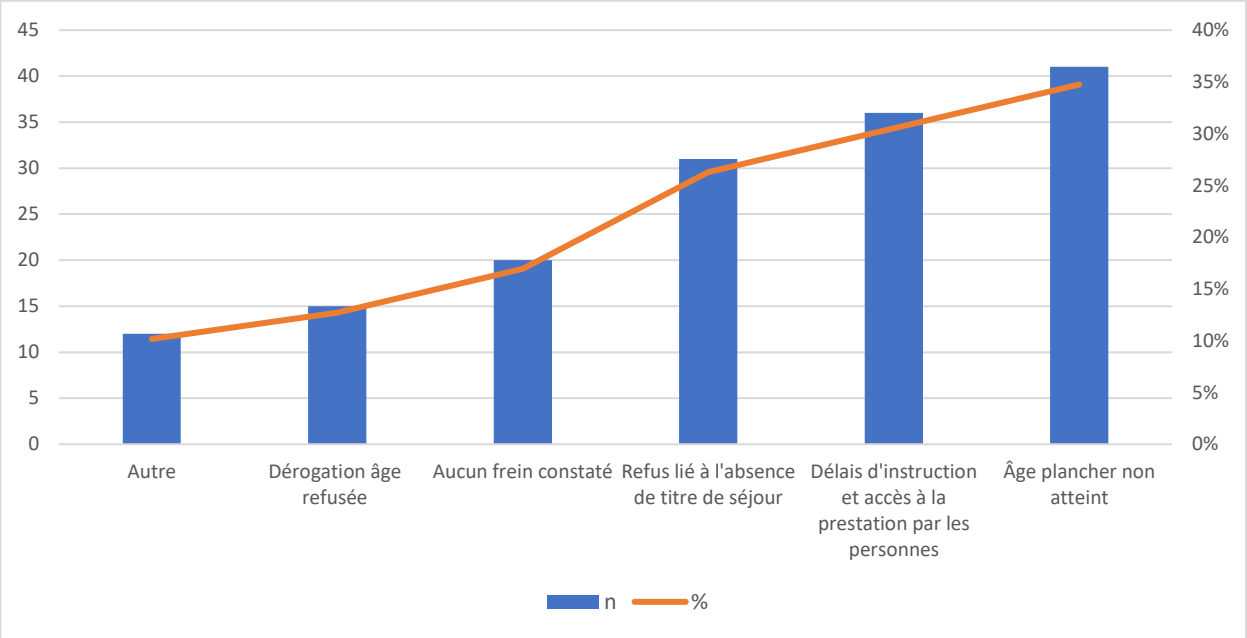
Graphique 4 : Sollicitation de l'ASPA dans le cadre d'une admission des personnes précaires vieillissantes en Ehpad



- **Difficultés rencontrées à l'accès à l'ASPA (plusieurs réponses possibles)**

[54] Pour les structures ayant répondu (n=189), les difficultés rencontrées à l'accès à l'ASPA sont surtout liées à la non-atteinte de l'âge plancher (35 %), aux délais d'instruction (31 %) ou l'absence d'un titre de séjour (26 %), le refus de dérogation d'âge représentant 15 % des réponses (cf. graph 6).

Graphique 5 : Freins à l'accès à l'ASPA des personnes précaires vieillissantes dans le cadre d'admission en Ehpad



- **Motifs courants de refus**

[55] D'après la cinquantaine de structures ayant répondu, les freins juridiques et réglementaires sont les principaux motifs de refus, au premier rang desquels la non-atteinte des critères d'éligibilité usuels (âge minimum, ressources insuffisantes, niveau jugé insuffisant de dépendance et d'incapacité) et l'absence de titre de séjour[164].

[56] Sans parler stricto sensu de refus, d'autres réponses éclairent l'échec de la demande ; citées à plusieurs reprises, la complexité et la lourdeur des démarches (multiplicité des pièces demandées, délais de traitement très longs, ...) peuvent entraîner découragement et suspension de la demande.

[57] L'impossibilité de l'orientation en Ehpad joue par ailleurs un rôle indirect mais déterminant dans l'échec de la demande : sans orientation effective, la demande ASPA n'est souvent pas déposée. Outre l'offre de places en Ehpad très limitées ou la non-habilitation de certaines places d'Ehpad à l'ASH, les structures signalent des effets de sélection globalement défavorables aux publics CHRS/CHS[165] dont le profil est source de complexité annoncée (addiction, notamment, comportements jugés inadaptés, absence de garantie de paiement[166], mandataires sans visibilité pour l'établissement) dans un contexte cumulant absence de formation et insuffisance en moyens pour y répondre. A quoi il faut bien évidemment ajouter le refus ou non-adhésion des personnes d'aller en Ehpad.

2.5.5 Accès à d'autres prestations

[58] Les autres prestations les plus demandées sont, sur la base des réponses exploitables (n=30), en priorité l'allocation perte d'autonomie -APA- (43 %) et la prestation de compensation du handicap -PCH- (33 %), suivis de demandes d'aide financière à domicile sans plus de précision (13 %) et de complémentaires santé solidaire -CSS- (13 %), ainsi que quelques demandes d'allocation personnelle au logement -APL-, d'allocations adulte handicapé-AAH, et d'aide médicale d'Etat-AME-.

2.6 Entourage et appuis des personnes concernées

2.6.1 Présence d'un entourage proche

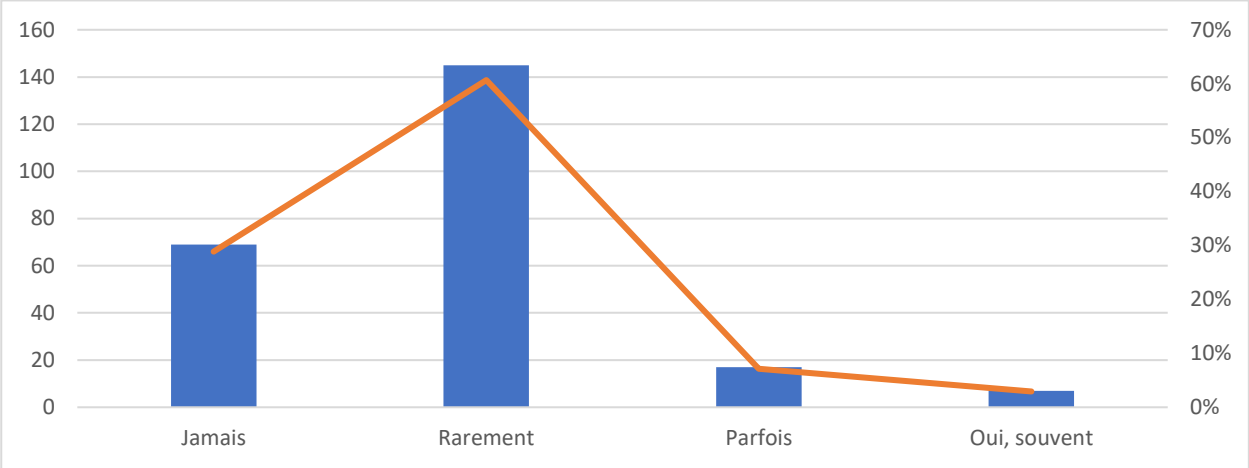
[59] De l'avis des structures ayant répondu (n=239), la grande majorité des personnes précaires vieillissantes ne peuvent compter sur la présence d'un entourage mobilisable pour les aider, la possibilité de pouvoir joindre des proches pour aider étant présentée comme un événement rare (souvent 3 %, parfois 7 %).

[164] Absence totale de titre de séjour ou non-respect de la condition de 10 ans de résidence régulière et ininterrompue.

[165] Le CHS est un centre de stabilisation destinés aux personnes sans domicile fixe. Dans la continuité des CHU (Centres d'Hébergement d'Urgence), ils sont ouverts 24h/24, et proposent un hébergement couplé à un accompagnement social, afin de permettre aux personnes très éloignées de l'insertion de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation.

[166] Obligés alimentaires inexistants, non localisables ou refusant de contribuer, passage à la retraite entraînant la perte de l'ASPA même avec retraite très faible.

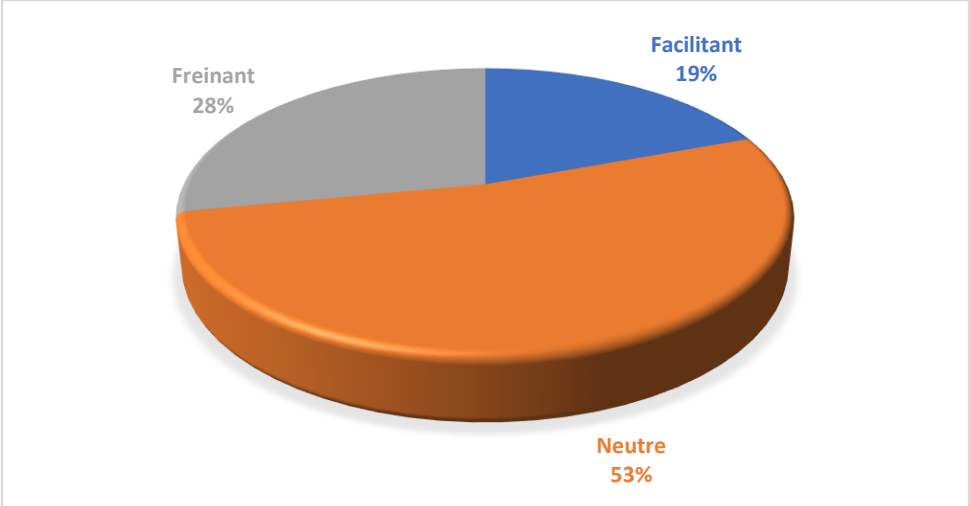
Graphique 6 : Existence d'un entourage potentiellement mobilisable pour les PPV faisant demande d'Ehpad



2.6.2 Rôle de l'entourage quand il existe dans l'accès à l'Ehpad

[60] Selon les structures ayant répondu (n=57), le rôle de l'entourage (cf. graph 8) est plus souvent perçu comme freinant (28 %) que comme facilitant (19 %).

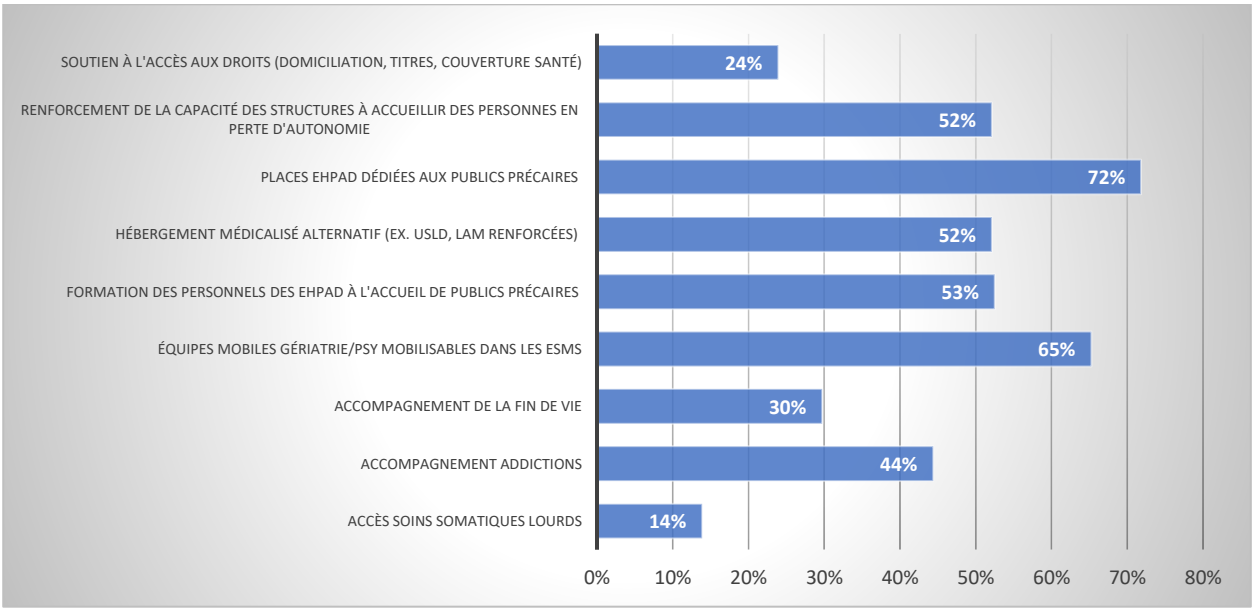
Graphique 7 : Rôle de l'entourage dans l'accès à l'Ehpad



2.7 Besoins prioritaires pour les personnes précaires vieillissantes

[61] Invitées à exprimer leur perception des besoins les plus importants pour mieux accompagner ces publics (cf. graph 9), les structures (n=259, réponses multiples) ont majoritairement évoqué la nécessité d'ouvrir des places d'Ehpad dédiées (72 %), la nécessité de former les équipes des Ehpad à leur accueil (53 %) et de renforcer la capacité des structures à accueillir des personnes en pertes d'autonomie (52 %), la possibilité de faire intervenir les équipes mobiles au sein des ESMS (65 %), et l'importance de disposer d'hébergement médicalisés alternatifs (52 %)

Graphique 8 : Besoins prioritaires pour les PPV d'après les structures qui les accompagnent



[62] Viennent ensuite l'accompagnement à la prise en charge des addictions (44 %) et à la fin de vie (30 %), ainsi que, dans une moindre mesure, l'accès aux soins somatiques lourds (17 %).

[63] Par ailleurs, le soutien à l'accès aux droits (domiciliation, titre, couverture santé) est perçu comme prioritaire par un quart des répondants.

2.8 Bonnes pratiques mises en œuvre pour accompagner les personnes précaires vieillissantes

[64] Concernant les dispositifs et les bonnes pratiques qu'ils avaient pu mettre en place pour accompagner ce public dans leur territoire, les répondants (n=167, 46 % de l'échantillon) ont cité trois axes d'intervention spécifiques en pointant les limites structurelles de l'écosystème en termes d'adaptation à ses particularités.

2.8.1 Axes d'interventions spécifiques

[65] De manière générale, les structures décrivent un accompagnement en constante adaptation face à un vieillissement précoce et à des situations de grande complexité médico-sociale, porteuses de forts enjeux éthiques et sanitaires, souvent non anticipés. Cet accompagnement suppose une bonne veille active, des partenariats (notamment via le SIAO et les missions interface) avec des structures (hôpital, Ehpad) et services d'aides à la personne et de soins ambulatoires), des coordinations (DAC), des formations (précarité, fin de vie) et du soutien juridique (ouverture des droits, mesures de protections, démarches administratives pour accès aux structures…).

[66] Le premier axe d'intervention adapté aux particularités de ce public consiste à proposer un accompagnement individualisé et de proximité (souvent en mode "bricolage institutionnel"), avec un suivi social au cas par cas, assuré parfois par un interlocuteur unique (référent). L'enjeu est de maintenir un minimum de lien social et d'éviter la rupture totale (présence régulière à domicile, professionnel référent dans les structures) tout en assurant un soutien dans les actes de la vie quotidienne (adaptation des logements/hébergements, portage des repas, accompagnement socioéducatif aux soins). Dans cette perspective, les professionnels des structures jouent un rôle central, « palliant l'absence de cadre adapté par une sur-mobilisation, non soutenable à long terme ».

[67] Le second axe d'intervention consiste à mobiliser les équipes de soins ambulatoires en sollicitant des aides humaines et financières et en orientant les personnes en fonction de leur besoins spécifiques vers les services médicaux et paramédicaux (SSIAD, HAS, SAAD, ESSIP, CMP, équipes géronto-psy, ...), l'objectif étant, malgré les refus ou les abandons, de les inscrire à terme dans des parcours classiques de soins.

[68] Complétant l'axe ci-dessus, un troisième type d'action est dédié à la gestion des refus de soins, eu égard à la fréquence et la gravité potentielle des ruptures de soins et des situations d'isolement extrême, consistant en l'accompagnement des personnes dont l'état de santé se dégrade progressivement mais qui rejettent les interventions et qui ne peuvent être contraintes d'aucune façon à les accepter. Des hospitalisations sont obtenues tardivement, parfois sous contrainte, avec l'appui de la tutelle. En tout état de cause, ces situations complexes exposent les professionnels à un sentiment d'impuissance.

2.8.2 Limites structurelles de l'écosystème aux particularités des personnes précaires vieillissantes

[69] Globalement, les dispositifs existants dans le domaine de l'hébergement sont utilisés « par défaut », souvent mal adaptés, avec un fort investissement humain pour compenser les carences structurelles. Cette inadaptation concerne tant les critères d'âge pour l'accès aux dispositifs « personnes âgées » que l'inadéquation des structures pour accompagner les troubles psychiques et la grande précarité.

[70] Un des écueils les plus objectifs est la non prise en compte administrative du vieillissement précoce et le manque de moyens mobilisables pour organiser des accompagnements rendus difficiles notamment du fait de la présence de troubles psychiques et/ou cognitifs.

2.9 Propositions pour mieux accueillir ces personnes précaires vieillissantes

2.9.1 Nécessité d'un changement structurel et anticipatif.

[71] Face à l'inadaptation des accompagnements, plusieurs évidences s'imposent aux professionnels. Un enjeu est de pouvoir repérer et intervenir plus précocement auprès des personnes. A cet égard, il faudrait identifier les situations problématiques ou susceptibles de le devenir en amont du vieillissement en veillant à anticiper des ruptures de droits (retraite, santé, logement) tout en renforçant l'articulation entre dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaire (HAD, psychiatrie) ainsi que le croisement des compétences médicales et socioéducatives.

[72] Le logement est vu comme un levier central de stabilisation, ce qui suppose de disposer d'une variété suffisante de solutions couvrant le spectre des besoins : logements adaptés au vieillissement mais compatibles avec des parcours de précarité, habitats adaptés et intermédiaires (PMR, petites unités d'habitat, Ehpad spécifiques (ou un secteur d'un EHPAD) dédiés avec un fonctionnement plus souple au niveau des règles de vie collective (liberté de circulation, rythme, obligations, consommation d'alcool, présence d'animaux,..), avec du personnel formé et pluridisciplinaire (précarité, pathologie psychiatrique, fin de vie,...). En tout état de cause, les grandes structures trop normées conviennent rarement aux profils complexes des personnes précaires vieillissantes.

[73] Point de blocage administratif majeur, la reconnaissance du vieillissement précoce lié à la précarité implique de réinterroger des seuils d'âge rigides et vécus comme arbitraires. L'assouplissement des critères d'accès doit permettre l'accès des personnes précaires vieillissantes aux allocations (APA, ASH) et aux dispositifs personnes âgées avant 60 ou 65 ans dont elles sont aujourd'hui mécaniquement exclues.

2.9.2 Favoriser une logique de parcours plutôt que de dispositifs cloisonnés

[74] L'intrication de vulnérabilités d'ordre social, somatique, psychique et/ou cognitif souvent rencontrées chez les grands précaires désocialisés en fait des situations relevant de plusieurs secteurs d'intervention. Mais ces profils pourtant très à risque demeurent parfois au seuil de prise en charge du fait du fonctionnement en silo des acteurs.

[75] A cet égard, les professionnels interrogés plaident pour une continuité entre hébergement d'urgence, insertion et médico-social (fluidifier les parcours entre LAM, hôpitaux, gériatrie et EHPAD, se doter de moyens mobiles et/ou mutualisables pour le soin -EMPP, HAD, SSIAD, ESSIC-), notamment afin de limiter les ruptures d'accompagnement lors des réorientations, ce qui suppose à la fois des moyens adaptés et une coordination effective des acteurs de l'accompagnement de ces publics, incluant ceux ayant des droits incomplets.

[76] De manière plus générale, les propositions recueillies auprès des professionnels traduisent un besoin de politiques publiques transversales, mieux ajustées aux réalités observées sur le terrain.

3 Situations caractéristiques rencontrées dans les structures

3.1.1 Extrême vulnérabilité cumulée.

[77] Ce public se caractérise par un cumul de vulnérabilités associant pathologies chroniques lourdes (diabète, troubles psychiques, handicaps, addictions) et perte d'autonomie sur fond de vieillissement souvent précoce et de fort isolement social, dans un contexte, quand il existe un logement autonome, d'habitats dégradés ou insalubres.

[78] Il agrège différents types de situations, allant de la personne précaire polypathologique (mêlant plus ou moins problèmes somatiques, troubles neuro-psychiques et addictions) sans abri depuis de nombreuses années, au profil de personnes plus ou moins âgées ayant basculé plus récemment dans le sans-abrisme après avoir été relativement insérées sur le plan social (perte du logement à la suite à une rupture/d'un deuil/ d'un non renouvellement de titre de séjour dans un contexte d'isolement social et de précarité économique avec souvent une fragilité psychique).

[79] Il se singularise également par un non-recours fréquent aux droits[167], qui se traduit par une absence totale de ressources et une inexistence/rupture de droits sociaux. Chez certaines personnes, cette situation est grevée par des statuts administratifs bloquants (demande d'asile refusée, absence de titre de séjour).

[80] Dans les commentaires, il est également fait mention de sorties d'hospitalisation problématiques sans mise à l'abri de certaines personnes précaires vieillissantes, mettant en péril leur santé et leur rétablissement.

[81] La situation de ces personnes peut se dégrader, mais elle peut aussi se stabiliser, et donner lieu à un parcours de récupération et de résilience très positifs pour les personnes et les équipes.

3.1.2 Saturation et inadéquation des réponses

[82] L'insuffisance (refus d'orientation vers les structures pour personnes âgées) ou l'inadéquation (absence de structures spécialisées sur certains territoires) des réponses conduisent à un recours croissant à l'hébergement d'urgence, sans solution durable, avec un risque de saturation des dispositifs.

[167] On retrouve parfois une fracture numérique empêchant l'accès aux démarches (NDLR : mais dans nombre de cas, c'est le déni, l'indifférence aux problématiques, ou le refus de tout forme d'aide, qui explique ce non-recours).

[83] Entre pression croissante sur les dispositifs et inadaptation de l'offre, les professionnels décrivent une « situation d'impasse systémique », où ils compensent autant que possible, mais sans leviers suffisants.

Conclusion synthétique

- Le vieillissement en grande précarité est précoce, massif et mal reconnu. Il s'accompagne d'un cumul de vulnérabilités et de ruptures fréquentes de soins et de droits.
- Les dispositifs existants sont peu adaptés, mais en tension permanente. L'hébergement d'urgence devient une réponse par défaut au vieillissement.
- Les professionnels sont très impliqués, souvent au-delà de leur cadre d'intervention métier, pour compenser l'inadaptation des dispositifs.
- Les critères administratifs (âge, parcours) produisent de l'exclusion. Les réponses arrivent trop tard, souvent en situation de crise.
- Les professionnels expriment un besoin clair de repérage anticipé, d'habitat adapté et de décloisonnement.

4 Propositions d'action formulées par les répondants

[84] Plusieurs pistes d'action, de portée plus ou moins structurelle, émergent des réponses au questionnaire. Une partie porte sur l'amélioration de l'existant en vue de mieux repérer et accompagner les situations de fragilité liées à l'âge ou au vieillissement précoce chez les personnes précaires, tandis qu'une autre ambitionne des changements plus profonds.

4.1.1 Recommandations à court terme (améliorations formelles)

[85] Pour améliorer l'existant, il est ainsi proposé de partager des indicateurs simples de fragilité (âge ressenti, autonomie, isolement) pour formaliser le repérage précoce par les structures d'accueil et mieux tracer les situations de vieillissement précoce.

[86] La sécurisation des parcours devrait par ailleurs pouvoir s'appuyer sur un référent unique désigné pour les situations complexes afin de limiter les ruptures lors des changements de dispositifs en consolidant localement les liens entre social et sanitaire.

[87] Enfin, il serait souhaitable d'adapter les pratiques sans changer les règles en favorisant l'accès aux dispositifs existants par la pédagogie et l'accompagnement et se donnant plus de souplesse dans l'évaluation de l'autonomie pour mieux prendre en compte les signes de vieillissement en deçà du seuil d'âge de reconnaissance administrative.

4.1.2 Recommandations à moyen terme (réaménagements de fond)

[88] Parmi les changements plus structurants, il serait nécessaire de repenser les critères d'âge, en s'appuyant sur la reconnaissance institutionnelle du phénomène de vieillissement accéléré lié à la précarité. Outre d'adapter les seuils d'accès des personnes précaires vieillissantes aux dispositifs personnes âgées, l'enjeu est plus globalement de rapprocher les secteurs de la grande précarité et de la vieillesse.

[89] Les professionnels jugent par ailleurs utile de développer une offre d'habitat intermédiaire, combinant petites unités adaptées, logements stables, non médicalisés et alternative à l'hébergement d'urgence et à l'Ehpad.

[90] Plus généralement, ils estiment nécessaire de mettre en place une logique de parcours pour sortir de la logique de dispositifs juxtaposés, assurer une continuité des trajectoires et réduire de ce fait les ruptures institutionnelles.

5 Questionnaire envoyé aux structures

1. Caractéristiques des structures ayant répondu à l'enquête (association porteuse, type de structure)

2. Département d'implantation des structures répondantes

3. Quel est le nombre de personnes accueillies au moins une fois dans l'année par votre structure

4. Votre structure a-t-elle accompagné au moins une personne en grande précarité ET présentant les caractéristiques d'un vieillissement, prématuré ou non, en 2024 ?

5. Parmi les personnes que vous accompagnez, à partir de quel âge environ considérez-vous être en présence de « personnes vieillissantes » ?

6. Indiquez, si vous le pouvez, la répartition par genre des personnes en grande précarité ET présentant les caractéristiques d'un vieillissement prématuré ou non accompagnées en 2024 (estimation en %)

7. Parmi les personnes que vous accompagnez en situation de vieillissement prématuré, quelle est leur situation au regard du droit au séjour ?

8. Ressources / revenus (profil le plus fréquent)

9. Nombre total estimé de personnes en grande précarité vieillissantes accompagnées en 2024

10. Parmi elles, combien étaient hébergées, logées ou accueillies au sein de la structure depuis plus d'un an ?

11. Combien, parmi l'ensemble de ces personnes vieillissantes, ont fait l'objet d'une démarche d'orientation vers un EHPAD en 2024 ?

12. … et combien d'orientations vers :

13. Préférence exprimée par les personnes en grande précarité vieillissantes lors des échanges d'orientation

14. Avez-vous rencontré des personnes n'ayant pas adhéré au projet d'orientation en EHPAD ?

15. Sur les demandes EHPAD déposées, combien ont abouti ?

16. Motifs principaux de refus rencontrés

17. L'ASH a-t-elle sollicitée pour ces demandes ?

18. L'ASPA a-t-elle sollicitée pour ces demandes ?

19. D'autres prestations sociales ont-elles sollicitées ?

20. Parmi les freins éventuels à l'ASH, quelles difficultés avez-vous rencontré ?

21. Parmi les freins éventuels à l'ASPA, quelles difficultés avez-vous rencontré ?

Pouvez-vous apporter quelques précisions sur les motifs courants de refus ?

23. Les personnes concernées disposent-t-elles d'un entourage mobilisable (famille/amis/proches) ?

24. Lorsque l'entourage existe, son rôle a-t-il aidé l'accès à l'EHPAD ?

25. Quels vous semblent être les besoins prioritaires pour ce public dans votre territoire ?

26. Quels sont éventuellement les dispositifs et les « bonnes pratiques » que vous avez mises en œuvre pour accueillir et accompagner ce public ?

27. Éventuelles propositions pour mieux accueillir ces personnes en grande précarité vieillissante ?

Afin d'illustrer la problématique des personnes en grande précarité vieillissantes, décrire en quelques lignes une ou plusieurs situations caractéristiques rencontrées dans vos structures (les cas doivent être anonymisée)

ANNEXE 2 : Revue de littérature Igas portant sur les liens entre vieillissement et précarité

1 Contexte méthodologique

[1] Le vieillissement en situation de précarité est un sujet qui s'impose aux acteurs de terrain. Mais il souffre d'une invisibilité à la fois institutionnelle et sociale. « Les dispositifs n'utilisent ni outils de repérage systématique, ni indicateurs permettant de caractériser les fragilités liées à l'âge »[168]. Et la statistique publique couvre mal cette catégorie de personnes relevant d'une pluralité de champs et de dispositifs[169], reléguées au second plan par chaque secteur et considérée à certains égards comme « incasables »[170], faisant l'objet d'un ping-pong entre institutions[171], témoignant de l'absence d'une vraie politique structurée (*no man's land administratif*)[172].

[2] Si elle fait partie du quotidien des structures rencontrées par la mission, cette thématique est ainsi peu documentée[173]. Une revue de littérature faite par un laboratoire de santé publique à la demande de l'Igas a bien confirmé l'enjeu autour de liens entre vieillissement et pauvreté/précarité (plus de deux millions de personnes de 60 ans), en proposant une synthèse d'éléments bibliographiques éclairant les liens entre état de santé, isolement, pauvreté et précarité chez les personnes vieillissantes. Mais du fait des contraintes (thématique très large multicritère et pluridisciplinaire, délais court, période estivale) et de la méthode retenue (approche intégrative basée sur un algorithme/intelligence artificielle et portant sur des publications à comités de lecture[174] qui écarte la littérature grise et la navigation « boule de neige »), cette revue n'a pas eu les moyens de faire de focus poussé sur la grande précarité et ses facteurs de risque, faute notamment de pouvoir s'appuyer sur les dires des acteurs de terrain ou des experts du champ.

[3] Partant de cette première revue très générale, la mission Igas a identifié des publications issues des sciences humaines et des productions d'organismes publics ou associatifs ciblant plus particulièrement la problématique des grands précaires en situation de vieillissement. Elle a procédé de manière plus empirique en s'appuyant sur des échanges avec les acteurs de terrain (articles et

[168] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales 25/2025 (en ligne).
[169] Lettre de l'ONPES, Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, décembre 2015.
[170] Marina Vignault, Émilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, avril 2025 ; Aurélien Carotenuto-Garot, Le non-recours à l'hébergement-logement des personnes sans domicile de longue date et vieillissantes : un non-retour ? , Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[171] Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[172] Julien Damon, L'exclusion, PUF, 2018 ; Doubovetzky, Vieillissement et Précarité : Représentations du vieillissement des personnes en situation de précarité et tactiques mises en place dans le quotidien. L'exemple des résidents d'une pension de famille, 2016, Mémoire de Master 2 de sociologie, Université Grenoble Alpes, Grenoble.
[173] Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[174] Les articles publiés dans des revues à comité de lecture portant sur le vieillissement et la précarité ont été inclus alors que les documents relatifs à des expérimentations non évaluées et les études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont été exclus. La recherche documentaire a été conduite sur les moteurs de recherche ou les bases bibliographiques sur la période 2000-2025 à partir de mots-clés combinés par opérateurs booléens. La qualité méthodologique a été évaluée à l'aide du MMAT, avec double évaluation et consensus en cas de divergence.

documents institutionnels cités portant sur le vieillissement en situation de précarité, chaque source consultée étant susceptible de renvoyer vers d'autres sources de données potentielles).

[4] La synthèse de ce travail, présentée ci-après, agrège différents types de données pour l'essentiel issues des sciences sociales et de l'observation des acteurs, concourant à mieux cerner les profils des personnes précaires vieillissantes (volumétrie, caractéristiques et typologisation) et les spécificités de leur accompagnement.

2 Caractérisation du public des personnes précaires vieillissantes

2.1 Une réalité qui s'impose comme un enjeu de santé publique

[5] Malgré sa faible visibilité institutionnelle et scientifique (cf. supra), le vieillissement des personnes précaires est un phénomène identifié de longue date, et perçue alors comme susceptible de prendre de l'ampleur de manière mécanique dans les décennies à venir. L'alerte sur la précarité et le vieillissement est faite dès 1980, avec l'arrivée massive d'une classe d'âge dans le vieillissement, incluant une part importante de publics vulnérables (précaires, personnes handicapées, chômeurs, migrants, publics avec des troubles psychiques)[175].

[6] De fait, « le vieillissement démographique des sociétés occidentales contemporaines fait émerger une diversification sans précédent des profils de personnes âgées »[176], « cette dynamique concernant l'ensemble des composantes de la population, indépendamment des vulnérabilités physiques, psychiques, sociales ou encore économiques »[177].

[7] Combinée à la précarisation croissante d'une part de la population[178], cette transition démographique annoncée ne peut qu'entraîner une multiplication des situations de grande précarité chez des personnes vieillissantes[179], dans un contexte où leur espérance de vie a sans doute augmenté du fait d'une meilleure prise en compte de leur situation (amélioration de leur repérage et de leur accompagnement). « Avec l'arrivée à la retraite de « jeunes vieux » économiquement à l'aise, la frange extrême des (pré)retraités les plus précaires s'est développée tout en demeurant en marge, impensée, impensable »[180].

[8] En regard du nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté qui augmente depuis le début des années 2000 pour atteindre 10 millions des personnes en 2023[181],[182] les données statistiques dénombrant les personnes sans domicile en France font état d'une forte augmentation du nombre de personnes sans domicile depuis une vingtaine d'années, « passant de 86 000 en 2001 à 143 000 en 2012

[175] Sophie Rouay-Lambert Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[176] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[177] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales, 25/2025, (en ligne).
[178] Sophie Rouay-Lambert Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6) ; Sophie Rouay-Lambert, La retraite des anciens sdf trop vieux pour la rue trop jeune pour la maison de retraite, Les Annales de la Recherche Urbaine Année 2006 100.
[179] Om Phunsho, Whitehead Lisa, Vafeas Caroline, Towell Barnard Amanda, 2022, « A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults » BMC Geriatrics, vol. 22, n° 1
[180] Sophie Rouay-Lambert Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[181] Observatoires des inégalité, données 2025, https://www.inegalites.fr/evolution_pauvrete_annuelle .
[182] Par ailleurs, citant les résultats des comptes de la protection sociale, édition 2019, DREES, des auteurs soulignent que la précarité progresse chez les personnes retraitées depuis 2017, MC Démétrios, A Bernard-Viseux, I. Senécal, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176.

et désormais environ 350 000, selon le 30e rapport sur l'état du mal-logement de la Fondation pour le Logement des Défavorisés (2025) »[183].

[9] Parmi elles, une partie survit à la rue après l'âge 50 ans, à la frontière avec l'âge moyen de décès[184] et le seuil d'entrée dans le vieillissement des personnes vivant à la rue[185]. L'enquête INSEE/INED de 2012 faisait déjà état d'une augmentation de près de 10 points de la part des personnes de 50 ans ou plus utilisant les services d'hébergement et de distribution de repas (18 % dans l'enquête de 2001 contre 27 % en 2012)[186]. Il est probable que cette proportion augmente encore au regard des évolutions démographiques et des remontées de terrain sur la présence toujours plus visible dans les dispositifs d'hébergement des personnes sans abri de plus de 50 ans.

[10] Le secteur des centres d'hébergement constate cette hausse du nombre des personnes vieillissantes en situation de grande précarité[187], plusieurs articles évoquant notamment une augmentation du nombre des personnes précaires de plus de 50 ans dans les files actives de structures, qu'il s'agisse de CHRS ou de CHU[188], de pensions de famille[189] et de résidences accueil[190], ou encore d'Ehpad[191].

[11] L'enquête IGAS menée en lien avec la FAS (annexe 1) pointe d'ailleurs la présence, dans plus d'un tiers de CHRS et la moitié des CHU ayant répondu à l'enquête, de personnes précaires de 60 ans et plus, proportions qui témoignent vraisemblablement de la difficulté d'accéder à des hébergements plus adaptés, mais aussi, de la présence plus fréquente de personnes de cet âge dans la rue.

[12] « Les institutions doivent donc comprendre que les sans-abris ne meurent pas tous avant 50 ans, ni ne disparaissent totalement dans quelques limbes marginaux. Les sans-abris et autres SDF vieillissent eux aussi »[192]. Plusieurs chercheurs parlent d'« impensé »[193] pour souligner le fait que les institutions ne sont pas suffisamment armées pour y faire face dans de bonnes conditions.

[13] Ce constat est d'autant plus préoccupant que « le sujet ne se réduit pas à la question de la prise en charge de quelques milliers d'anciens sans-abris ayant réussi à braver les épreuves de la rue »[194]. Car dans un contexte de changements structurels combinant vieillissement et précarisation de la population générale, les personnes précaires vieillissantes à la rue peuvent être considérées comme des signes précurseurs, annonçant « l'arrivée à la retraite, et en situations diverses de dépendances

[183] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[184] En 2024, 912 décès de personnes sans chez-soi ont été recensés, à un âge moyen de 48 ans, in Dénombrer et décrire, mortalité des personnes sans chez soi en 2024, collectif Les morts de la rue, octobre 2025.

[185] L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) considère les utilisateurs de services d'aide à destination des personnes sans domicile comme « âgé(e)s » à partir de 50 ans du fait de leur conditions de vie, notamment du point de vue sanitaire, et de leur taux de mortalité élevé comparativement à la population générale, « La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010 », La lettre de l'ONPES, n°3.

[186] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81 Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[187] Marina Vignault, Émilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, avril 2025.

[188] Chloé Bussi, Accompagner ces hébergés qui vieillissent, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[189] Habitat & Humanisme, Étude de satisfaction des Pensions de Famille 2019

[190] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[191] Dr Martine Le Noc-Soudani, L'impensé des vieillissements extraordinaires, Gérontologie et société, n° 176, vol. 47 / 2025.

[192] Sophie Rouay-Lambert Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[193] Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », Sciences et actions sociales [En ligne], 25/ 2025 ; Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025. Mélanie Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/ 2025, en ligne.

[194] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales 25/ 2025 (en ligne).

précoces, d'une génération qui a connu un parcours de vie compliqué, jalonné de ruptures et de résiliences »[195].

[14] A cette poussée démographique s'ajoute de surcroît l'inadaptation de l'offre et des évaluations de besoins observée pour ces publics, ce qui, pour certains, « oblige à réviser tout le secteur du soin, du social et de l'habitat, de façon systémique, l'ensemble ouvrant sur les perspectives d'une écologie du vieillissement »[196]. Les enjeux de l'accompagnement s'en trouvent modifiés, puisqu'il faut désormais aussi viser « le maintien et l'aide à domicile, la prévention des ruptures de parcours, l'adaptation des lieux et l'accompagnement vers la fin de vie »[197].

[15] Angle mort de l'action publique alors qu'elles sont très vulnérables et sources d'inégalité de traitement, « le vieillissement des personnes sans domicile constitue ainsi un enjeu majeur, bien que largement sous-estimé dans les dispositifs sociaux et les politiques publiques »[198].

2.2 Un public hétérogène, aux trajectoires et aux besoins variables

[16] En cohérence avec l'enquête (voir annexe n°1) et les entretiens de terrain menés par la mission, la littérature confirme d'abord l'hétérogénéité des profils des personnes précaires vieillissantes, au sein de laquelle émergent schématiquement deux grands catégories de publics : les personnes vieillissantes ayant connu un long parcours de rue sans domicile, se comptant en années ou en décennies[199], et les personnes âgées précaires nouvellement confrontées à la survie sans domicile après la perte de leur logement (§2.2.1).

[17] Indépendamment de cette hétérogénéité, la littérature retrouve par ailleurs un lien constant entre sans-abrisme et vieillissement, « double peine »[200] où le sans-abrisme aggrave les défis de la vieillesse. Les signes de cette double vulnérabilité qui combine précarité et vieillissement, peuvent se manifester d'autant plus précocement que les personnes ont été durablement exposées à des conditions de vie difficiles et éreintantes, amenant les acteurs et les observateurs à parler de vieillissement prématuré[201], précoce[202] ou accéléré[203] (§2.2.2).

[18] Les tableaux cliniques auxquels les intervenants sont confrontés renvoient ainsi à un spectre de situations variables en termes de complexité et de besoins, issues de « trajectoires marquées par l'usure du corps, la désocialisation progressive et les ruptures institutionnelles à répétition »[204] et associant de

[195] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[196] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[197] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », Sciences et actions sociales 25/ 2025, (en ligne).

[198] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[199] L. Saporiti, Comprendre des vies de plus de dix ans dans la rue par une approche biographique menée dans la durée, thèse de doctorat de sociologie, université de Strasbourg 2015, 1 120 p. Retraite et société 2021/1 N° 85)

[200] MC Démétrios, A Bernard-Viseux, I Senécal, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176, pages 117 à 131 ; Om P, Whitehead L, Vafeas C, Towell-Barnard A. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. BMC Geriatrics. 2022 Apr 25;22(1):363.

[201] Gabriel Uribelarrea, La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. Retraite et société, 2021, Vieillissement, marginalité urbaine et mal-logement, 85, pp.43-59

[202] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[203] Aurélien Carotenuto-Garot, Le non-recours à l'hébergement-logement des personnes sans domicile de longue date et vieillissantes : un non-retour ?, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[204] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

manière plus ou moins intense et intriquée des vulnérabilités sociales, physiques, cognitives, psychiques et comportementales (cf. 2.2.3).

2.2.1 Vieillissement des personnes très précaires et bascule dans la grande précarité de personnes vieillissantes

[19] Les « nouveaux » utilisateurs des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile de 50 ans et plus observés à partir l'étude INED-INSEE de 2012 sur les sans-domicile sont moins souvent de jeunes sans domicile ayant vieilli « à la rue », même si cela arrive plus fréquemment qu'avant du fait de l'amélioration des accompagnements[205], que des personnes ayant connu un parcours résidentiel stable ayant basculé « dans la rue » à la suite d'un événement brutal (chômage, maladie, décès du conjoint…)[206].

[20] Nombre de ces personnes basculeraient également dans la grande précarité du fait de troubles cognitifs évoluant à bas bruit pendant une dizaine d'années, souvent suffisamment compensés pour échapper au repérage, bien que détériorant progressivement l'autonomie et les capacités de gestion du quotidien jusqu'à exposer à l'isolement social et au risque de perte de logement[207]. Certains parlent de « halo du sans-abrisme »[208], pour évoquer cette fragilité des personnes au seuil de la rupture, avec souvent problématiques psychiques.

[21] Objectivés par une revue de la littérature internationale[209], d'autres déterminants de bascule des personnes âgées dans le sans-abrisme peuvent aussi jouer de manière plus ou moins combinée, parmi lesquels la précarité financière, les problèmes de santé mentale, souvent associés à des addictions ainsi que le manque de soutien (aides sociales, services sociaux). L'épuisement face à une multiplicité de ruptures et de problématiques qui se cumulent est un autre facteur de risque identifié[210].

[22] L'isolement social est corrélé à l'âge et à la précarité, ainsi qu'au manque d'accès aux ressources et aux droits ; quant au non-recours aux prestations sociales, il combine en proportion variable des facteurs institutionnels (complexité des dispositifs, multiplicité des acteurs, lourdeur des démarches administratives) et psychosociaux (peur d'une stigmatisation sociale ou d'un traitement humiliant)[211].

[23] Le refus de l'aide proposée pour faire face aux difficultés rencontrées, par peur de perdre son autonomie ou son identité, peut également contribuer à l'entrée dans la grande précarité et le sans-abrisme[212].

[24] Plusieurs études identifient le moment du passage à la retraite comme période de bascule possible dans le sans-abrisme et la grande précarité[213]. L'expression de « précarité résidentielle » à un

[205] UNIOPSS-DIHAL, personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagnées, 2023-2024.
[206] « Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile » Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Lettre de l'ONPES, décembre 2015.
[207] Thomas Baude, Lison Ramblière, Caroline Douay et Marion Descamps, Quand la précarité accélère le vieillissement, repenser les politiques d'accompagnement, Sciences et actions sociales, 25/2025.
[208] T. Besozzi, entretien avec la mission, voir aussi Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse,
[209] Om P, Whitehead L, Vafeas C, Towell-Barnard A. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. BMC Geriatrics, 2022 April 25 ;22(1) :363.
[210] Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », Sciences et actions sociales, 25/ 2025 (en ligne).
[211] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[212] Om P, Whitehead L, Vafeas C, Towell-Barnard A. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. BMC Geriatrics, 2022 April 25 ;22(1) :363.
[213] Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Laureline Coulomb Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Editions Caisse nationale d'assurance vieillesse ; Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », Sciences et actions sociales 25/ 2025 (en ligne).; Mélanie Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/ 2025 (en ligne).

âge avancé est parfois utilisée pour caractériser ce moment de transition à risque[214], avec une perte brutale de revenus, et/ou des problèmes de santé qui peuvent provoquer la perte du logement, sur fond de manque de repérage et d'accompagnement. D'après plusieurs structures rencontrées par la mission, notamment accueil de jour et CHU, un des marqueurs de risque de bascule de personnes âgées précaires est la fréquentation du restaurant social ou de toute forme d'aide alimentaire.

[25] Du fait de ses enjeux spécifiques et du risque de voir sa fréquence croître avec le vieillissement attendu de la population et la précarisation plus fréquente des personnes âgées[215], cette problématique mériterait d'être mieux documentée pour développer des stratégies de prévention[216], dans l'intérêt des personnes et de la collectivité, la perte du logement entraînant des actions plus coûteuses que celles visant le maintien des personnes à domicile.

2.2.2 Caractéristiques du vieillissement en situation de précarité et enjeux autour de sa non prise en compte

[26] L'âge à partir duquel on peut parler de vieillissement chez les personnes durablement exposées à l'errance et à la rue est difficile à déterminer. Les sciences sociales retiennent habituellement le seuil de 50 ans, établi par des chercheurs à la fin des années 1980[217] dont l'étude sur les hommes sans domicile à New York a montré que, passé cet âge, ils étaient nombreux à présenter des problèmes de santé chroniques et à estimer qu'ils approchaient de la fin de leur vie[218]. Ce seuil correspond à la borne inférieure de la fourchette avancée par la DIHAL (50-55 ans) pour parler du vieillissement prématuré des personnes en situation de grande précarité[219].

[27] Toutefois, il n'est pas rare que ce vieillissement puisse s'observer encore plus tôt, dès la quarantaine[220], aggravant encore l'écart entre l'âge administratif de référence pour la vieillesse et la réalité physiologique et sociale vécue par les personnes concernées[221].

[28] A titre d'illustration, la moyenne d'âge estimée dans l'enquête menée par l'Igas en lien avec la FAS auprès de structures accueillant des personnes précaires vieillissantes (annexe 1) s'établit à 56 ans, 40 % de l'échantillon ayant entre 50 et 55 ans et 11 % moins de 50 ans.

---

[214] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Sciences et actions sociales, 25/2025, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Mélanie Piñon, Sciences et actions sociales, 25/ 2025 (en ligne).

[215] Panorama de l'évolution de la pauvreté et de l'exclusion sociale entre 2015 et 2022, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (montre une paupérisation des personnes âgées par les flux entrants).

[216] Parmi d'autres facteurs de risque accru de rupture des liens sociaux, y compris tardive, sont également identifiés le placement dans la petite enfance, les violences intrafamiliales, le décès d'un ou des parents, le faible niveau d'étude, la rupture de liens familiaux et amicaux, un parcours résidentiel heurté, l'épreuve du chômage et parfois celles de la prison constituent les principaux ressorts pouvant expliquer le basculement d'une trajectoire individuelle vers la situation de sans-domicile ou plus généralement d'usager des services d'aide.

[217] Cohen C., Sokolovsky J., 1989, Old men of the Bowery: strategies for survival among the homeless, New York, Guilford

[218] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Editions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[219] DIHAL, Les pensions de famille et résidences accueil : Du modèle aux réalités d'aujourd'hui (p. 175) (2015). https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default_files_contenu_piece- jointe_2015_12_pensions-de-famille-ecran.pdf

[220] Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », Sciences et actions sociales 25/ 2025 (en ligne) ; M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25 | 2025, en ligne

[221] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25 | 2025, en ligne

[29] Les définitions retenues se recoupent globalement : le vieillissement prématuré est défini comme le « décalage entre l'âge biographique et l'âge chronologique »[222], il est « moins lié à l'âge qu'à la durée de vie dans des conditions d'insécurité et de quasi-survie quotidienne »[223], faite d'expositions aux intempéries, au stress, à la violence, aux carences et aux ruptures, à une alimentation insuffisante ou déséquilibrée, à l'absence de suivi médical, à des conditions d'hygiène dégradées[224], auxquelles peuvent s'ajouter des consommations d'alcool et/ou de drogues. Usant les corps et les psychismes des personnes, l'ancienneté à la rue, la survie quotidienne et l'installation dans une errance institutionnelle les font devenir et se sentir vieux, quel que soit leur âge[225]. « Dans la rue, on vieillit plus vite et on vieillit mal » (PRAPS ARS IDF).

[30] Sur le plan clinique, il s'agit d'abord d'un vieillissement fonctionnel, la perte d'autonomie physique et cognitive apparaissant précocement chez le public en situation de grande précarité. Près de la moitié des personnes de 50 ans ou plus sans domicile utilisant les services d'hébergement ou de distribution alimentaire de l'enquête « sans domicile » de 2012 se déclaraient ainsi limitées depuis au moins 6 mois dans l'exécution de tâches quotidiennes (se laver, manger, marcher) à cause d'un problème de santé ou d'un handicap[226]. Les troubles cognitifs sont également présents, mêlant neurodégénérescence, démence alcoolique ou démence artérielle.

[31] Le vieillissement précoce catalyse également l'apparition de pathologies chroniques, plus de la moitié des personnes de cette même enquête de 2012 déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou à caractère durable. Dans la littérature, les pathologies chroniques et aigues sont également fréquemment retrouvées chez ce public à un âge plus précoce que dans la population générale[227]. Parmi ceux-ci, les troubles de la sphère psychique sont monnaie courante[228] du fait de parcours de vie combinant ruptures, errance, stigmatisation, trajectoires de soins complexes.

[32] Ces publics présentent aussi à divers degrés des comportements qui aggravent leur situation sanitaire en compliquant parfois leur accompagnement, au premier rang desquels les addictions[229], majoritairement à l'alcool même si d'autres produits, licites (tabac, médicaments) ou illicites (cannabis, crack) peuvent être consommés. Outre des symptômes psycho-comportementaux très perturbateurs, le refus de soins n'est pas rare, et suppose une approche patiente et précautionneuse pour instaurer une relation suffisamment confiante pour rendre les propositions de soins et d'accompagnement plus acceptables. Il faut organiser un « cheminement avant, pendant et après l'admission pour aider ces

[222] Sophie Rouay-Lambert, Revue Gériatrie 2020 juin ; 45 (6) ; M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25 | 2025, en ligne ; M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[223] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[224] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25 | 2025, en ligne

[225] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[226] Loison-Leruste, M., Arnaud, M., & Rouillin, B. Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile. Etude pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2015.

[227] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse ; Gabriel Uribelarrea, La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. Retraite et société, 2021, Vieillissement, marginalité urbaine et mal-logement, 85, pp.43-59

[228] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 (les troubles psychiques étaient retrouvés chez plus de 90 % de l'échantillon de l'étude menée par la FAS)

[229] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 (les addictions concernaient plus de 90 % de l'échantillon de l'étude menée par la FAS)

personnes à se reconstruire », nombre d'entre eux s'étant fait une « carapace pour survivre à la rue » au point de se retrouver dans une « situation d'auto-exclusion »[230].

[33] Le déni de leur propre réalité est parfois tel qu'ils ne peuvent plus exprimer leur inconfort, leurs douleurs. Ces « jeunes vieux »[231] qui peuvent être néanmoins considérés comme gériatriques car poly-pathologiques et à fragilités multiples[232] présentent de fait les mêmes difficultés (physiques, cognitives et sociales) que le public accompagné dans le secteur de la gériatrie, relevant pour nombre d'entre eux de l'Ehpad[233]. Ils portent des stigmates de la vieillesse avec 20 ans d'avance par rapport à la population générale[234], constat qui conduit certains auteurs[235] à rapprocher le concept de précarité du concept gériatrique de fragilité en considérant que leur désavantage social, leurs conditions de vie, leur santé mentale et physique illustrent les aspects dynamiques, multidimensionnels et potentiellement réversibles qui accélèrent leur vieillissement.

[34] Mais l'accès à l'Ehpad pour ce public demeure très difficile pour des raisons tenant tant à ses particularités (cf. infra) qu'aux réticences des professionnels de la gériatrie à l'accueillir, rarement formés à cela, au regard des contraintes que peut représenter son accompagnement[236], le projet de soin nécessitant une démarche construite sur l'interdisciplinarité (gériatrie, psychiatrie, neurologie, addictologie,..) et une concertation permanente entre tous les professionnels qui les accompagnent[237] (cf. infra également les profils, les spécificités et les modalités d'accompagnement de ces personnes en Ehpad).

[35] Face à l'absence de solution adaptée pour accompagner au mieux ce public, ce vieillissement prématuré ne fait qu'accroître la situation de précarité des personnes, les installant ainsi dans un cercle vicieux au sein duquel précarité et vieillissement prématuré s'entretiennent l'un l'autre[238].

[36] Si le vieillissement prématuré ne concerne pas toutes les personnes précaires sans abri, certaines n'étant confrontées à cette situation que de manière récente (cf. § 2.3.2) le risque de détérioration physique et/ou psychique n'en est pas moins réel et parfois rapide[239], surtout chez celles qui présentent déjà des fragilités susceptibles de décompenser.

2.3 Volumétrie et particularités des personnes précaires vieillissantes en termes d'accompagnement

2.3.1 Importance du phénomène en volume et en tendance

[37] Comme annoncé en début d'annexe, il s'agit d'une population que ses besoins situent au carrefour des dispositifs d'assistance, de dépendance et de soins, aussi mal couverte par la statistique publique que peu ou mal appréhendée par les politiques sociales, et questionnant à cet égard les

[230] Isabelle Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449
[231] Dr Martine Le Noc-Soudani, L'impensé des vieillissements extraordinaires, Gérontologie et société, n° 176, vol. 47 / 2025.
[232] Isabelle Bilger Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449
[233] Sophie Rouay-Lambert, Les « SDF retraités », ou comment un impensé social devient un enjeu de société Revue Gériatrie 2020 Juin, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6), Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Éditions CNAV.
[234] Dr Martine Le Noc-Soudani, L'impensé des vieillissements extraordinaires, Gérontologie et société, n° 176, vol. 47 / 2025
[235] Dr Patrick Friocourt, Le concept de précarité, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449.
[236] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Editions CNAV.
[237] Isabelle Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449
[238] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[239] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, *Sciences et actions sociales*, 25/2025 (en ligne).

fondements des dispositifs de protection sociale[240]. « Le manque de données précises et la difficulté à identifier qui appartiendrait à la catégorie des personnes sans domicile âgées compliquent autant la définition de cette population que l'élaboration de concepts et de modes d'intervention adaptés »[241], cette invisibilité institutionnelle se doublant d'une invisibilité sociale qui se traduit par une mauvaise prise en charge du public âgé à la rue par la société[242].

[38] Si la tendance observée de manière convergente sur le terrain valide l'émergence d'une « génération montante de personnes précaires vieillissantes » au sein des secteurs du soin et du social, reflet mécanique d'une « nouvelle question sociale »[243] combinant le vieillissement de la population en général et sa précarisation, il est plus délicat de cerner précisément ce que cela représente en flux et en volumétrie.

[39] Un des problèmes pour appréhender ces populations est qu'elles ont pour caractéristiques d'être « invisibles dans la rue et d'être trop visibles en établissements[244]. « Un certain nombre de personnes considérées comme âgées vivent encore sous le seuil de précarité, avec un taux, en augmentation depuis quelques années, avoisinant les dix pourcents. Ces pourcentages dissimulent les situations d'extrême pauvreté des personnes âgées à la rue, vivant très en-deçà du seuil de pauvreté. Fragiles et invisibles, elles se trouvent dans un dénuement extrême et peinent à trouver des alternatives d'habitat satisfaisantes à la poursuite de leur vie, se situant à la fois dans les franges les plus économiquement précaires et dans les catégories où le non-recours est fréquent.

[40] En termes de quantification, le nombre de personnes sans abri oscillerait entre 150 000 (INSEE, 2012) et 300 000 (fondation abbé Pierre, devenue depuis fondation pour les défavorisés), dont 25 % auraient 50 ans et plus (**35 000-70 000**) »[245].

[41] L'enquête Igas recense pour sa part un total 9067 personnes précaires vieillissantes, réparties sur 262 structures d'hébergement et/ou d'accompagnement, la FAS ne couvrant par ailleurs qu'une partie des dispositifs susceptibles d'accueillir de les accueillir. Dès lors on peut penser, que le nombre de personnes précaires vieillissantes est de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers, en accord avec l'estimation du paragraphe précédent.

[42] Ces chiffres globaux sont à mettre en regard avec les estimations plus localisées et/ou ciblées disponibles.

- **Estimation du nombre de personnes précaires vieillissantes par territoire**

[43] Plusieurs sources disponibles pour Paris dans les sept dernières années permettent d'estimer par recoupement que le nombre de personnes de 55 ans et plus sans abri augmenterait pour avoisiner le millier, estimation *a minima* du nombre de personnes précaires vieillissantes à Paris qui ne prend pas en compte toutes les situations (notamment celles sous le seuil de repérage des différentes sources de recensement).

[240] Lettre de l'ONPES, Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, décembre 2015.

[241] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Editions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[242] Marthe Clair Démétrios, Arielle Bernard-Viseux, Isabelle Senécal, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176, pages 117 à 131.

[243] Sophie Rouay-Lambert, Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[244] Isabelle Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 2024 ; 49 (8) : 447-449

[245] Marthe Clair Démétrios, Arielle Bernard-Viseux, Isabelle Senécal, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176, pages 117 à 131. Les données de l'enquête « sans domicile de l'INED-Insee », citées supra, font état d'une hausse substantielle du nombre de précaires de 50 ans et plus utilisant les services d'hébergement et de distribution de repas (18 % en 2001 vs 27 % en 2012) et on peut s'attendre à ce que les résultats de l'enquête menée en 2025 confirment cette tendance.

[44] Selon le décompte de la *Nuit de la solidarité*[246], les personnes sans-abri âgées de 55 ans ou plus à Paris lors de l'hiver 2018-2019 représentaient 18 % des personnes comptabilisées. Ils seraient plus de 550 dans la rue à Paris selon le recensement des cinq dernières *Nuits (2018-2023)*[247] avec une augmentation des personnes de plus de 55 ans à la rue depuis moins d'un an[248], considérées comme plus fragiles à la rue que les autres et souvent porteuses de troubles cognitifs/difficultés mentales sur fond d'isolement, contexte les ayant conduits à perdre leur logement. A cet égard, le Samu social de Paris a observé dans les nuitées quotidiennes une hausse de 11 points (de 14 à 25 %) entre 2018 et 2024 de la part des 60 ans et plus faisant suite à une expulsion locative, et une hausse de 55 % du nombre de nuitées pour ce motif dans le même temps.

[45] En 2019, l'enquête de l'ARS IDF a pour sa part identifiée plus de 450 personnes de plus de 60 ans toujours accompagnées par des structures médicosociales (CHU, CHRS, ACT, LHSS, LAM)[249].

[46] En 2024, 17 % de la file active du SIAO de Paris a plus de 60 ans également, taux sensiblement identiques à ceux de Emmaüs, et 5 %, plus de 70 ans. Au niveau du 115, 4 % des appelants ont plus de 60 ans, et 22 % des signalements à la CAVS portent sur des personnes de plus de 60 ans. Sur la même année, les maraudes de nuit du SAMU social de Paris ont identifié 200 personnes de plus de 60 ans, nombre en hausse depuis le Covid. Très isolés depuis de nombreuses années, en situation de « désuétude administrative », la croissance de ce public aux besoins particuliers a conduit à la mise en place d'une équipe DRIHAL/Ville de Paris/ARS.

[47] Hors de Paris, qui concentre une partie importante des problématiques du sans-abrisme, on retrouve également les mêmes tendances à la hausse de personnes précaires vieillissantes dans les files actives des SIAO et des structures d'accueil et/ou d'accompagnement des territoires où le phénomène est documenté.

[48] En 2024, le SIAO 44 rapporte ainsi que 158 personnes distinctes de plus 60 ans et plus ont fait une demande auprès du 115. Et que 26 ont été rencontrées par le Samu social. Sur la même période, la mission Interface a suivi une file active de 107 personnes de 71 ans d'âge moyen, dont 16 sont parvenues à entrer en structure pour personnes âgées (11 en Ehpad, 4 en RA, et 1 en MARPA).

[49] Dans son étude de 2023, la FAS montre que plus de 20 % des personnes accompagnées dans les structures ou dispositifs de la région Bretagne enquêtés sont des personnes précaires vieillissantes[250]. Ce constat est en phase avec des données selon lesquelles 20 % du public des maraudes, des accueils de jour, des centres d'hébergement et des maisons relais de l'association Emmaüs en IDF a plus de 50 ans[251] et celles d'une enquête réalisée pour le compte de l'ARS IDF en 2019 qui retrouve 19 % de personnes dépendantes (vieillesse ou handicap) parmi la file active des structures du secteur AHI[252].

- **Estimation de la part de personnes précaires vieillissantes par type de structure**

[50] En examinant les données disponibles par type de structures, on constate que les PPV sont partout présentes, et de manière croissante.

[51] En 2025, dans les CHU et CHRS visités par la mission IGAS, la proportion des personnes précaires vieillissantes de plus de 60 ans, en hausse depuis plusieurs années, va de 15 % à 25 %, et concentre des situations de vulnérabilités plus ou moins intriquées (perte d'autonomie, problème de santé chronique,

[246] Opération d'ampleur réalisée dans la capitale par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, ses partenaires et 2 100 bénévoles (professionnels et citoyens), qui décomptent, de manière anonyme, de nuit, des personnes sans-abri. Cette démarche quantitative, qui évalue le nombre de personnes en situation de rue à date données, permet également, via la passation d'un questionnaire, de mieux connaître leurs profils et leurs besoins.

[247] I. Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 49 (8) : 447-449, oct. 2024.

[248] Entretien avec les représentants de la ville-département de Paris.

[249] I. Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 49 (8) : 447-449, oct. 2024.

[250] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[251] UNIOPSS-DIHAL, projet Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagnée, 2023-2024.

[252] Enquête ENEIS by KPMG pour l'ARS Ile-de-France 2019-2020.

troubles psychiques, précarité administrative -droit au séjour-) et socio-économique, sur fond de ruptures et précarité (sortie de prison ou de l'hôpital). Les données des LAM et les LHSS visités par la mission accueillent entre 20 et 30 % de personnes précaires vieillissantes de plus de 60 ans dans les murs dont certaines vieillissent et décèdent en LAM.

[52] Les pensions de familles sont particulièrement concernées par le vieillissement des personnes précaires : la DIHAL indique que « plus de la moitié des personnes y étant logées en 2013 avaient plus de 50 ans »[253] tandis que la FAS Bretagne estime que « la part croissante des 50-60 ans et 60 ans et plus au sein des pensions de famille sur la période 2019-2023 peut s'expliquer par le fait que les personnes qui y sont logées connaissent très peu de sorties vers d'autres structures, notamment vers le secteur de la gérontologie et/ou du handicap. Les sorties sont le plus souvent des décès ou des hospitalisations », ajoutant que la crainte du secteur est que les pensions de famille ne deviennent les « nouvelles maisons de retraite des pauvres ».

[53] En plus d'être de plus en plus âgés (âge moyen de l'ordre de 51 ans[254], avec une part croissante des personnes franchissant le seuil des 70 ans), les publics accueillis au sein des pensions de famille et des résidences-accueil présentent souvent un vieillissement accéléré, lié à des parcours de vie chaotiques et éprouvants, accumulent comorbidités somatiques et perte progressive d'autonomie, avec des troubles cognitifs associés à des maladies psychiques chroniques[255].

[54] Les Ehpad voient le nombre de ces personnes précaires vieillissantes en leur sein également augmenter, notamment depuis le Covid. Fin 2022, elles étaient ainsi 783 à être hébergées dans 112 des 709 Ehpad d'IDF, 77 % de ces établissements accueillant jusqu'à 5 résidents « précaires »[256]. Soit moyenne 5 à 10 % de la file active d'Ehpad recevant entre 40 et 80 personnes, ce que la mission a observé dans un Ehpad en Loire- Atlantique.

[55] Enfin les personnes âgées de plus de 50 ans sont également en hausse dans les accueils de jour (à Metz, où un travail ethnographique d'ampleur a été conduit, 8 % des usagers en 2005 contre 11,5 % en 2017)[257].

[56] En tout état de cause, il s'agit d'un phénomène connu et suffisamment important pour avoir été explicitement pris en compte dans les PRAPS de plusieurs régions ces dernières années.

[253]« Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », 2015.
[254] Habitat & Humanisme, Étude de satisfaction des Pensions de Famille 2019.
[255] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/2025 (en ligne).
[256] I. Bilger, Les grands précaires, une prise en charge spécifique et difficile, Revue de Gériatrie 49 (8) : 447-449, oct. 2024.
[257] T. Besozzi, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

PRAPS	Type d'actions proposées
ARS IDF	Valoriser les Ehpad déjà engagés dans une démarche d'accueil de publics issus de la rue (avec des projets de soins d'établissements adaptés)[258].
	Développer les petites unités de vie, les maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA) et les résidences services pour les personnes âgées pouvant y prétendre.
	Développer les dispositifs de LAM renforcés (volet gériatrique) pour pallier la non-possibilité de prise en charge des frais d'hébergement et de dépendance pour les personnes sans titre de séjour au sein des structures dédiées aux personnes âgées dépendantes.
	Développer les dispositifs mixant des structures d'hébergement (DRIHL/ARS), de soins résidentiels et de médico-social (CHRS/LAM/foyer résidence autonomie spécialisé/Ehpad), permettant une meilleure capacité d'accueil et une mutualisation des moyens financiers, fonciers et en ressources humaines, notamment pour faciliter l'accompagnement et l'accueil inconditionnel de longue durée des personnes quelle que soit leur situation administrative
ARS AURA	Accompagner la montée en charge, sur le volet des personnes âgées issues de la grande pauvreté, du nouveau dispositif de centres de ressources territoriaux qui ont pour mission d'assurer un accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant une aide à domicile plus intensive en alternative à l'Ehpad.
	Soutenir les expérimentations menées permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de précarité vieillissantes (maintien à domicile, intervention des services médico-sociaux du domicile au sein des établissements sociaux, dispositifs d'accompagnement transitoire, entrée en EHPAD, etc.).
	Soutenir les formations-immersions croisées améliorant les connaissances des professionnels des différents secteurs et permettant une approche décloisonnée et globale de la personne.
	Accompagner et outiller les professionnels autour de l'accompagnement des personnes en situation de précarité jusqu'à leur fin de vie (sensibiliser les professionnels, développer leur connaissance des outils, des dispositifs d'aide et des ressources existantes ; mise en place de collaborations et partenariats notamment avec les filières gérontologiques, outils de recueil des directives anticipées des personnes accompagnées, etc.).
	Accompagner les professionnels à gérer le deuil et le post-mortem (formalités administratives, financement et accompagnement aux obsèques, relation aux proches et amis, etc.)
ARS Bretagne	Mieux prendre en compte le vieillissement précoce Objectiver et quantifier en lien avec le centre de ressource animé par la FAS, le vieillissement des personnes précaires en Bretagne
	Mener une étude sur les actions à mener, qui devront être plurielles afin de respecter le choix de la personne

[258] On y retrouve d'autres actions telles que former et accompagner les équipes d'aval, renforcer les capacités du secteur médico-social adapté ou du logement adapté à la prise en soin de ces publics et à la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux, promouvoir la mise en place d'un accompagnement socio-éducatif au sein des Ehpad pour soutenir les équipes soignantes, ...).

	Former, accompagner en s'appuyant sur un réseau comme la plateforme VIP qui propose des ressources, élabore des réponses adaptées, met en place des actions de sensibilisation
ARS PDL	Prévenir et mieux accompagner le risque de bascule dans la grande exclusion en deuxième partie de vie
	Renforcer la gouvernance et la coordination opérationnelle autour des enjeux du vieillissement des personnes
	L'assouplissement des seuils liés à l'âge pour un accès aux soins, aux outils d'évaluation de l'autonomie et à une reconnaissance du handicap ou de la perte d'autonomie· L'adaptation des conditions d'accès à l'offre de droit commun pour les personnes les plus éloignées, avec ou sans ressources, se trouvant dans une situation administrative dite « sans issue », présentant des addictions ou des troubles psychiatriques, voire des habitudes de vie à la rue.
ARS NA	Favoriser la création de structures accueillant les personnes dépendantes de moins de 60 ans.

2.3.2 Typologies en termes de profils, de besoins et d'usage des dispositifs

[57] Fondées sur l'observation empirique ou l'immersion ethnographique, des typologies sont proposées dans la littérature pour différencier les personnes vieillissantes en termes de trajectoire, de ressources, de besoins et de rapport au système d'aide et de soins.

[58] Dans son étude portant sur les personnes précaires vieillissantes, le rapport de la FAS dégage un « idéaltype »[259] qui permet d'appréhender les enjeux et les conséquences liés à l'accompagnement de ces publics au profil plus ou moins « incasable ». Il s'agit généralement d'un homme entre 55 et 60 ans, hébergé sur un CHRS depuis plusieurs années, présentant des addictions, une perte de capacités fonctionnelles et cognitives, dont l'accompagnement est chronophage et usant du fait de sa perte d'autonomie qui le limite dans les activités de la vie courante (se laver, manger, marcher, faire des démarches) et qui nécessite souvent un surinvestissement des professionnels (cf. § 2.4). Du fait de ses problèmes d'addictions et de son vieillissement prématuré, il n'est accepté dans aucune structure du secteur handicap ou gérontologie (refus des structures et/ou des personnes elles-mêmes).

[59] Ce type de personne, au parcours de vie jalonné de ruptures, affecté de problèmes somatiques[260] (HTA, maladie chronique, polyaddiction) et psychiques (allant de la culpabilité et du repli sur soi, de la perte de confiance et de l'anxiété aux pathologies psychiatriques lourdes), peut être difficile à accompagner. Il se caractérise par un rapport aux soins discontinu et ambivalent, combinant renoncement (notamment pour des raisons financières) et refus (déni de la douleur ou du besoin), et n'accepte d'être aidé qu'après négociation.

[259] L'idéal-type est outil de sociologie qui aide à comprendre/théoriser certains phénomènes, sans pour autant prétendre que les caractéristiques de ce type se retrouvent toujours et parfaitement dans les phénomènes observés.
[260] 65 % des sans-abri âgés de 55 ans ou plus déclarent avoir des problèmes de santé, in Les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Charlotte Miot, Revue Gériatrie 2020 Mai ; 45 (5).

[60] D'après un rapport parlementaire récent[261], les femmes sans abri demeuraient minoritaires au sein de ce public (31 % des personnes sans-abri de plus de 50 ans en 2012[262]) mais leur nombre augmenterait régulièrement, du fait d'une précarisation liée à des revenus plus faibles[263] et d'une plus grande exposition aux emplois précaires. Ces femmes ont aussi plus souvent des antécédents prédisposants, notamment sur le plan psychiatrique[264].

[61] Cependant, leur nombre ne semble pas croître autant qu'on pourrait s'y attendre, conduisant certains à considérer qu'elles resteraient moins dans la rue du fait d'une priorisation des dispositifs d'hébergement (« prise en charge institutionnelle genrée »)[265]. L'évaluation précise de leur situation serait cependant compliquée par une stratégie d'évitement des espaces publics pour se protéger des violences et de la stigmatisation qui « les rend moins visibles et complique leur évaluation » (« *bag ladies* », confrontées à une « surcharge de ségrégation sociale »)[266].

[62] Omniprésentes[267], les violences auxquelles elles sont exposées accentuent également le risque d'être sans-domicile pour celles se trouvant dans des situations déjà précaires (violences à l'origine directe de la perte du domicile ou antérieures -parcours migratoires complexes-, la fuite d'un conjoint violent, dans une situation précaire, exposant au sans-abrisme violences domestiques, des ruptures familiales)[268].

[63] Outre les différences de genre, les acteurs de terrain et les travaux de recherche établissent une distinction nette entre les personnes précaires vieillissantes pourvus de droits et celles qui n'en ont pas et qui se trouvent de fait dans l'impossibilité de recourir à l'aide sociale et aux dispositifs médico-sociaux. Aussi importante au regard des aspects de solvabilité qui entrent en compte dans le recours aux certains établissements, la distinction est aussi faite entre les personnes vivant dans la grande précarité, mais avec une certaine autonomie et un certain niveau de ressources (logement de survie, sous-location, petits jobs…) et les personnes qui ne possèdent plus aucun toit et habitent la rue[269].

[261] Femmes sans abri, la face cachée de la rue - Rapport d'information n° 15 (2024-2025), tome I, déposé le 8 octobre 2024
[262] Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M., 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », INSEE Première, 1455, juillet 2013, p. 1-4.
[263] Pour les Petits frères des pauvres, l'augmentation de la pauvreté chez les personnes âgées « se conjugue d'abord au féminin » : le taux de pauvreté des femmes de plus de 75 ans atteignant 10,1 %, vs 6,6 % pour les hommes)
[264] Les femmes de 50 ans ou plus notamment ont beaucoup plus souvent été hospitalisées pour des raisons psychiatriques (avant 18 ans) que les autres utilisateurs (17 % vs 8 % pour l'ensemble des utilisateurs), Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile, Lettre de l'ONPES, décembre 2015.
[265] Marie Loison et Gwenaëlle Perrier, Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection, Déviance et société, 2019/1, volume 43.
[266] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, Sciences et actions sociales, 25/ 2025 (en ligne).
[267] D'après le rapport supra, les femmes sans abri rencontrées ou accueillies par les structures interrogées ont toutes été victime de violences dans la rue, mais aussi, antérieurement, dans l'enfance, leur logement ou leur parcours migratoire.
[268] « La littérature sur les sans-domicile met en lumière le fait qu'avoir été victime de maltraitances pendant l'enfance peut accroître le risque d'être confronté plus tard au sans-abrisme » ; « les analyses combinées des enquêtes quantitatives et qualitatives mettent en évidence la plus forte exposition des femmes sans domicile aux violences par rapport à leurs homologues masculins, ainsi que l'ampleur de ces violences, pendant l'enfance, la vie adulte et durant leur carrière de sans-domicile. Ces femmes sont en particulier exposées à des violences sexuelles », in M Loison et G Perrier, Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection, Déviance et société, 2019/1, vol 43.
[269] Armbruster Elatifi Ulrike, Lehec Clémence et Piñon Mélanie, « Sans-abrisme et vieillissement : enjeux et solutions institutionnelles à Genève », *Sciences et actions sociales* 25/2025 (en ligne).

[64] Parallèlement à cet idéal-type et à ces particularismes transversaux (genre, statut administratif, ressources), plusieurs chercheurs s'accordent (Cf. § 2.2.1) à distinguer les sans-abris vieillissants ayant une carrière de survie longue à la rue[270] (« vieux et vieux-vieux sans domicile »[271]) de ceux vieillissant à la rue de manière plus ou moins récente - de quelques mois à quelques années- (« sans domiciles vieux et nouveaux vieux sans domicile »[272]). Des auteurs proposent le terme de « vieillissement précaire" pour éclairer cette dynamique, en différenciant le vieillissement des personnes précarisées de la précarisation des personnes vieillissantes[273].

[65] Le groupe des « personnes précarisées vieillissantes **»** combine de manière plus ou moins marquée un passage par l'Aide social à l'enfance - ASE-, des contacts fragiles ou inexistants avec la famille, avec, selon les cas, une expérience de logement stable quelques années, voire un début d'insertion professionnelle et de vie conjugale. L'ancrage chronique dans la rue les conduisent à développer des habitudes et des stratégies (« routinisation de la vie quotidienne », « rationalité de survie qui s'exprime *via* l'appropriation régulière d'espaces publics -gares, places ou bancs publics-, par l'inscription dans un circuit d'assistance déterminé par les lieux et moments de l'assistance ou encore par la régularité et l'organisation spatio-temporelle d'activités - manche, trafics, sociabilité, attente-»), qui sont autant d'obstacles à la sortie de la rue[274].

[66] N'ayant pas ou peu de ressources (petites retraites insuffisantes pour reprendre un logement, allocations), ils ne sont pas faciles à aider, ne sollicitant que rarement l'aide des dispositifs institutionnels ou associatifs, craignant pour certains de perdre leurs repères en acceptant l'institution. Ces « **retraités de la rue »** refusent les foyers d'hébergement dont ils dénoncent la promiscuité, l'hygiène, la violence, les comportements d'addictions »[275], préférant se débrouiller seuls. La limitation de leur déplacement du fait de l'usure de leur corps explique en partie le non-recours au dispositif d'aide. L'aggravation de leur problème de santé peut les pousser vers l'institution.

[67] Dans cette catégorie, par exemple, on pourrait sans doute ranger le cas du migrant précaire vieillissant à la rue depuis plusieurs années sans ressource ni famille, « doublement désaffilié », ne faisant fait appel à aucun dispositif d'assistance, ni institutionnel, ni associatif, que son manque de ressources et d'autonomie empêche l'accès à un logement individuel, hospitalisé au gré des complications de ses problèmes de santé[276].

[68] A côté de ces publics vivant de manière relativement autarcique, d'autres personnes précaires vieillissantes à la rue depuis quelques années sont au contraire très consommateurs des dispositifs d'urgence au point d'en être dépendants (**« réguliers de l'urgence** » qui instaure chez eux un « temporaire qui se répète »)[277].

---

[270] Saporiti L., Comprendre des vies de plus de dix ans dans la rue par une approche biographique menée dans la durée, thèse de doctorat de sociologie, université de Strasbourg, 2015 ; Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, Éditions CNAV ; T. Besozzi, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85.

[271] M. Piñon, Vieillir sans chez-soi à Genève : entre exclusion et invisibilisation, *Sciences et actions sociales*, 25/2025 (en ligne).

[272] Ibidem.

[273] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[274] T. Besozzi, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[275] Ibidem.

[276] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81 Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[277] Ibidem.

[69] D'autres enfin, ont basculé à la rue depuis peu de temps. Il peut s'agir de personne entre 50 et 60 ans, ayant subi un événement de vie traumatisant (licenciement, rupture, divorce, expulsion) qui, n'ont jamais été à la rue auparavant même si leur insertion était souvent précaire (fragilité/instabilité ancienne de personne se décrivant comme « limite »), **« indécis de l'urgence »** qui utilisent ponctuellement les services d'aide « quand ils en ont envie», surtout pour les besoins alimentaires et hygiéniques, et qui présentent souvent une forte addiction à l'alcool[278,279].

[70] Il peut également s'agir de personnes souvent plus âgées, « pour lesquelles il devient de plus en plus difficile de rester autonome dans la gestion de leur vie quotidienne lorsqu'elles n'ont ni parents ni amis pour les appuyer »[280]. L'exemple souvent cité est celui de l'expulsion locative de personnes de plus de 60 ans, isolées et/ou fragiles, pour cause d'impayés, souvent polypathologiques, vouées à une errance institutionnelle.

[71] Plusieurs cas de figure sont recensés dans un article paru en 2021[281].

- Homme de 62 ans vivant seul « tombé à la rue », « après avoir été expulsé de son logement dont il a arrêté de payer le loyer après le décès de sa femme », présentant une « grande détresse sociale et affective », sans enfant ni contact avec sa famille, pris en charge le soir pendant deux semaines dans un CHU (errance dans la journée), dont l'état de santé s'est rapidement dégradé au point de provoquer plusieurs hospitalisations, accueilli après plusieurs mois d'errance dans un centre d'hébergement médicalisé dont son état excède les capacités d'accompagnement (attention constante) sans correspondre aux objectifs d'insertion. Son isolement social ainsi que ses faibles revenus (minimum vieillesse) compromettent son accès à une maison de retraite. Après plusieurs mois dans ce centre, il meurt à l'hôpital d'un problème cardiaque.
- Couple de personnes âgées (80 ans) précaires et fragiles, isolées (pas d'enfant ni contact familial) expulsées de leur logement suite à des impayés de loyers, se retrouvant brutalement sans aucune solution d'hébergement. Adressées aux urgences par leur bailleur, la femme est hospitalisée en gériatrie tandis que l'homme est pris en charge pendant quelques semaines par un service de psychiatrie avant d'être d'hébergé au sein d'un centre médicalisé d'où il est orienté par la suite en Ehpad avec sa femme qui l'a rejoint.

[72] A travers ces exemples, l'article conclut notamment que « l'hôpital reste l'institution de premiers recours des personnes âgées les plus vulnérables, bien qu'il n'ait ni les moyens, ni le personnel formé pour accueillir ces patients ». Ils montrent aussi que les dispositifs existants sont pour partie inadaptés pour répondre à ce type de situation, « aucun dispositif ne permet de prendre en charge dans l'urgence des personnes âgées dépendantes ayant perdu soudainement leur logement », les personnes étant amenées à retourner à la rue ou à circuler d'un dispositif à l'autre (errance institutionnelle) en l'absence de solutions plus durables[282].

[278] T. Besozzi, Quand « l'avenir est derrière soi » : routinisation et formes d'adaptation de sans-abri vieillissants, Retraite et société, 2021/1 N° 85, pages 83 à 105, éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[279] Pour le directeur de l'Ehpad François premier qui accueille près de 60 % d'anciennes personnes sans abri dans sa file active, les personnes précaires récemment à la rue seraient des sur-utilisateurs indécis, mixte de catégories « réguliers de l'urgence sociale », « indécis de l'urgence sociale », alors que les personnes sans-abri avec longue carrière dans la rue mélangeraient des « retraités de la rue » et des « réguliers de l'urgence sociale ».

[280] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81 Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse

[281] Ibidem

[282] Ibidem

2.3.3 Les décès de personnes en situation de vieillissement prématuré au sein du public accueilli.

[73] La fin de vie est un sujet consubstantiel à l'émergence du public de personnes précaires vieillissantes, mettant en difficulté des secteurs qui n'y sont ni habitués ni préparés (cf. § 3.1.2).

[74] De manière habituelle, on observe chez ces personnes une mortalité précoce dont la survenue combine les conditions de vie précaires[283], l'isolement social et des problèmes de santé chroniques, en lien fréquent avec leur mode de vie et dont la prise charge est très heurtée, constat d'autant plus marqué que la période vécue sans logement personnel est longue[284], et qui justifie pour les acteurs de « définir cette population en intégrant leur âge physiologique et leur état de santé général, plutôt que de se limiter à des seuils chronologiques rigides »[285].

[75] D'après le Collectif des morts de la rue[286], 1 022 personnes ayant vécu un parcours sans chez-soi sont décédées en 2024, dont 912 personnes sans chez-soi au moment de leur décès. Ce nombre de décès, qui sous-estime la réalité faute d'exhaustivité, s'inscrit dans une tendance haussière depuis 2012 (413 décès). Pour partie liée à l'amélioration continue de la détection, cette progression est aussi à mettre en regard avec un contexte d'augmentation continue du nombre de personnes sans domicile.

[76] Dans ce contexte d'augmentation du nombre de décès, il ne faut pas non plus « méconnaitre une conséquence impensée des avancées et des progrès de la médecine : rendre possible le prolongement de la vie avec une maladie grave peut s'accompagner, plus fréquemment qu'on l'imagine lorsque les revenus du foyer sont faibles, d'une précarisation, pouvant aller jusqu'à la perte du logement »[287].

[77] L'âge de décès moyen est de 49 ans en moyenne et l'âge moyen de décès des personnes hébergées de 55 ans (vs 80 ans en pop générale), 85 % de décès s'observant avant 65 ans chez les personnes sans domicile (vs 15 % en population générale)[288]. Cette mortalité prématurée, qui se concentre entre 46 et 65 ans (41 % des décès) se traduit par une différence d'espérance de vie de 32 ans par rapport à la population générale[289].

[78] Parmi ces décès, 46 % ont lieu dans l'espace public, 34 % dans des lieux de soins (hôpitaux, urgences, LAM, LHSS) ou soins palliatifs, 14 % dans des abris de fortune et 6 % en CHRS, CHU ou au domicile d'un tiers. D'après le Collectif, cette dernière proportion, jugée très faible, pourrait s'expliquer par un manque de places, par des difficultés d'accès à ces structures, ou par un transfert des personnes à l'hôpital avant leur décès[290].

[79] En tout état de cause, « les personnes les plus âgées finissent plus souvent leur vie en CHU, CHRS ou en structures de soins (incluant LAM et LHSS), sans pour autant avoir retrouvé un véritable chez-soi répondant le moment venu à des besoins adaptés »[291], ce d'autant que l'entrée en institution provoque

[283] Nombre de travaux recensés dans cette revue de littérature, et dans celle, plus généraliste, faite par un laboratoire de santé publique pour nourrir les travaux de la mission, observent un lien réciproque entre précarité et santé, les conditions de vie précaire accélérant le déclin de l'état de santé, et la dégradation de la santé aggravant en retour la précarité.
[284] Isabelle Parizot, La précarité des personnes sans domicile affecte leur santé dans toutes ses dimensions État de santé et conditions de vie des populations sans domicile BEH, N° 36-37/ 17 novembre 2015.
[285] Thomas Baude, Lison Ramblière, Caroline Douay et Marion Descamps, Quand la précarité accélère le vieillissement, repenser les politiques d'accompagnement, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).
[286] Collectif Les morts de la rue, Dénombrer et décrire, mortalité des personnes sans chez soi en 2024, octobre 2025.
[287] Régis Aubry, la précarité n'est pas une situation exceptionnelle, Fin de vie et précarité, Rhizome 2017/2, N° 64, p. 7 à 8
[288] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[289] Collectif Les morts de la rue, Dénombrer et décrire, mortalité des personnes sans chez soi en 2024, octobre 2025.
[290] Ibidem.
[291] Ibidem.

souvent une phase de décompensation entraînant une surmortalité rapide au cours des premiers mois[292].

3 Conséquences de cette demande émergente sur l'offre existante

[80] Du fait de leurs particularités, les personnes précaires vieillissantes se heurtent à l'inadaptation plus ou moins forte des établissements dont elles auraient besoin, ni le secteur de la lutte contre l'exclusion, ni le secteur du grand âge n'étant vraiment adaptés pour l'accompagnement de ce public aux besoins multiples et spécifiques.

[81] Au secteur du logement et de la lutte contre l'exclusion font à la fois défaut la compétence médicale et/ou médicosociale dont ces publics ont un besoin constant, et l'environnement architectural adapté aux situations de perte d'autonomie et/ou de mobilité inhérentes au vieillissement. Quant au secteur du grand âge qui dispose *a priori* de ces compétences et de cet environnement, il lui manque la culture, le savoir-faire et le savoir-être pour accompagner ces personnes « dont les comportements et les pratiques hérités de leur vie d'errance et plus ou moins constitutifs de leur identité supposent une compréhension et une souplesse qui tranche avec les normes de fonctionnement habituelles »[293].

[82] Peinant à concilier les deux dimensions pourtant intriquées du social et du sanitaire, chaque secteur tend à reléguer ce public au second plan, considérant que la problématique ne relève pas exclusivement de son champ[294].

[83] A ceci, s'ajoute la question de l'âge comme critère limite ou comme seuil d'éligibilité pour être accueilli dans les structures qui conviendraient aux besoins de ces personnes précaires vieillissantes de façon plus ou moins prématurée. Parfois regardés comme « incasables », leur profil est aussi inadapté aux critères d'éligibilité et de fonctionnement des institutions que les structures le sont à leurs besoins [295].

[84] Ce public est aussi trop souvent démuni pour assumer les coûts d'hébergement de ces structures[296], à la fois trop isolé pour prétendre à la solidarité familiale de ses « obligés alimentaires »[297],

[292] Charlotte MIOT, Les trajectoires de vie et les parcours institutionnels des personnes âgées issues de la rue prises en charge par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Revue Gériatrie 2020 Mai ; 45 (5) ; Ce phénomène est également observé dans le suivi des parcours de relogement des SDF de plus de 50 ans pris en charge par la Fraternité Paris Saint-Maur de l'association les Petits frères des Pauvres. 25 % d'entre eux décédaient dans les six mois suivant leur relogement, selon le constat issu d'un terrain de thèse réalisé en 1999 au sein de l'association (Rouay-Lambert S. « Vivre à la rue et en sortir : pratiques urbaines sans abri et parcours d'insertion sociale par le logement », thèse de doctorat soutenu en 2001, Institut Français d'Urbanisme, Paris 8.

[293] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 (les troubles psychiques étaient retrouvés chez plus de 90 % de l'échantillon de l'étude menée par la FAS)

[294] Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[295] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[296] Une personne en situation de précarité n'a pas les moyens de financer une place en EHPAD (2 000 € par mois en moyenne).

[297] Une demande d'aide sociale à l'hébergement (ASH) peut être réalisée afin de permettre aux personnes de prendre en charge les coûts d'hébergement en Ehpad (paie la différence entre le montant des frais d'hébergement et ce que peut payer la personne âgée, voire ses obligés alimentaires (enfants, gendres, belles-filles). Mais son obtention peut être freinée pour les personnes en situation de rupture familiale n'ayant donc plus de contact avec les membres de leur famille.

et encore trop jeune pour pouvoir bénéficier de certaines aides financières et prestations sociales (ASH[298], ASPA[299])[300].

[85] Une part présente de surcroît des problèmes de droits, qu'il s'agisse de la capacité à les faire valoir ou de l'impossibilité à en bénéficier (statut administratif) qui constituent un obstacle plus ou moins infranchissable à l'accès aux structures médico-sociales de droit commun.

[86] « Les dispositifs d'hébergement peuvent constituer une forme de trappe, dans laquelle sont placées les situations perçues comme « incasables » et « non réinsérables » par les intervenants sociaux, mais dont la vulnérabilité de la situation implique de leur proposer quand même une place d'hébergement. L'AHI contribue à leur enfermement dans le sans-abrisme »[301].

[87] Trop fatigués pour la rue, trop âgés pour le secteur du handicap, trop jeunes pour intégrer les structures médico-sociales relevant du grand âge, trop pauvres, trop seuls et/ou trop démunis pour participer à leur prise en charge, « une part non négligeable d'entre eux décède peu de temps après la formulation d'une énième demande d'aide »[302] (cf. 2.3.3).

3.1 Des effets délétères systémiques

[88] Les centres d'hébergement d'urgence, d'insertion et de stabilisation, paraissent peu adaptés pour accueillir ces personnes, avec leur objectif d'insertion des personnes accueillies, vers le logement et l'emploi difficilement atteignables avec des personnes vieillissantes, cette inadaptation des dispositifs face à l'avancée en âge des personnes sans-abri se traduisant par un phénomène d'errance institutionnelle[303].

[89] Outre leurs conséquences sur l'accompagnement des personnes précaires accueillies, ces limites ont des effets délétères systémiques[304], tant en termes d'impact sur le bon fonctionnement des équipes de professionnels accompagnants et de l'accompagnement des autres publics accueillis (cf. 3.1.1) que de fin de vie (cf. 3.2.2) et de fluidité des parcours (cf. 3.1.3).

[90] A côté de la difficile mixité pouvant être observée entre des « jeunes » ayant des comportements déstabilisants et des « vieux » seniors au sein de l'établissement (différences de rythmes de vie des uns et des autres, stigmatisation, repli, mise à l'écart, frictions…), « nombre de professionnels témoignent de leur isolement, de leur sentiment d'impuissance et d'insécurité professionnelle ; voire de leur culpabilité»[305] , face à ces situations complexes à accompagner « sans les moyens ou la légitimité pour le faire »[306].

---

[298] L'article L. 113-1 du CASF fixe à 65 ans l'âge à partir duquel une personne sans les ressources personnelles suffisantes pour s'acquitter des frais d'hébergement en maison de retraite peut bénéficier d'un placement en établissement au titre de l'ASH.

[299] En 2016, le « non-recours » à l'APSA est particulièrement significatif (50 %), particulièrement chez les personnes âgées les moins bien positionnées socialement, en situation d'isolement – géographique, familial et/ou social, Campéon, A., Ramos-Gorand, M., & Warin, P. (2021). Avant-propos. Retraite et société, (87), 9-23, p. 14, cité dans Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri Marthe Clair Démétrios, Arielle Bernard-Viseux, Isabelle Senécal Dans Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176, pages 117 à 131.

[300] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[301] Aurélien Carotenuto-Garot Le non-recours à l'hébergement-logement des personnes sans domicile de longue date et vieillissantes : un non-retour ? , Sciences et actions sociales, 25/2025.

[302] Ibidem

[303] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[304] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/ 2025 (en ligne).

[305] Ibidem.

[306] Ibidem.

3.1.1 Impacts observés sur l'organisation et le fonctionnement des structures d'accueil

[91] L'augmentation du nombre de personnes précaires vieillissantes et leurs caractéristiques spécifiques font d'abord mécaniquement augmenter les besoins en formation des personnels (médecins, soignants, travailleurs sociaux, administrateurs, etc.)[307], dans un contexte de tension préexistante sur l'offre.

[92] Sur le plan de la prise en charge et de l'accompagnement, ces personnes précaires renvoient souvent les acteurs à leur limites, soit que leur besoins relèvent d'un autre métier auquel ils ne peuvent pas ou difficilement se substituer (les soins somato-psychiques, l'accompagnement de la perte d'autonomie dans le secteur du social) soit qu'ils supposent une connaissance et une prise en compte des spécificités de la très grande précarité impliquant un savoir-faire et un savoir-être différents (les addictions, les troubles psycho-comportementaux, l'ambivalence vis-à-vis des soins dans le secteur du médicosocial et du sanitaire).

[93] Dans les structures médicosociales (PA/PH), les personnes vieillissantes sans domicile ne mobilisent que difficilement les soignants, eu égard « à la charge et à la spécificité des soins à apporter, à leur valeur budgétaire, aux « potentialités d'inédit » apportées par leur pathologie, leur âge et enfin les valeurs et « la forme de prise en charge de leur malheur »[308].

[94] En première ligne face à une population de plus en plus nombreuse, nécessitant une expertise croisée en gérontologie et en accompagnement social, « les professionnels de la gériatrie manquent de compétences spécifiques pour accompagner des publics marginalisés »[309] et auraient « une véritable crainte quant à la surcharge de travail que peut représenter l'accompagnement de ce public (en situation de précarité) et ne se pensent pas formés pour intervenir auprès de ce dernier »[310].

[95] Dans le secteur de l'urgence sociale, le vieillissement devient problématique pour les professionnels lorsque des symptômes associées au grand âge apparaissent, tels qu'une perte d'autonomie, des pathologies chroniques comme l'arthrose, et/ou des troubles cognitifs, sachant que les troubles psychiques et les addictions[311], parfois intriqués au tableau clinique, constituent des problématiques tout aussi déroutantes[312].

[96] « Bien qu'ils ne soient pas explicitement mandatés pour accueillir ce public (l'accueil d'un public vieillissant entre en contradiction avec leurs fondements qui visent la réinsertion par le travail et par le logement), les professionnels des CHRS et CHU sont quotidiennement amenés à travailler auprès de ce public (…), souvent présent depuis longtemps, qui vieillit et demeure dans ces établissements à coté de personnes précaires vieillissantes n'ayant jusqu'alors pas fréquenté l'hébergement social, confrontées à une précarisation majeure »[313].

---

[307] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6).

[308] Camus A., Dodier N., « L'hospitalité de l'hôpital », Communications, 65, p. 109-119, 1997, cité dans Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse.

[309] Thibaut Besozzi et Anne-Bérénice Simzac, Le vieillissement des personnes sans-domicile : évolutions, publics et adaptations de l'intervention, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[310] M. Vignault, Emilie Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[311] Bruno de Goër, Soins aux personnes en situation de grande pauvreté ou d'exclusion, soins palliatifs : des similitudes ? Jalmalv n° 112, mars 2013.

[312] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ; Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[313] Chloé Bussi, Accompagner ces hébergés qui vieillissent, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[97] Outre une inadaptation sur le plan architectural (pas d'espace aux normes PMR[314], logements trop exigus ou sans possibilité d'adaptation, douches non sécurisées, absence d'ascenseur, de rampes d'accès ou encore de volets électriques, absence de connectique adaptée[315]…), l'inadéquation qui en ressort toutes structures de l'AHIL confondues révèle un « dépassement dans les missions afférentes aux postes des travailleurs sociaux » et des « bricolages »[316] sur fond de « décalage entre le travail prescrit (attendu) et le travail réel »[317] qui peut aller du questionnement éthique[318] jusqu'à la perte de sens[319], en plus d'épuiser les équipes dans un mélange de surinvestissement et de dispersion[320].

[98] Malgré la mise en place d'étayages (passages infirmiers, portages de repas…), ces bricolages sont perçus comme nécessaires pour assurer la survie des personnes ou des conditions de vie moins indignes (…) Les travailleurs sociaux peuvent ainsi réaliser des soins de nursing, changer des protections ou faire de l'aide à la toilette[321].

[99] « Ce décalage des pratiques n'apparait nulle part dans les textes, il n'est pas intégré par les professionnels comme faisant partie de leurs missions. Ceux-ci expriment la sensation de ne plus pouvoir « bien faire » [322], ayant le sentiment d'offrir un accompagnement dégradé et peu sécurisé, en proposant parfois des aménagements qui peuvent de surcroît mettre en danger sa vie et/ou celle d'autrui (cuisine, tabagisme et risque d'incendie)[323].

[100] La présence de ce public dans les structures de l'AHIL peut en effet créer des tensions sur la vie collective au sein de structures dont le fonctionnement est codifié par des normes, des aménagement spécifiques à l'usage d'une personne pouvant également susciter de l'incompréhension chez les autres résidents[324].

[101] Entre pression croissante sur les dispositifs et inadaptation de l'offre, les professionnels décrivent une « situation d'impasse systémique, où ils compensent, autant que possible, mais sans leviers suffisants, l'absence de cadre adapté par une sur-mobilisation non soutenable à long terme »[325], parfois

---

[314] L. De Moura, P. Delarue, Précarité, enjeux, spécificité, ville de Paris, avec sources complémentaire : Nuit de la solidarité, étude CASVP sous le pilotage de Paul HENRY et Mission Interface sous le pilotage de Thomas Baude.

[315] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/ 2025 (en ligne).

[316] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ; Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025 (en ligne).

[317]Maulini. O, Travail, travail prescrit, travail réel, formation en direction d'institutions de formation, Glossaire (p. 23), Lausanne, FORDIF (2010).

[318] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ; Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025(en ligne).

[319] « Ce qui fait la valeur du travail n'est pas seulement le salaire qu'on reçoit de l'extérieur. C'est d'abord la satisfaction intérieure de faire du « bon travail » : un travail utile, un vrai travail, du beau travail », Maulini, O. (2010), op. cit. supra.

[320] Dans l'enquête conduite par la FAS Bretagne auprès de structure AHIL de Bretagne, plus de la moitié des professionnels enquêtés considèrent que leur travail et leur santé au travail sont affectés par la prise en charge des personnes en situation de précarité et vieillissant.

[321] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne

[322] Charlotte Doubovetzky, Quand le vieillissement vient requestionner la place des résidents en pension de famille, in La politique du logement d'abord en pratique, 2022.

[323] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ; Christelle Achard, La prise en charge en hébergement des personnes sans domicile vieillissantes : dilemmes éthiques et pragmatiques pour les travailleurs sociaux, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[324] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[325] Enquête Igas en lien avec la FAS auprès de structures accueillant des personnes précaires vieillissantes, annexe 1.

au prix de souffrance physique, morale et d'un épuisement progressif[326] sur fond de sentiment d'impuissance des salariés d'un secteur déjà en crise.

3.1.2 Le cas particulier de la fin de vie

[102] Du fait du vieillissement des personnes précaires et de leur état de santé souvent très dégradé, la fin de vie est un problème rencontré par l'ensemble des structures, en général inadaptées pour ce type d'accompagnement, même si la grande majorité des personnes décède à l'hôpital[327]. L'hôpital ne permettrait pas pour autant un accompagnement digne de ces personnes, « victimes de stigmatisation voire d'une forme de ségrégation, au motif qu'elles « coûtent cher », qu'elles «ne rapportent pas », qu'elles prennent la place de personnes qui ont « véritablement besoin de l'hôpital dans sa fonction sanitaire »[328].

[103] Outre le fait de « redoubler le stigmate », la fin de vie dans les structures accueillant les personnes précaires vieillissantes constitue une épreuve institutionnelle qui « bouscule aussi bien les cadres de leur profession que les cadres de l'institution et a pour conséquence la fragilisation de l'accompagnement des personnes »[329].

[104] Les CHRS peuvent être amenés par défaut à être de potentiels lieux de fin de vie. Confrontés à ces situations auxquelles ils sont très peu formés ou sensibilisés, les professionnels des CHRS méconnaissent et sous-utilisent les structures de recours (réseaux de santé, équipes mobiles de soins palliatifs, unités de soins palliatifs)[330].

[105] Bien que la vocation des LHSS ne soit pas de recevoir des malades en fin de vie, on y trouve aussi des tableaux pathologiques souvent beaucoup plus graves que ce que les texte prévoient, grevant la charge de travail et l'investissement émotionnel d'un personnel ne bénéficiant ni de la formation ni du soutien requis[331]. Dans les LAM, les personnels seraient aussi assez peu formés ou sensibilisés à l'accompagnement de fin de vie[332].

[106] En tout état de cause, le soutien à l'accompagnement à la fin de vie est considéré comme un besoin prioritaire par près d'un tiers des structures enquêtées par l'Igas en lien avec la FAS (cf. annexe 1).

[107] Quand ils sont mis en place, les aménagements sont difficilement généralisables. Et quand les solutions manquent pour les accueillir, ces personnes « sont renvoyées de structure en structure sans trouver de solution durable, ce jeu circulaire n'étant pas sans résonner avec la dynamique propre au refus de soins »[333].

[108] De fait, la précarité accélère les inégalités d'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, aucun lieu n'étant réellement prévu pour accueillir et accompagner la fin de vie des personnes précaires vieillissantes, dans un contexte où les professionnels sociaux ne s'en sentent

[326] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/ 2025 (en ligne).

[327] Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert, Laetitia Overney, Anne-Sophie Haeringer, Groupe recherche action, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, Jalmalv n°112, mars 2013.

[328] Régis Aubry, la précarité n'est pas une situation exceptionnelle, Fin de vie et précarité, Rhizome 2017/2, N° 64.

[329] Gabriel Uribelarrea, La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé, Retraite et société, 2021, Vieillissement, marginalité urbaine et mal-logement, 85, pp.43-59.

[330] Observatoire national de la fin de vie, Fin de vie et précarités (p. 55), rapport 2014.

[331] René Schaerer, Christine Ballanza, Un accompagnement de fin de vie en lits halte soins santé, in Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2013/1 n° 112, pages 91 à 96, Éditions Presses universitaires de Grenoble.

[332] Observatoire national de la fin de vie, Fin de vie et précarités (p. 55), rapport 2014.

[333] Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert, Laetitia Overney, Anne-Sophie Haeringer, Groupe recherche action, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, Jalmalv n°112, mars 2013.

pas partie prenante et où les professionnels de santé méconnaissent la situation sociale des personnes, et plus encore les dispositifs et les ressources du champ social[334].

[109] Outre qu'elles sont inévitables dans les structures, les situations de fin de vie ne font pas seulement question en termes d'accompagnement technique mais constituent un moment où des choses se jouent aussi sur le plan social. Cela peut être le moment où l'on propose au grand précaire de renouer avec sa famille[335]. La réapparition de la famille et de proches du défunt peut aussi s'observer lors des funérailles (« fonction re-socialisante de la mort ») après des démarches de recherche de la part des accompagnants[336]. Et quand personne ne vient réclamer le corps ni ne se manifeste pour assister aux obsèques, « de réelles solidarités s'opèrent dans la discrétion et dans l'ombre, fruit de l'action de travailleurs sociaux, de CCAS à qui la charge de l'inhumation incombe, d'associations, ou encore d'accompagnants anonymes »[337].

[110] En plus de mieux mobiliser le soutien technique (cf. § 4), il s'agit donc d'inventer, au cas par cas, des seuils ou des limites, approche qui n'est pas sans rappeler celles qui se pensent en termes de réduction des risques ou celles relevant de la démarche palliative[338].

3.1.3 Effets plus généraux sur l'écosystème

[111] L'insuffisance (refus d'orientation vers les structures pour personnes âgées) ou l'inadéquation (absence de structures spécialisées sur certains territoires) des réponses pour ce public cumulant les vulnérabilités conduisent à un recours croissant à l'hébergement d'urgence, sans solution durable, exposant à un risque de saturation des dispositifs avec un impact sur l'accompagnement des autres résidents et sur les conditions de travail des équipes, pas assez nombreuses en plus de ne pas y être formées.

[112] L'allongement des durées de séjour qui s'observe dans les structures d'accueil et d'hébergement, peut concerner jusqu'à 60 % des structures enquêtées par la FAS qui évoque l'engorgement, voire la saturation, de certains dispositifs d'hébergement : « Les personnes restent plus longtemps et souvent jusqu'à leur décès. Ces durées de séjour augmentent en raison de l'absence de perspectives de sortie. Cela freine les entrées de nouvelles personnes » et confronte par ailleurs le secteur social, faute de solution alternative, à la gestion de la fin de vie des personnes concernées[339].

[113] Dans l'enquête Igas (annexe 1), 38 % des CHU et 33 % des CHRS déclarent que 15 à 18 % des personnes précaires vieillissantes accueillies en leur sein le sont depuis plus d'un an. Entre 30 % et 100 % des personnes précaires vieillissantes accueillies dans la moitié des LAM et des LHSS le sont depuis plus d'un an, notamment, du fait dans les LAM, d'états pathologiques « beaucoup plus graves que ce que prévoit le texte du décret (…) dont certains cas relèvent même des soins palliatifs »[340]. L'absence de solution de droit commun d'aval (souvent en lien avec la situation administrative) est une autre explication vraisemblable.

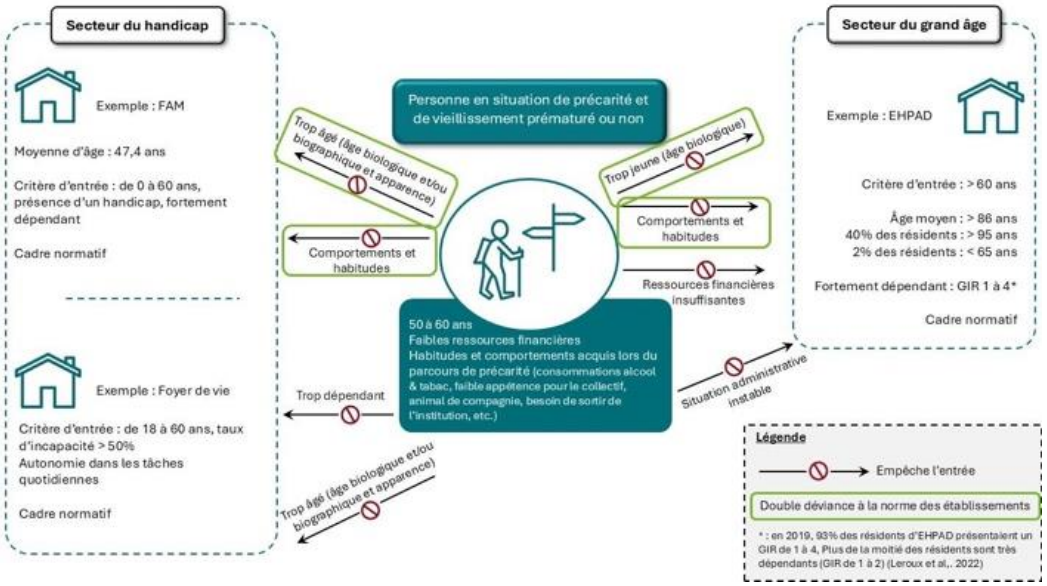
[334] Régis Aubry, la précarité n'est pas une situation exceptionnelle, Fin de vie et précarité, Rhizome 2017/2, N° 64, p.7 à 8.
[335] P. Reboul, Spécificités de l'accompagnement des grands précaires en fin de vie, Jalmalv n° 112, mars 2013.
[336] Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert, Laetitia Overney, Anne-Sophie Haeringer, Groupe recherche action, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, Jalmalv n°112, mars 2013.
[337] Observatoire national de la fin de vie, Fin de vie et précarités (p. 55), rapport 2014.
[338] Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert, Laetitia Overney, Anne-Sophie Haeringer, Groupe recherche action, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, Jalmalv n°112, mars 2013.
[339] M. Vignault, E. Rey, Le vieillissement – prématuré ou non - des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[340] Gabriel Uribelarrea. La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. Retraite et société, 2021, Vieillissement, marginalité urbaine et mal-logement, 85, pp.43-59

[114] La difficulté est effet de trouver des logements pérennes adaptés à ces profils qui ne relèvent ni des CHRS du fait leur autonomie dégradée et de leur absence de possibilité d'insertion, ni des pensions de familles qui n'ont pas assez de moyens humains et ne sont pas équipées en moyens médicaux, ni des logements HLM où manquent les dispositifs à domicile adaptés. Et quand leur situation administrative et financière leur permet d'y accéder, l'Ehpad est souvent inacceptable pour eux et les places difficiles à obtenir.

[115] Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) pourraient convenir à une partie de ce public en situation de précarité vieillissant s'ils n'étaient pas fortement saturés. Les LAM et les LHSS pourraient alors apparaître comme une solution - faute de mieux – mais ils n'offrent en théorie qu'une durée de séjour limitée dans le temps et ne constituent en principe pas un logement pérenne.

[116] Sans solution d'accueil et/ou d'accompagnement satisfaisante, une partie de ce public peut également se voir orienter vers l'hôpital qui évite tant que possible les hospitalisations, craignant notamment un allongement de la durée d'hospitalisation[341] du fait du manque de prise en charge en aval (profil de *bed-blocker*, avec surcoûts associés), ou conditionnant l'admission à l'assurance d'une solution en sortie vers des structures d'hébergement.

Graphique 1 : Cartographie des difficultés rencontrée pour accompagner les personnes précaires vieillissantes



Source : Rapport Fédération des acteurs du social Bretagne, 2025

3.2 Le cas particulier des Ehpad

[117] « 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 »[342], ce d'autant que, « faute de solutions alternatives, les SDF retraités seront de plus en plus nombreux à y être placés »[343].

[341] Ces patients auraient en moyenne des hospitalisations plus longues et plus coûteuses d'environ 30 % que les patients non précaires, ainsi qu'un taux plus élevé de comorbidités ou de complications associées.

[342] Patrick Delarue, Latifa Jolly, Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 Janvier ; 48 (1).

[343] Sophie Rouay-Lambert, Les « SDF retraités » ou comment un impensé social devient un enjeu de société, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6),

[118] Le principal obstacle à l'accès aux maisons de retraite des personnes sans domicile est leur manque de ressources et leur isolement social (absence de soutien familial ou amical) qui les prive de l'appui de proches dans les démarches quotidiennes. Le second est leur âge (« trop jeune » pour être accepté ou obtenir une aide financière à l'hébergement en maison de retraite), leur situation administrative (absence de documents, ressortissants étrangers), leur état de santé (polypathologique) et/ou la faiblesse de leur ressources[344].

[119] « La précarité et l'exclusion modifient la manière d'être au monde. Ce public qui sort de la survie réapprend à être visible, à exprimer des besoins, à vivre avec son corps, à en accepter les limites. Ce cheminement doit être accompagné par l'établissement »[345].

[120] Il s'agit essentiellement d'hommes, dont une grande partie ont moins de 75 ans, très vulnérable sur le plan économique (plus de 90 % d'ASH), avec des niveaux de dépendance moindre que les résidents classiques, ce qui ne signifie pas que leur accompagnement n'exige pas autant, voire plus d'investissement humain et financier. Sur le plan sanitaire, les maladies cardiovasculaires et neuropsychiatriques sont très fréquentes ainsi que les addictions à l'alcool, suivi par les pathologies digestives, respiratoires, dermatologiques, et cancéreuses[346].

[121] L'adaptation et l'intégration de ces publics au sein de l'établissement sont souvent empreintes d'une certaine ambivalence, avec des « attaques constantes du cadre par des conduites transgressives mettant à mal les règles de vie communautaire » : mise en danger par des alcoolisations massives; psychopathologies à l'origine de troubles du comportement perturbant la vie institutionnelle ; les fugues avec errances et l'incurie ne sont pas rares; les relations avec les autres sont également complexes, allant du phénomène d'entraînement alcoolique à la conflictualité agressive dans certains cas ; les décompensations psychopathologiques réactionnelles sont fréquemment observées dans les premières semaines suivant l'admission[347].

[122] « Pour une part importante, la filière gériatrique se révèle toutefois réticente à s'occuper des patients qui ne correspondent pas à sa spécialité, définie comme la prise en charge médicale polypathologique des plus de 75 ans. Bien qu'elles souffrent des mêmes difficultés physiques, cognitives et sociales que le public habituel de la gériatrie et que les mêmes grilles diagnostiques puissent être utilisées pour analyser la situation sanitaire des personnes sans domicile vieillissantes et les personnes de plus de 75 ans, elles suscitent la défiance des acteurs de la santé et du social, qui craignent que ce public, dont le vieillissement prématuré ne répond pas aux critères habituels de leur intervention, ne représente une charge de travail supplémentaire »[348].

[123] De fait, ces publics prendraient 10 à 20 % de temps en plus en soins, négociation, éducation que les autres résidents (récurrence des sollicitations des personnels, et pas uniquement travail social mais aussi assistantes sociales, animateurs, cadres, aide-soignant, secrétaires)[349]. Leur prise en charge suppose la mise en place de pratiques et de modalités de prise en charge spécifique (formation,

[344] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85, pages 61 à 81, Éditions Caisse nationale d'assurance vieillesse. Certaines structures se montrent réticentes à accueillir les personnes dont l'hébergement est financé par l'aide sociale départementale, car cette dernière est versée avec un long délai, « susceptible de fragiliser la trésorerie de structures de faible dimension dont la part de la population éligible à l'aide sociale est significative »

[345] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert, conclusion dossier Précarité vieillissement, Revue Gériatrie 2020 juin ; 45 (6).

[346] Paul Henry, Marie Mallet, Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD Revue Gériatrie 2020 Mai ; 45 (5).

[347] Papa Oumar Ndiaye, Les troubles du comportement des résidents d'Ehpad ayant connu un parcours de précarité, Revue Gériatrie 2020 mai ; 45 (5).

[348] Laureline Coulomb, Les personnes sans domicile vieillissantes face aux dispositifs d'hébergement sociaux et médicaux, Retraite et société 2021/1 N° 85.

[349] Étude pour l'ARS IDF par CEMKA sur le public précaire accueilli dans les Ehpad de la région IDF, 2022.

adaptation au règlement, recrutement professionnel spécialisé) en plus de partenariats spécialisées (filière gériatriques, santé mentale…)[350].

[124] Une difficulté de la prise en soin du résident précaires est son addiction à l'alcool (et/ou d'autres substances)[351], « l'addiction du résident précaires étant source de manque ou d'abus, et responsables de crises et d'agressions »[352], problématique à intégrer au cas par cas plus qu'à combattre (cf. 4.3.1)[353].

[125] « Les problématiques liées à l'argent sont permanentes, une partie de ses revenus est captée par l'institution en vue de financer son hébergement et son alimentation et l'argent disponible, notamment pour les cigarettes, est fortement revu à la baisse »[354].

[126] « 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 (…) La question de savoir s'il faut renforcer les mesures de sécurité anti-fugue ou au contraire accepter le risque revêt une importance toute particulière dans les Ehpad marqués par l'hébergement de personnes sorties de la rue. Or, pour le résident précaire, la « fugue » n'est pas accidentelle, elle est organisée »[355] .

4 Pistes d'actions évoquées dans la littérature

[127] Outre le fait de réfléchir sur les cadres et les structures de l'accueil, la vieillesse « extraordinaire » nécessite de revoir les instruments de mesure de l'âge et du degré de vieillissement à partir desquels les structures fonctionnent, à l'aune de pathologies désynchronisant l'âge somatique et social[356].

[128] « La spécificité et l'ampleur de la mutation sociétale » auquel le vieillissement des personnes précaires expose les institutions leur imposent de le faire sans tarder, dans la mesure où elles n'y sont pas vraiment préparées[357].

4.1 Quelques grands principes qui se dégagent de la documentation étudiée

4.1.1 Décloisonner les politiques publiques, les secteurs et les dispositifs

[129] Pour répondre à un accompagnement hors norme, multi-institutionnel et pluridisciplinaire, qui défie fonctionnement en silo des politiques publiques, les acteurs mettent en avant le besoin de **coordination** des différentes politiques publiques que leurs impératifs propres peuvent conduire à agir en contradiction les unes des autres (politiques d'hébergement d'urgence assumée par le préfet ; politiques publiques de santé assurées par les ARS, politiques publiques portant sur l'autonomie dépendant des conseils départementaux) et des différents acteurs[358].

[350] Ibidem.

[351] S Rouay-Lambert, Les « SDF retraités » ou comment un impensé social devient un enjeu de société, Rev. Gér. 2020, juin 45 (6).

[352] Patrick Delarue, Latifa Jolly Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 janvier ; 48 (1).

[353] M. Vignault, E. Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ; Patrick Delarue, Latifa Jolly, Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 janvier ; 48 (1) ;

[354] Patrick Delarue, Latifa Jolly Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 janvier ; 48 (1).

[355] Patrick Delarue, La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement, Revue Gériatrie 2020 juin ; 45 (6).

[356] Dr Martine Le Noc-Soudani, L'impensé des vieillissements extraordinaires, Gérontologie et société, n° 176, vol. 47 / 2025

[357] Les retraités de la rue sont-ils des « personnes âgées » ? Pour une écologie du vieillissement, Sophie Rouay-Lambert, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[358] Marthe Clair Démétrios, Arielle Bernard-Viseux, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Isabelle Senécal Dans Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176, pages 117 à 131

- Dépasser les logiques de compétence exclusive, multiplier les espaces de responsabilité partagée et inventer des modalités d'intervention communes entre le social, le médico-social et le sanitaire[359].
- Mettre en place d'une cellule de **coordination intersectorielle** pour les situations les plus complexes
- Créer des ponts entre les professions du social, de la santé, de l'addiction

[130] Il ressort également de la littérature que chaque secteur doit s'adapter aux particularités de ce public, le secteur gériatrique en s'ouvrant aux compétences du travail social pour s'acculturer aux modes de vie marginaux, et le secteur social, en s'ouvrant au savoir-faire médical pour faire face à ces pathologies (perte d'autonomie, addictions, troubles psychiques, problèmes somatiques).

- Soutenir l'interconnaissance locale entre secteur du social et secteur du sanitaire ou médico-social pour favoriser un décloisonnement et un travail d'accompagnement social et sanitaire interdisciplinaire, intersectoriel et coordonné formations interdisciplinaires ou stages croisés.
- Fonder un panel d'offre de formations dédiés au précaire vieillissant à destination des acteurs des secteurs œuvrant sur le vieillissement ainsi que des acteurs et personnels du secteur sanitaire[360].
    - *Création d'un diplôme universitaire (DU)* sur l'accueil et l'accompagnement des précaires vieillissants
    - *Création de certificats* : les formations courtes (journée ou hebdomadaire ; ponctuelle ou récurrente, etc.) certifiantes en partie co-élaborées avec les commanditaires offrent une grande souplesse, une réactivité et une opérationnalité appréciées dans les organisations

4.1.2 Adapter les secteurs (introduire du soin dans le social et du social dans le soin)

[131] ***Adapter le secteur de l'hébergement***

- Rénover le bâti des structures d'hébergement[361] ou le rendre conforme notamment aux normes PMR[362].
- Pourvoir les structures de temps infirmier, psychologue et/ou médiateur en santé[363] formés au public vieillissant en situation de grande précarité afin de favoriser un continuum de prise en charge[364].

[132] Pour autant, il faut pouvoir orienter quand les besoins en soins et/ou en accompagnement deviennent trop importants

- « Les pensions de famille sont le plus souvent perçues, par les professionnels des dispositifs d'hébergement, comme une forme de solution pour l'orientation des personnes en situation de précarité et vieillissantes où il est possible de mettre en place des étayages de différentes formes pour les personnes accompagnées Mais c'est une fausse bonne idée : les pensions de famille doivent répondre à un critère de mixité sociale parmi leurs locataires, elles n'assurent pas une présence continue exposant ainsi les personnes à un risque élevé pour leur santé, et elles dispensent un accompagnement social moins important que dans la plupart des autres structures du secteur de l'insertion. Une partie des demandes d'orientation en pension de famille pour les personnes

[359] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/2025.

[360] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6),

[361] Les établissements ne disposent pas toujours d'ascenseurs et comportent de nombreux étages. De surcroît, les chambres ne se situent que rarement au rez-de-chaussée, contraignant les personnes à de nombreux déplacements entre les étages. L'habitat en centres d'hébergement constitue ainsi une épreuve physique pour les personnes dont la motricité est limitée, d'autant plus que les barres de soutien dans les sanitaires ou les rampes dans les escaliers ne sont pas toujours présentes. Les repas ne sont pas pleinement adaptés aux personnes vieillissantes.

[362] M. Vignault, E. Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[363] Préconisations UNIOPSS & DIHAL, 2025

[364] M. Vignault, E. Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

présentant une trop forte dépendance, avec en particulier des problématiques d'addictions, se voient ainsi refusées »[365]

- « Il ne s'agit pas de transformer les Pensions de Famille et les Résidences-Accueil en EHPAD allégés, ni d'aller vers une médicalisation de ces dispositifs, dont ce n'est pas la vocation mais d'ouvrir la possibilité d'un accompagnement renforcé, modulable, gradué, capable de suivre l'évolution des besoins, sans rompre avec le cadre de vie et les repères construits »[366]

[133] ***Adapter le secteur personnes en perte d'autonomie***[367]

- « Considérer l'intérêt des dispositifs facilitateurs (Mission interface) pour améliorer l'acceptabilité réciproque des orientations du secteur social vers le médicosocial et fluidifier les parcours des personnes hébergées »
- « Préparer les publics précaires éligibles à l'hébergement « personnes âgées » afin qu'ils puissent s'y projeter (visites des établissements) »
- Revoir/faire évoluer les outils utilisés, les grilles AGGIR[368] et PATHOS reflétant mal la perte d'autonomie psycho-cognitive d'après les professionnels confrontés à ces résidents précaires)[369].
- "Intégrer un ou des travailleurs sociaux, notamment des ES, dans chaque équipe d'établissement d'accueil pour personnes âgées par faciliter l'inclusion et l'adaptation des personnes en situation de précarité »
- Permettre l'accès aux dispositifs d'aide et de soins à domicile (SSIAD[370], ESSIP[371], SAAD[372], SPASAD[373], DRAD[374], HAD[375]) sur un critère de perte d'autonomie au lieu d'un critère d'âge et faire que ces dispositifs puissent se rendre sur les lieux de vie des PPV en élargissant leur mission et en adaptant leur moyen au secteur AHIL.
- Mettre en place des politiques de réduction de risques et des dommages (notamment alcool) dans les établissements pour personnes âgées.

[365] M. Vignault, E. Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[366] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/ 2025 (en ligne).

[367] M. Vignault, Emilie Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.

[368] Le GIR ne prend pas en compte le niveau de détérioration psy ni les addictions, ni les sujets de sécurité.

[369] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6).

[370] Services de soins infirmiers à domicile, financé par l'assurance maladie intervenant à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

[371] Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité, adaptation du SSIAD aux personnes en situation de grande précarité qui leur dispensent des soins infirmiers, d'hygiène et de conforts afin d'éviter/limiter une dégradation de leur état de santé et peut se déplacer dans tout lieux de vie (hébergement, logement, rue), quel que soit leur situation administrative.

[372] Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile, déployé dans le droit commun depuis 2022, dispositif d'EHPAD « hors les murs » qui permet aides aux repas, aides à la toilette, séances de kinésithérapie, sorties et activités culturelles. Il délivre des prestations de sécurisation du domicile et d'adaptation du logement, de gestion des situations d'urgence ou de crise, de coordination renforcée en continuité du projet de vie, de lutte contre l'isolement et de soutien de l'aidant.

[373] Services d'aide et d'accompagnement à domicile, qui favorisent/maintiennent l'autonomie des personnes âgées via une aide pour accomplir les tâches quotidiennes, la PCH ou l'APA pouvant permettre de les financer.

[374] Services polyvalents d'aide et de soins à domicile, mixte de SSIAD et de SAAD, qui dispensent des aides à domicile que des soins infirmiers aux personnes âgées (de plus de 60 ans) et aux personnes en situation de handicap.

[375] Hospitalisation à domicile pour assurer des soins à domicile sur durée limitée afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation.

Plusieurs expérimentations de mise en place de stratégies de réduction des risques, notamment alcool (RdDR-A) menées dans des structures du secteur de l'AHI (LAM, LHSS, CHRS) (Bach et al., 2020 ; Benech et al., 2021) ont montré de nombreux effets bénéfiques, tels qu'une amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes hébergées, une diminution du sentiment de honte ou encore de meilleures conditions de dialogue au sujet des consommations.
Les retours d'expérience montrent également un apaisement des tensions sur les structures, une réduction des consommations, une réduction des violences physiques et verbales, un renforcement du lien de confiance entre résidents et professionnels, une création de lien social entre résidents, des professionnels qui se sentent mieux équipés et outillés pour appréhender les conduites addictives avec les personnes qu'ils accompagnent, ainsi qu'une facilitation de l'accompagnement social (Bach et al., 2020; Benech et al., 2021; Passavant, 2022).
La mise en place d'une politique de RdRD-A dans les Ehpad, même dits classiques, cogestion ou levée de l'interdiction des consommations, permettrait de faciliter le maintien et l'accompagnement social et sanitaire de ces personnes[376].

4.1.3 Créer des solutions intermédiaires entre l'AHIL et les EHPAD

- Permettre et favoriser un accueil temporaire et progressif des personnes en situation de précarité et vieillissant prématurément ou non dans les établissements pour personnes âgées permettant ainsi des allers-retours entre la structure du secteur de l'AHIL et l'EHPAD[377].
- Mettre en place des équipes mobiles de soins palliatifs – précarité, qui non seulement, dispensent des soins curatifs et palliatifs, mais également se déplacent sur les lieux de vie des personnes, pourrait permettre un accès aux soins palliatifs pour les personnes concernées[378]
- Faire évoluer les référentiels professionnels et réinventer des formes d'hybridation assumée des pratiques, métiers, financements et visions (mutualisation APA, PCH type Habitat intermédiaire, rôle des mutuelles)[379]

4.1.4 Reconnaître la spécificité du vieillissement des personnes en souffrance psychique[380]

- « Supprimer la barrière des 60 ans (ou 65 ans)[381] comme critère d'accès à l'action publique de soutien à l'autonomie »
- « Obtenir un consensus sur des critères d'objectivation du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité et des critères de catégorisation du public en situation de précarité vieillissant prématurément ou non afin en vue de sa prise en compte dans les études statistiques (enquêtes ES DS) »
- Donner les moyens à la recherche portant sur la vieillesse de prendre en compte ce public

[376] M. Vignault, Emilie Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[377] M. Vignault, Emilie Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[378] M. Vignault, Emilie Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025.
[379] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/2025 (en ligne).
[380] M. Vignault, Emilie Rey, rapport FAS Bretagne, Avril 2025 ;
[381] Marthe Clair Démétrios, Arielle Bernard-Viseux, Isabelle Senécal, Vieillissement et grande précarité : la double peine des personnes âgées sans-abri, Gérontologie et société 2025/1 vol. 47/ n° 176.

4.1.5 Savoir aussi reconnaitre l'apport remobilisant de ces nouveaux publics

[134] Le vieillissement s'accompagne d'une transformation des enjeux de l'accompagnement[382] . En accueillant ces hébergés vieillissants, les travailleurs sociaux sont mis au défi de repenser l'institution et les frontières de leur métier, étant observé que le vieillissement ne réduit pas seulement les perspectives d'accompagnement, mais en ouvre aussi de nouvelles, comme l'ouverture de certains droits administratifs, l'accès au statut social et aux ressources de la retraite, la possibilité d'un travail sur la santé – somatique, psychologique, addictologique –, ou encore la (re)prise de contacts avec la famille[383]. Autant de nouveaux possibles, qui « invitent à sortir de l'appréhension du vieillissement uniquement à travers ses effets limitatifs »[384].

[135] Dans les Ehpad visités par la mission IGAS, les professionnels considèrent que les résidents issus de la rue entrent en Ehpad « pour revivre, non pour mourir » (au moins 10 ans), la perspective étant de « les redynamiser et les remettre en selle sur le plan physique et mental », pour leur permettre par la suite de « se projeter dans des activités plus sociales ». Il y a un « effet stimulant » au fait d'accompagner ces populations à partir du moment où on en a les moyens, l'intérêt étant de « ne pas faire que de la gérontologie » avec ce public « qui apporte du sens »[385].

4.2 Concernant la fin de vie

[136] « La problématique de l'accompagnement à la fin de vie, indissociable de celle du vieillissement prématuré ou non des personnes sans abri, demeure un impensé des politiques publiques auquel sont pourtant confrontés, dans des institutions « en général inadaptées à la fin de la vie » les professionnels de l'urgence sociale »[386].

[137] « S'il est parfois difficile d'aborder le thème de la mort, il reste indispensable de l'évoquer entre professionnels, et notamment, lors de la synthèse des résidents, travaillée en collaboration avec un médecin psychiatre, qui apporte des pistes pour mieux appréhender un futur décès et également l'envisager auprès du résident, afin qu'il puisse « régler ses affaires » avant de partir, pour « mourir en étant à sa place »[387].

[138] Outre de pouvoir s'appuyer sur des structures supports (équipe mobile, HAD…), l'enjeu est de savoir « ajuster la pratique à chaque situation et redéfinir l'accompagnement de la maladie grave et de la fin de vie comme un projet d'accompagnement à part entière »[388].

[139] A cet égard, la HAS a publié en 2020 des recommandations de bonnes pratiques proposant une série d'actions pour organiser l'établissement et préparer les équipes, accompagner au quotidien la personne en fin de vie et soutenir l'entourage de la personne décédée, les autres personnes accueillies et les équipes[389].

[140] Au-delà de la nécessaire augmentation du nombre d'Ehpad et de dispositifs LAM permettant l'accueil des personnes âgées sans domicile ou en situation de grande précarité financière, il faudrait également déployer plus largement l'hospitalisation à domicile pour en faire un « outil de la solidarité »

---

[382] David Erbs, « La Pension de Famille et la Résidence-Accueil face au vieillissement de leurs résidants », *Sciences et actions sociales* 25/2025 (en ligne).

[383] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert, Revue Gériatrie, 2020 Juin ; 45 (6).

[384] Accompagner ces hébergés qui vieillissent, Chloé Bussi, Sciences et actions sociales, 25/2025.

[385] Échanges avec l'encadrement de l'Ehpad François Ier et de l'Ehpad des Églantines

[386] Gabriel Uribelarrea. La dernière demeure. Accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. Retraite et société, 2021, Vieillissement, marginalité urbaine et mal-logement, 85, pp.43-59

[387] René Schaerer, Christine Ballanza, Un accompagnement de fin de vie en LHSS, JALMAV 2013/1 n° 112.

[388] Rémi Eliçabe, Amandine Guilbert, Laetitia Overney, Anne-Sophie Haeringer, groupe recherche action, Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie, Jalmalv n°112, mars 2013.

[389] LHSS, LAM, ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, HAS, déc. 2020

pour les plus précaires. Les pensions de familles, qui accueillent sans limitation de durée des personnes sans domicile, au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde pourraient être investies de la même manière[390].

[141] Enfin, le « bénévolat d'accompagnement devrait être une des expressions de la solidarité envers les personnes les plus précaires et fragiles ». Il serait nécessaire de « former les étudiants en santé et les professionnels de santé à la réalité de la précarité, à la spécificité des situations et à la prise en charge de ces personnes vulnérables ». Il faudrait enfin mettre en place des « outils de repérage des fragilités sociales dans le champ du soin à l'hôpital et à domicile à l'attention des équipes soignantes »[391].

4.3 Dans les Ehpad

[142] « 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 »[392]. L'Ehpad est une des structures qui est et qui sera la plus sollicitée pour ces personnes précaires vieillissantes.

[143] Il faut d'abord travailler les réticences d'une partie de ces dernières à aller en Ehpad comme celles de ceux qui sont susceptibles de les y accueillir. Une « intégration réussie » nécessite par ailleurs un personnel formé et bienveillant, notamment grâce aux parcours de formation des agents et au savoir-faire des soignants, à leur fidélité à un établissement porté par une philosophie altruiste, mais aussi aux compétences structurantes et collégiales de l'encadrement (médecins, cadres et directeurs)[393].

[144] Pour s'adapter à l'accueil de ces populations, l'Ehpad doit d'abord veiller à ce qu'il y en ait plusieurs dans ses murs, une proportion idéale de 10 % de résidents précaires dans la file active semblant faciliter l'intégration et la cohabitation[394].

[145] L'Ehpad doit également pouvoir disposer d'une grille d'évaluation de la perte d'autonomie psycho-cognitive, et mettre en place un processus de diagnostic psychiatrique[395], afin d'ajuster les prises en charge des personnes, et prendre également en compte les différences en termes de capacités mais aussi de handicaps dans l'ensemble de l'accompagnement proposé (activités, prise en charge médicale et psychothérapeutique, etc.)[396].

[146] La prise en soin se fait au cas par cas, avec toutefois une constante : la position systématique de refus du résident au début qui suppose une négociation systématique implique une augmentation conséquente du temps passé par rapport à une prise en charge dite classique et peut conduire parfois à des situations extrêmes[397].

---

[390] Régis Aubry, La précarité n'est pas une situation exceptionnelle, Fin de vie et précarité, Rhizome 2017/2, N° 64.

[391] Régis Aubry, la précarité n'est pas une situation exceptionnelle, Fin de vie et précarité, Rhizome 2017/2, N° 64.

[392] Patrick Delarue, Latifa Jolly, Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 Janvier ; 48 (1),

[393] Charlotte Miot, Isabelle Faulques, Comment préparer et réussir l'accueil des personnes âgées précaires en Ehpad, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6).

[394] Patrick Delarue, Latifa Jolly, Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 Janvier ; 48 (1),

[395] Cf. grille de cotation et d'appréciation des symptômes et syndromes déconcertants. En cours de publication cette Échelle d'évaluation, chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes DÉconcertants (EPADE) pourrait servir de base pour évaluer le public de résidents précaires. http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220000496

[396] Paul HENRY, Marie MALLET, Une approche du profil des résidents ayant eu un parcours de rue à travers l'exploitation des données disponibles en EHPAD Revue Gériatrie 2020 Mai ; 45 (5).

[397] Dr Le Noc Soudani, Charlotte Miot, Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue, Revue Gériatrie 2020 Mai ; 45 (5),

[147] Pour une meilleure prévention des situations de tension ou de crise (alcoolisation, fugues, conflits), il est recommandé de désigner des agents de confiance[398] (notion de *soignant confident*[399] revue et édulcorée depuis sa conception[400], un peu plus référent et un peu moins confident) avec lequel il y aura une relation plus personnalisée qui permettra de dialoguer, de négocier, de contractualiser (à propos des cigarettes, de l'alcool, des animations, des sorties…) mais aussi d'adapter son niveau d'exigence[401].

[148] Les états alcooliques engendrent des difficultés de prise en charge, des refus de soins, pour lesquels les soignants doivent négocier pour se faire entendre, ce qui nécessite un savoir, un savoir-faire et un savoir-être, et, idéalement, la collaboration des psychiatres et des addictologues[402].

[149] « Les laisser-faire tacites, les dépassements parfois complices des agents/soignants vis-à-vis des résidents (concernant les sorties, les permissions de fumer ou de boire, etc.) sont les manifestations de cette flexibilité nécessaire au bon déroulement de la vie quotidienne »[403], permettant de « trouver un équilibre entre son désir de liberté, les restrictions institutionnelles et les limites physiques liées à l'âge »[404].

[150] « L'important est de ne pas trop dépasser les limites, sinon le contrat moral tacite sera rompu et la confiance abîmée, voire perdue. Du côté des SDF retraités, cela peut provoquer une fuite/fugue ou une rechute, une rupture du lien ; du côté de l'institution, parfois des sanctions de diverses natures ; et de fait, pour tous, une renégociation de la relation et du contrat »[405].

[151] Le contact avec des résidents précaires se fait dans la mesure du possible par une relation de type « 1 pour 1 ». Leur confiance, condition *sine qua non* pour garantir un accompagnement, se donne avec mesure et parcimonie. Dans cette perspective, le recours à professionnel du social un éducateur spécialisé « qui connaît les codes de langage des professionnels du soin, des tutelles, et surtout des personnes issues de la précarité » est une condition très aidante, à telle enseigne que sa présence s'est généralisée dans les Ehpad de la Ville de Paris[406].

[152] Ce professionnel va être la personne-ressource reliant la personne précaire entre son milieu d'errance et l'institution dans laquelle elle entre. En sa présence, il est constaté moins d'incidents, de crises, et de déclaration d'évènements indésirables au sein des Ehpad accueillant des personnes venant de la rue[407].

[153] S'ils s'avèrent utiles, tous ces ajustements ne vont cependant pas de soi. Dans sa recommandation de bonne pratique relative à l'accompagnement des personnes en situation de précarité et à la continuité de parcours, la HAS soulevait, en 2020, la difficulté à orienter ces personnes

[398] Agent (soignant ou non) identifié par le résident comme une personne en qui il peut avoir confiance (sous réserve pour l'agent de maitriser les effets de transferts). Ce binôme permet une dimension relationnelle au-delà du soin tout en y ajoutant un cadre.

[399] Dr Le Noc Soudani, Charlotte Miot, Le savoir-faire d'EHPAD accueillant des résidents ayant connu la rue, Revue Gériatrie 2020 mai ; 45 (5),

[400] Patrick Delarue, La liberté de fuir est-elle un axe d'accompagnement, Revue Gériatrie 2020 juin ; 45 (6),

[401] Ibidem

[402] Ibidem

[403] Sophie Rouay-Lambert, Les « SDF retraités » ou comment un impensé social devient un enjeu de société, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6),

[404] Vanessa Benoit, Dr Martine Le Noc-Soudani, Charlotte Miot, Sophie Rouay-Lambert, conclusion dossier Précarité vieillissement, Revue Gériatrie 2020 juin ; 45 (6).

[405] Sophie Rouay-Lambert, Les « SDF retraités » ou comment un impensé social devient un enjeu de société, Revue Gériatrie 2020 Juin ; 45 (6),

[406] Patrick Delarue, Latifa Jolly, Accompagnement des personnes âgées issues de la rue : les apports d'un éducateur spécialisé en Ehpad, Revue Gériatrie 2023 janvier ; 48 (1).

[407] Ibidem.

vers un Ehpad et la nécessité de réaliser des aménagements spécifiques pour l'accueil de ces profils en institution.

[154] Mais rien de précis n'y est dit pour gérer les situations éthiquement et juridiquement insécurisantes et les éventuelles limites à poser, sachant par exemple que les approches de réduction de risque suscitent des conflits de valeur en mettant les soignants dans des injonctions paradoxales dans un contexte où la responsabilité du directeur est, de surcroit, engagée. **A cet égard, il manque encore des référentiels pour éclairer les pratiques dans les Ehpad et autres structures susceptibles d'accueillir des personnes sans abri (PF, RA, logements inclusifs) qui puissent de manière plus générale, aussi bénéficier aux autres résidents (gestion de la liberté de circuler par exemple).**

ANNEXE 3 : Exploitation des enquêtes es-DS et EHPA par le pôle data (j. berthe, e. martins)

ANNEXE 3 : EXPLOITATION DES ENQUETES ES-DS ET EHPA PAR LE POLE DATA (J. BERTHE, E. MARTINS) 141

1 ACCUEIL DE PERSONNES PLUS JEUNES ET PEU DEPENDANTES EN ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES : ENSEIGNEMENTS ISSUS DE L'ENQUETE EHPA 142

1.1 PRESENTATION DES DONNEES 142
1.2 REPARTITION DES RESIDENTS EN EHPA SELON LES CLASSES D'AGE 142
1.3 REPARTITION DES RESIDENTS AYANT UN GIR LEGER EN EHPA SELON LES CLASSES D'AGE 143
1.4 ANALYSE DE LA PRECARITE DES RESIDENTS EN EHPA A PARTIR DU CRITERE DE L'ASH 143
1.5 POPULATION MOINS DE 70 ANS, DEPENDANCE LEGERE ET BENEFICIAIRES ASH : ANALYSE PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT 145
1.6 ZOOM SUR QUATRE ETABLISSEMENTS CIBLES PAR LA MISSION 147
1.6.1 Effectif total des résidents dans les établissements 148
1.6.2 Effectif des résidents ayant un GIR 4, 5 ou 6 dans les établissements 148
1.6.3 Effectif des résidents classés dans un GIR 4, 5 ou 6 dans les établissements, par classe d'âge 149

2 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTE SOCIALE : ENSEIGNEMENTS ISSUS DE L'ENQUETE ES « DIFFICULTE SOCIALE » 150

2.1 PRESENTATION DES DONNEES 150
2.1.1 Le champ des enquêtes 151
2.2 VIEILLISSEMENT GLOBAL DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES EN DIFFICULTES SOCIALES 152
2.2.1 Structure par âge de la population hébergée en places permanentes 152
2.2.2 Structure par âge et par catégorie d'établissement de la population hébergée en places permanentes 154
2.2.3 Structure par catégorie d'établissement et par classe d'âge de la population hébergée en places permanentes 156
2.2.4 Structure par catégorie d'établissement, âge et sexe de la population hébergée en places permanentes 161
2.2.5 Analyse territoriale : vieillissement des résidents en CHRS, perspectives régionales 163
2.3 ANALYSE DE LA DUREE D'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT SELON L'AGE DES RESIDENTS 164
2.3.1 Zoom sur les CHRS : des durées d'hébergement plus longues pour les personnes âgées 168
2.4 LE STATUT DE SEJOUR DES PERSONNES HEBERGEES EN ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES EN DIFFICULTE SOCIALE 168
2.4.1 Zoom sur les CHRS : Répartition du statut de séjour par classe d'âge dans les CHRS 169
2.5 ANALYSE DES MOTIFS D'ADMISSION SELON L'AGE DES PERSONNES HEBERGEES 171

1 Accueil de personnes plus jeunes et peu dépendantes en établissements pour personnes âgées : enseignements issus de l'enquête EHPA

1.1 Présentation des données

[1] L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) collecte des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, ainsi que sur les personnels qui y exercent et les personnes qui y sont hébergées. Elle fournit de nombreux éléments d'analyse relatifs aux caractéristiques des établissements, de leurs personnels et de leurs résidents, notamment en termes d'effectifs et de qualifications des personnels, d'âge et de niveau de dépendance des résidents (GIR), ainsi que de pathologies déclarées. Du fait de leur périodicité régulière, les enquêtes EHPA permettent également d'analyser les évolutions de l'offre d'hébergement pour personnes âgées.

[2] Le champ de l'enquête recouvre actuellement quatre catégories d'établissements du secteur médico-social :

- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (catégorie 500 du répertoire FINESS), établissements médicalisés spécialisés dans l'accueil en chambre, signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental et l'ARS, et dont l'activité principale est l'hébergement ;
- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits de l'assurance maladie (catégorie 501 du répertoire FINESS), structures médicalisées accueillant des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15 % de résidents classés GIR 1 à 3 et 10 % de résidents classés GIR 1 et 2, ne signant pas de CPOM ;
- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ne percevant pas de crédits de l'assurance maladie (EHPA, catégorie 502 du répertoire FINESS), structures non médicalisées spécialisées dans l'accueil en chambre ;
- Les résidences autonomie (dénommées logements-foyers jusqu'en 2015, catégorie 202 du répertoire FINESS), proposant un accueil en logement regroupé (logements de type F1, F2, etc.).

[3] Dans le cadre de cette mission, l'analyse porte sur la table « résident » des millésimes 2015, 2019 et 2023 de l'enquête. Cette table rassemble des informations individuelles sur les résidents des établissements, notamment l'âge, le sexe, le niveau de dépendance (GIR), la catégorie d'établissement, ainsi que certaines données relatives à l'état de santé.

[4] À ces catégories s'ajoutent les centres d'accueil de jour pour personnes âgées (catégorie 207 du répertoire FINESS), ainsi que certains établissements expérimentaux pour personnes âgées.

[5] Le champ de l'enquête comprend également des structures du secteur sanitaire, notamment :

- Les établissements de soins de longue durée (ESLD) (catégorie 362) ;
- Les hôpitaux disposant d'une activité de soins de longue durée.

[6] Au total, plus de 11 000 établissements étaient enquêtés en 2019.

1.2 Répartition des résidents en EHPA selon les classes d'âge

[7] Les résidents de moins de 70 ans représentent une part limitée mais non négligeable de la population en EHPA, soit 8,3 % en 2015, 7,2 % en 2019 et 7,4 % en 2023. Cette population est principalement composée de personnes âgées de 66 à 70 ans, tandis que les résidents de moins de 61 ans demeurent très minoritaires.

Tableau 1 : Répartition des résidents en EHPA par classe d'âge en 2015, 2019 et 2023

Classe d'âge	Effectif 2015	Pourcentage 2015	Effectif 2019	Pourcentage 2019	Effectif 2023	Pourcentage 2023
Plus de 70 ans	675 081	**91,7 %**	687 855	**92,8 %**	656 549	**92,7 %**
Entre 66 et 70 ans	32 652	**4,4 %**	31 589	**4,3 %**	30 133	**4,3 %**
Entre 61 et 65 ans	20 013	**2,7 %**	16 160	**2,2 %**	15 764	**2,2 %**
Moins de 61 ans	8 081	**1,1 %**	5 891	**0,8 %**	6 178	**0,9 %**
TOTAL	735 828	**100 %**	741 495	**100 %**	708 624	**100 %**

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA2023

1.3 Répartition des résidents ayant un GIR léger en EHPA selon les classes d'âge

[8] Afin de cibler les résidents potentiellement les plus exposés à des situations de précarité sociale, l'analyse est restreinte aux personnes accueillies en EHPA présentant un niveau de dépendance léger, correspondant aux GIR 4, 5 ou 6.

Tableau 2 : Répartition des résidents ayant un GIR 4, 5 ou 6 en EHPA par classe d'âge en 2015, 2019 et 2023

Classe d'âge	Effectif 2015	Pourcentage 2015	Effectif 2019	Pourcentage 2019	Effectif 2023	Pourcentage 2023
Plus de 70 ans	229 354	**89,2 %**	222 761	**90,4 %**	217 628	**89,5 %**
Entre 66 et 70 ans	15 029	**5,8 %**	14 073	**5,7 %**	14 625	**6,0 %**
Entre 61 et 65 ans	9 644	**3,8 %**	7 490	**3,0 %**	8 133	**3,3 %**
Moins de 61 ans	2 980	**1,2 %**	1 961	**0,8 %**	2 903	**1,2 %**
TOTAL	257 008	**100 %**	246 285	**100 %**	243 290	**100 %**

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

[9] Parmi les résidents en EHPA ayant un GIR 4, 5 ou 6, la population demeure très majoritairement âgée de plus de 70 ans, représentant 89,2 % des effectifs en 2015 et 90,4 % en 2019. En 2023, ce chiffre rebaisse légèrement pour atteindre 89,5 % des résidents.

[10] Les résidents de moins de 70 ans constituent toutefois une fraction non négligeable de cette population (10,8 % en 2015 et 9,6 % en 2019), principalement concentrée dans la tranche des 66–70 ans. La part des résidents plus jeunes, notamment ceux de moins de 61 ans, reste marginale : ils représentent environ 1 % des résidents de GIR 4,5 ou 6 sur la période.

1.4 Analyse de la précarité des résidents en EHPA à partir du critère de l'ASH

[11] Pour cibler les résidents potentiellement les plus précaires, l'analyse a d'abord été restreinte aux personnes présentant un niveau de dépendance léger (GIR 4, 5 ou 6). Elle est ensuite affinée en se focalisant sur les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH).

[12] La part de bénéficiaires de l'ASH varie fortement selon l'âge. Elle est relativement faible parmi les plus de 70 ans (17,1 % en 2015, 17,4 % en 2019, 15,9 % en 2023), mais augmente fortement chez les résidents plus jeunes, atteignant 49,6 % en 2015 et 51,9 % en 2019 pour les 66–70 ans, 56,9 % en 2015 et 57,4 % en 2019 pour les 61–65 ans. Quelle que soit la classe d'âge le taux de bénéficiaire de l'ASH baisse en 2023, pour atteindre 53,7 % pour les 61-65 ans et 56,2 % pour les moins de 61 ans.

Tableau 3 : Part de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble des résidents en EHPA, par classe d'âge en 2015, 2019 et 2023

Classe d'âge	Part de bénéficiaires de l'ASH 2015	Part de bénéficiaires de l'ASH 2019	Part de bénéficiaires de l'ASH 2023
Plus de 70 ans	17,1 %	17,4 %	15,9 %
Entre 66 et 70 ans	49,6 %	51,9 %	47,7 %
Entre 61 et 65 ans	56,9 %	57,4 %	53,7 %
Moins de 61 ans	58,6 %	60,4 %	56,2 %

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

[13] En se restreignant aux résidents à dépendance légère (GIR 4, 5 ou 6), les bénéficiaires de l'ASH représentent moins de 15 % des plus de 70 ans, contre plus de 47 % pour les 66–70 ans en 2015 et 2019 et 40 % en 2023. Cette approche combinant le critère GIR et le statut de bénéficiaire de l'ASH permet d'identifier plus finement les profils potentiellement précaires en EHPA.

Tableau 4 : Part de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble les résidents ayant un GIR 4,5 ou 6 en EHPA, par classe d'âge en 2015, 2019 et 2023

Classe d'âge	Nombre de bénéficiaires ASH en 2015	Pourcentage de bénéficiaires de l'ASH en 2015	Nombre de bénéficiaires ASH en 2019	Pourcentage de bénéficiaires de l'ASH en 2019	Nombre de bénéficiaires ASH en 2023	Pourcentage de bénéficiaires de l'ASH en 2023
Plus de 70 ans	24 900	13,6 %	26 090	14,0 %	24 572	12,5 %
Entre 66 et 70 ans	5 831	48,3 %	5 774	47,7 %	5 384	40,2 %
Entre 61 et 65 ans	4 397	55,6 %	3 443	52,8 %	3 313	45,0 %
Moins de 61 ans	1 280	52,8 %	857	51,2 %	1 205	45,7 %

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

Tableau 5 : Part de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble les résidents ayant un GIR 4,5 ou 6 en EHPA, par classe d'âge et par sexe 2019

Classe d'âge	Sexe	Bénéficiaires de l'ASH	Pourcentage de bénéficiaires de l'ASH
Plus de 70 ans	Homme	9 585	19,3 %
	Femme	16 505	12,0 %
Entre 66 et 70 ans	Homme	3 388	52,2 %
	Femme	2 387	42,6 %
Entre 61 et 65 ans	Homme	2 026	54,5 %
	Femme	1 417	50,5 %
Moins de 61 ans	Homme	542	53,5 %
	Femme	315	47,6 %

Source : EHPA 2019

Tableau 6 : Part de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble les résidents ayant un GIR 4,5 ou 6 en EHPA, par classe d'âge et par sexe 2023

Classe d'âge	Sexe	Bénéficiaires de l'ASH	Pourcentage de bénéficiaires de l'ASH
Plus de 70 ans	Homme	9 694	17,5 %
	Femme	14 878	10,5 %
Entre 66 et 70 ans	Homme	3 099	43,6 %
	Femme	2 285	36,4 %
Entre 61 et 65 ans	Homme	2 044	47,5 %
	Femme	1 270	41,4 %
Moins de 61 ans	Homme	726	49,1 %
	Femme	479	41,3 %

Source : EHPA 2023

1.5 Population moins de 70 ans, dépendance légère et bénéficiaires ASH : analyse par catégorie d'établissement

[14] Les tableaux 7, 8 et 9 présentent la répartition des résidents de moins de 70 ans, présentant une dépendance légère (GIR 4, 5 ou 6) et bénéficiant de l'ASH, selon le type d'établissement.

[15] En 2015, la population ciblée est principalement concentrée dans les EHPAD publics et privés à but non lucratif, avec 2 350 bénéficiaires dans les EHPAD privés à but non lucratif et 3 040 dans les EHPAD publics hospitaliers, représentant respectivement 1,4 % et 2,4 % de la population totale par type d'établissement.

[16] En 2019, la répartition reste globalement similaire, avec une concentration persistante dans les EHPAD publics et privés à but non lucratif et les résidences autonomie publiques ou privées à but non lucratif. La part des bénéficiaires ASH parmi les EHPA non-EHPAD diminue légèrement (3,1 %), tandis que les USLD conservent une proportion stable autour de 1 %.

Tableau 7 : Répartition des résidents de moins de 70 ans, GIR 4, 5 ou 6 bénéficiaires de l'ASH par type d'établissement, 2015 (%)

Catégorie d'établissement	Effectif de moins de 70 ans ayant un GIR 456 et bénéficiaire de l'ASH	Effectif total	Pourcentage
Ehpa privés à but lucratif	16	1 125	1,4 %
Ehpa privés à but non lucratif	192	4 786	4,0 %
Ehpa publics	71	1 785	4,0 %
Ehpad privés à but lucratif	575	125 641	0,5 %
Ehpad privés à but non lucratif	2 350	169 028	1,4 %
Ehpad publics hospitaliers	3 041	127 068	2,4 %
Ehpad publics non hospitaliers	2 647	163 822	1,6 %
Logements-foyers privés à but lucratif	NA	3 787	0,0 %
Logements-foyers privés à but non lucratif	855	27 393	3,1 %
Logements-foyers publics	1 475	70 704	2,1 %
USLD	286	32 785	0,9 %
Total	**11 506**	**727 924**	**1,6 %**

Source : EHPA 2015

Tableau 8 : Répartition des résidents de moins de 70 ans, GIR 4, 5 ou 6 bénéficiaires de l'ASH par type d'établissement, 2019 (%)

Catégorie d'établissement	Effectif de moins de 70 ans ayant un GIR 456 et bénéficiaire de l'ASH	Effectif total	Pourcentage
Accueils de jour	NA	11 468	0,1 %
EHPA non EHPAD	183	5 912	3,1 %
EHPAD privés à but lucratif	507	129 707	0,4 %
EHPAD privés à but non lucratif	2 101	174 863	1,2 %
EHPAD publics hospitaliers	2 491	126 194	2,0 %
EHPAD publics non hospitaliers	2 198	163 905	1,3 %
Résidences autonomie privées à but lucratif	18	3 774	0,5 %
Résidences autonomie privées à but non lucratif	742	27 641	2,7 %
Résidences autonomie publiques	1 519	68 212	2,2 %
USLD	308	29 815	1,0 %
TOTAL	**10 068**	**741 491**	**1,4 %**

Source : EHPA 2019

Tableau 9 : Répartition des résidents de moins de 70 ans, GIR 4, 5 ou 6 bénéficiaires de l'ASH par type d'établissement, 2023 (%)

Catégorie d'établissement	Effectif de moins de 70 ans ayant un GIR 456 et bénéficiaire de l'ASH	Effectif total	Pourcentage
Accueils de jour	NA	11 663	0,1 %
Ehpa non Ehpad	399	4 868	8,2 %
Ehpad privés à but lucratif	422	124 054	0,3 %
Ehpad privés à but non lucratif	1 855	173 122	1,1 %
Ehpad publics hospitaliers	2 304	118 542	1,9 %
Ehpad publics non hospitaliers	2 035	157 339	1,3 %
Résidences autonomie privées à but lucratif	60	4 266	1,4 %
Résidences autonomie privées à but non lucratif	1 082	28 275	3,8 %
Résidences autonomie publiques	1 358	61 504	2,2 %
USLD	380	24 987	1,5 %
TOTAL	**9 895**	**708 620**	**1,4 %**

Source : EHPA 2023

1.6 Zoom sur quatre établissements ciblés par la mission

[17] La mission a ciblé quatre établissements accueillant des publics particulièrement précaires et jeunes. Il s'agit des établissements suivants :

- Ehpad Saint-Barthélemy à Marseille
- Ehpad François Premier à Villers-Cotterêts
- Ehpad Berlioz à Bobigny
- Ehpad Le Figuier à Nanterre (Cash de Nanterre)

[18] Pour ces quatre établissements, l'analyse porte pour les trois millésimes d'enquête sur l'effectif total des résidents dans les établissements, sur l'effectif des résidents classés dans un GIR 4, 5 ou 6, ainsi que sur la répartition de cet effectif selon la catégorie d'âge, distinguant les personnes de moins de 70 ans et celles de 70 ans et plus.

[19] En raison de l'importance réduite des effectifs et de contraintes de confidentialité statistique, il n'est pas possible de proposer une ventilation plus fine par tranche d'âge. De même, les effectifs des bénéficiaires ASH étant très limités, leur analyse n'est pas envisageable.

[20] Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Les enquêtes n'ont pas été redressées afin de représenter l'effectif au sein de chaque établissement ; les effectifs observés peuvent donc être biaisés. Ils fournissent néanmoins un aperçu général des tendances observables dans ces structures. Par ailleurs, tous les établissements ne sont pas présents dans chacune des enquêtes. Les enquêtes sont supposées exhaustives au niveau du champ des établissements, mais pas nécessairement au niveau des tables détaillant la population hébergée.

1.6.1 Effectif total des résidents dans les établissements

Tableau 10 : Effectif total des résidents dans les quatre établissements ciblés par la mission en 2015, 2019 et 2023

FINESS	Nom de l'établissement	Effectif total de l'établissement en 2015	Effectif total de l'établissement en 2019	Effectif total de l'établissement en 2023
020004107	Ehpad François 1er Villers-Cotterêts	NA	165	120
920809803	Ehpad CASH DE NANTERRE	209	141	117
130780307	Ehpad Saint-Barthélemy, Marseille	359	NA	322
930021084	Ehpad Hector Berlioz, Bobigny	NA	NA	NA

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

1.6.2 Effectif des résidents ayant un GIR 4, 5 ou 6 dans les établissements

Tableau 11 : Effectifs des résidents ayant GIR 4, 5 ou 6 dans les quatre établissements ciblés par la mission en 2015, 2019 et 2023

FINESS	Nom	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2015	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2015	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2019	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2019	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2023	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2023
020004107	EHPAD François 1er Villers-Cotterêts	NA	NA	51	30,9 %	24	19,6 %
920809803	EHPAD CASH DE NANTERRE	53	25,1 %	39	27,4 %	NA	NA
130780307	EHPAD Saint-Barthélemy, Marseille	108	30,1 %	NA	NA	46	14,2 %
930021084	EHPAD Hector Berlioz, Bobigny	NA	NA	NA	NA	34	29,0 %
France entière	***Ensemble des établissements***	***257 008***	***34,9 %***	***246 285***	***33,2 %***	***243 290***	***34,3 %***

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

1.6.3 Effectif des résidents classés dans un GIR 4, 5 ou 6 dans les établissements, par classe d'âge

Tableau 12 : Effectifs des résidents ayant GIR 4, 5 ou 6, par classe d'âge, dans les quatre établissements ciblés par la mission en 2015, 2019 et 2023

FINESS	Nom	Classe d'âge	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2015	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2015	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2019	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2019	Effectif de l'étab ayant un GIR4, 5 ou 6 en 2023	% de l'effectif ayant un GIR 4, 5 ou 6 en 2023
020004107	EHPAD François 1er Villers-Cotterêts	***Moins de 70 ans***	NA	NA	25	48,5 %	< 10	29,2 %
		Plus de 70 ans	NA	NA	26	51,5 %	17	70,8 %
920809803	EHPAD CASH DE NANTERRE	***Moins de 70 ans***	34	63,8 %	15	38,5 %	< 10	25,0 %
		Plus de 70 ans	19	36,2 %	24	61,5 %	24	75,0 %
130780307	EHPAD Saint-Barthélemy, Marseille	***Moins de 70 ans***	33	31,0 %	NA	NA	14	35,4 %
		Plus de 70 ans	75	69,0 %	NA	NA	25	64,6 %
930021084	EHPAD Hector Berlioz, Bobigny	***Moins de 70 ans***	NA		NA	NA	NA	NA
		Plus de 70 ans	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Source : EHPA 2015, EHPA 2019, EHPA 2023

2 Le vieillissement des personnes en difficulté sociale : enseignements issus de l'enquête ES « difficulté sociale »

2.1 Présentation des données

[21] L'enquête ES « difficulté sociale » (ESDS) porte sur l'activité des établissements et services accueillant des personnes en difficulté sociale. Elle recueille des informations relatives aux structures, à leur personnel, ainsi qu'au profil des personnes accompagnées.

[22] Pour les adultes et les familles, l'enquête renseigne, pour chaque personne hébergée à une date donnée ou sortie au cours de l'année de référence, plusieurs variables individuelles, notamment : l'année d'entrée dans la structure, la situation familiale, le type de couverture maladie, le mode d'hébergement ou de logement antérieur, ainsi que l'existence éventuelle d'un revenu issu d'une activité professionnelle ou d'un stage

[23] Les données de l'enquête 2025 ne sont pas encore disponibles, la collecte s'étant achevée en mai 2025. L'analyse repose donc sur les millésimes 2016 et 2021, qui permettent d'étudier l'évolution du profil des personnes hébergées, et en particulier la question du vieillissement.

[24] Pour l'année 2021, trois tables sont mobilisées afin de répondre à la problématique du vieillissement des personnes hébergées :

1. Personnes hébergées, y compris les enfants, sur les places permanentes au 31 janvier 2021 ;

2. Personnes sorties définitivement des places permanentes, hors places d'urgence, au cours de l'année 2020 et du mois de janvier 2021 ;

3. Personnes hébergées sur les places d'urgence au 31 janvier 2021.

[25] De manière comparable, pour l'année 2016, trois tables sont exploitées :

1. Personnes hébergées, y compris les enfants, sur les places permanentes au 15 décembre 2016 ;

2. Personnes sorties définitivement des places permanentes au cours de l'année 2016 ;

3. Personnes hébergées sur les places d'urgence lors de la nuit du 21 au 22 février 2017.

[26] Il convient de souligner les limites de ces données : les résultats des enquêtes ESDS ne sont pas représentatifs au niveau départemental et ne le sont au niveau régional que pour certains types d'établissements. Ces limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tableau 13 : Variables d'intérêt pour l'analyse de la précarité vieillissante grâce aux enquêtes ES - DS

<table>
<tr><th>Table places permanentes</th><th>Table places d'urgence</th><th>Table sortie</th></tr>
<tr><td colspan="3">FINESS</td></tr>
<tr><td colspan="3">Région</td></tr>
<tr><td colspan="3">Catégorie FINESS de l'établissement</td></tr>
<tr><td colspan="3">Composition de la famille avec lequel est hébergé la personne décrite</td></tr>
<tr><td colspan="3">Sexe</td></tr>
<tr><td colspan="3">Année de naissance</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nationalité</td></tr>
<tr><td colspan="3">Jour, mois et année d'entrée dans l'établissement</td></tr>
<tr><td colspan="3">Motif d'admission</td></tr>
<tr><td colspan="3">Type d'hébergement ou de logement antérieur</td></tr>
<tr><td></td><td>Type d'hébergement ou de logement de destination après la sortie de l'établissement</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">RSA, AAH, structure des ressources</td></tr>
</table>

2.1.1 Le champ des enquêtes

[27] Une attention particulière doit être portée au champ couvert par les enquêtes ES « difficulté sociale », qui diffère entre les millésimes 2016 et 2021. Ces évolutions de périmètre ont des implications méthodologiques importantes pour l'analyse des données, en particulier lorsqu'il s'agit de comparer les résultats dans le temps.

[28] Le champ de l'enquête 2021 est sensiblement élargi par rapport à l'enquête de 2016. Il intègre non seulement un périmètre plus étendu de dispositifs relevant de l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, mais inclut également des établissements du champ médico-social accueillant des personnes en difficulté sociale, tels que les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisé (LAM).

[29] Cet élargissement du champ contribue à une meilleure prise en compte des situations de grande précarité associées à des problématiques de santé, et concerne des publics dont le profil d'âge est potentiellement plus élevé.

[30] En conséquence, deux niveaux d'analyse seront distingués :

[31] Des analyses menées à champ complet, spécifiques à chaque millésime, permettant de décrire la population hébergée selon le périmètre propre à chaque enquête, mais non comparables dans le temps ;

- Des analyses menées à champ constant, reposant sur un périmètre d'établissements commun aux enquêtes de 2016 et de 2021, permettant d'analyser de manière robuste les évolutions observées, notamment en matière de vieillissement des personnes hébergées.

Tableau 14 : Champ de l'enquête ESDS 2016

Catégorie d'établissements	Code FINESS
Établissements d'accueil mère-enfant	166
Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	214
Autres centres d'accueil	219
Centres provisoires d'hébergement (CPH)	442
Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)	443
Maisons relais (ex pensions de famille)	258
Résidences sociales (hors pensions de famille)	259
Foyers de travailleurs migrants	256
Foyers de jeunes travailleurs	257
Accueil temporaire des services de l'asile (AT-SA)	Hors FINESS
Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA)	Hors FINESS

Tableau 15 : Champ de l'enquête ESDS 2021

	CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	CODE FINESS
HÉBERGEMENT GENERALISTE	Centres parentaux	159
	Établissements d'accueil mère-enfant (ou centres maternels)	166
	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	214
	Résidences Hôtelières à Vocation Sociale (RHVS)	216
	Autres centres d'accueil (ou centres d'hébergement non conventionnés au titre de l'aide sociale)	219
DISPOSITIF NATIONAL D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES RÉFUGIÉS	Centres provisoires d'hébergement (CPH)	442 mais on mobilise prioritairement la source Ofii
	Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)	443 mais on mobilise prioritairement la source Ofii
	Centres d'accueil et d'examen des situations (CAES)	Hors Finess, on mobilise la source Ofii
	Hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA)	Hors Finess, on mobilise la source Ofii
	Centres pour les ressortissants ukrainiens bénéficiaires de la protection temporaire	Hors Finess, on mobilise une enquête ad hoc
LOGEMENT ADAPTÉ	Foyers de travailleurs migrants (FTM)	256
	Foyers de jeunes travailleurs (FJT)	257
	Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	258
	Résidences sociales hors pensions de famille	259
HEBERGEMENT MEDICO-SOCIAL	Appartements de coordination thérapeutique (ACT)	165
	Lits halte soins santé (LHSS)	180
	Lits d'accueil médicalisé (LAM)	213

2.2 Vieillissement global dans les établissements et services pour personnes en difficultés sociales

2.2.1 Structure par âge de la population hébergée en places permanentes

[32] À champ total, l'enquête de 2021 recense environ **328 000 résidents**, contre **109 000 en 2016** hébergées en places permanentes à une date de référence. Cet écart très important s'explique principalement par l'**élargissement du champ de l'enquête en 2021**, et ne permet pas une comparaison directe des effectifs entre les deux millésimes.

[33] Afin de rendre possible une analyse des évolutions dans le temps, les données de 2016 et de 2021 ont été **restreintes, pour le tableau 16, à un champ comparable**, reposant sur un périmètre commun de types d'établissements. Cette réduction du champ est appliquée aux deux enquêtes et permet de produire des indicateurs d'évolution comparables (cf. présentation des champs d'enquête). En revanche, pour les analyses distinguant les résultats par type d'établissement, l'ensemble des catégories pertinentes au regard des objectifs de la mission a été conservé.

[34] Le **tableau 16** présente la **répartition par tranche d'âge de la population hébergée à champ constant de types d'établissements** en 2016 et en 2021. Il convient toutefois de noter que, malgré ce champ constant, les **effectifs demeurent plus élevés en 2021**.

[35] **À champ comparable, la part des personnes âgées de** 70 ans et plus**, progresse, passant de** 0,8 % à 1,2 % **entre 2016 et 2021. De même, la part des personnes âgées de** 60 à 69 ans **augmente légèrement sur la période (de** 4,4 % à 4,6 %**) À l'inverse, la proportion des personnes âgées de** 50 à 59 ans **diminue, passant de** 9,8 % en 2016 à 8,4 % en 2021**.**

Tableau 16 : Répartition par tranche d'âge de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociale en 2016 et 2021

	2016		2021	
Classe d'âge	**Effectif**	**Pourcentage**	**Effectif**	**Pourcentage**
70 ans et plus	812	0,8 %	1 948	1,2 %
Entre 60 et 69 ans	4 579	4,4 %	7 720	4,6 %
Entre 50 et 59 ans	10 261	9,8 %	14 087	8,4 %
Moins de 50ans	86 131	82,4 %	144 026	85,8 %
NA	2 692	2,6 %		0,0 %
Total	**104 474**	**100 %**	**167 782**	**100 %**

Source : ESDS 2016, ESDS2021- Table places permanentes – Note de lecture : A champ constant d'établissement, en 2016 0,8 % de la population hébergée avait plus de 70 ans contre 1,2 % en 2021

2.2.2 Structure par âge et par catégorie d'établissement de la population hébergée en places permanentes

Tableau 17 : Répartition par tranche d'âge et catégorie d'établissement de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociales en 2016

Classe d'âge	Catégorie d'établissement	Effectif	Pourcentage
70 ans et plus	CHRS	200	24,4 %
	Autres centres d'accueil	132	16,1 %
	Maisons relais (ex pensions de famille)	377	46,1 %
	CPH	< 5	0,6 %
	CADA	90	11,0 %
	ATA	<5	0,8 %
	HUD	< 5	1,0 %
	TOTAL	**810**	**100 %**
Entre 60 et 69 ans	CHRS	1 201	26,1 %
	Autres centres d'accueil	625	13,6 %
	Maisons relais (ex pensions de famille)	2 355	51,2 %
	CPH	24	0,5 %
	CADA	354	7,7 %
	ATA	26	0,6 %
	HUD	19	0,4 %
	TOTAL	**4 604**	**100 %**
Entre 50 et 59 ans	CHRS	3 481	33,6 %
	Autres centres d'accueil	1 258	12,1 %
	Maisons relais (ex pensions de famille)	4 502	43,4 %
	CPH	53	0,5 %
	CADA	909	8,8 %
	ATA	112	1,1 %
	HUD	58	0,6 %
	TOTAL	**10 373**	**100 %**
Moins de 50ans	Établissements d'accueil mère-enfant	5 297	5,8 %
	CHRS	31 535	34,6 %
	Autres centres d'accueil	10 116	11,1 %
	Maisons relais (ex pensions de famille)	5 912	6,5 %
	CPH	1 656	1,8 %
	CADA	30 144	33,1 %
	ATA	4 963	5,4 %
	HUD	1 472	1,6 %
	TOTAL	**85 797**	**94 %**

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

Tableau 18 : Répartition par tranche d'âge et catégorie d'établissement de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociales en 2021

Classe d'âge	Catégorie d'établissement	Effectif	Pourcentage
70 ans et plus	Appartements de coordination thérapeutique	49	0,2 %
	Lits halte soins santé	90	0,4 %
	Lits d'accueil médicalisé	37	0,2 %
	CHRS	357	1,6 %
	Résidences hôtelières à Vocation Sociale	<5	0,0 %
	Autres centres d'accueil	391	1,8 %
	Foyers de travailleurs migrants	5 960	27,2 %
	Foyers jeunes travailleurs	<5	0,0 %
	Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	957	4,4 %
	Résidences sociales hors pensions de famille	13 838	63,1 %
	CPH	<5	0,0 %
	CADA	123	0,6 %
	CAE	<5	0,0 %
	HUD	111	0,5 %
	TOTAL	**21 915**	**100 %**
Entre 60 et 69 ans	Appartements de coordination thérapeutique	358	1,4 %
	Etablissements d'accueil mère-enfant	<5	0,0 %
	Lits halte soins santé	274	1,1 %
	Lits d'accueil médicalisé	108	0,4 %
	CHRS	1 685	6,8 %
	Résidences hôtelières à Vocation Sociale	15	0,1 %
	Autres centres d'accueil	1 083	4,4 %
	Foyers de travailleurs migrants	4 406	17,7 %
	Foyers jeunes travailleurs	113	0,5 %
	Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	4 094	16,5 %
	Résidences sociales hors pensions de famille	11 873	47,7 %
	CPH	54	0,2 %
	CADA	446	1,8 %
	CAE	14	0,1 %
	HUD	354	1,4 %
	TOTAL	**24 879**	**100 %**
Entre 50 et 59 ans	Appartements de coordination thérapeutique	857	2,5 %
	Etablissements d'accueil mère-enfant	<5	0,0 %

	Lits halte soins santé	338	1,0 %
	Lits d'accueil médicalisé	128	0,4 %
	CHRS	4 110	12,1 %
	Résidences hôtelières à Vocation Sociale	36	0,1 %
	Autres centres d'accueil	1 906	5,6 %
	Foyers de travailleurs migrants	4 575	13,5 %
	Foyers jeunes travailleurs	167	0,5 %
	Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	5 594	16,5 %
	Résidences sociales hors pensions de famille	13 660	40,3 %
	CPH	142	0,4 %
	CADA	1 195	3,5 %
	CAE	25	0,1 %
	HUD	1 133	3,3 %
	TOTAL	**33 866**	**100 %**
Moins de 50 ans	Appartements de coordination thérapeutique	2 417	1,0 %
	Etablissements d'accueil mère-enfant	5 371	2,2 %
	Lits halte soins santé	604	0,2 %
	Lits d'accueil médicalisé	105	0,0 %
	CHRS	32 089	13,0 %
	Résidences hôtelières à Vocation Sociale	175	0,1 %
	Autres centres d'accueil	14 469	5,8 %
	Foyers de travailleurs migrants	7 986	3,2 %
	Foyers jeunes travailleurs	43 835	17,7 %
	Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	6 351	2,6 %
	Résidences sociales hors pensions de famille	46 742	18,9 %
	CPH	7 541	3,0 %
	CADA	38 487	15,5 %
	CAE	1 668	0,7 %
	HUD	39 720	16,0 %
	TOTAL	**247 557**	**100 %**

Source : ESDS 2021 – Table places permanentes

2.2.3 Structure par catégorie d'établissement et par classe d'âge de la population hébergée en places permanentes

[36] L'analyse de la structure par âge par catégorie d'établissement permet une lecture plus directement comparable des évolutions entre 2016 et 2021 que l'analyse globale, en neutralisant en partie les effets de structure liés à la composition du champ. Elle met en évidence de fortes disparités selon les types de dispositifs, tant en niveau qu'en dynamique de vieillissement.

Tableau 19 : Répartition par catégorie d'établissement et par tranche d'âge de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociales en 2016

Catégorie d'établissement	Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
CHRS	70 ans et plus	200	0,5 %
	Entre 60 et 69 ans	1 201	3,3 %
	Entre 50 et 59 ans	3 481	9,4 %
	Moins de 50ans	31 535	85,4 %
	NA	497	1,3 %
Autres centres d'accueil	70 ans et plus	132	1,0 %
	Entre 60 et 69 ans	625	4,9 %
	Entre 50 et 59 ans	1 258	9,8 %
	Moins de 50ans	10 116	79,0 %
	NA	670	5,2 %
Maisons relais (ex pensions de famille)	70 ans et plus	377	2,8 %
	Entre 60 et 69 ans	2 355	17,5 %
	Entre 50 et 59 ans	4 502	33,4 %
	Moins de 50ans	5 912	43,9 %
	NA	333	2,5 %
CPH	70 ans et plus	<5	0,3 %
	Entre 60 et 69 ans	24	1,4 %
	Entre 50 et 59 ans	53	3,0 %
	Moins de 50ans	1 656	95,0 %
	NA	6	0,3 %
CADA	70 ans et plus	90	0,3 %
	Entre 60 et 69 ans	354	1,1 %
	Entre 50 et 59 ans	909	2,8 %
	Moins de 50ans	30 144	93,2 %
	NA	858	2,7 %
ATA	70 ans et plus	6	0,1 %
	Entre 60 et 69 ans	26	0,5 %
	Entre 50 et 59 ans	112	2,1 %
	Moins de 50ans	4 963	95,4 %
	NA	98	1,9 %
HUDA	70 ans et plus	8	0,5 %
	Entre 60 et 69 ans	19	1,1 %
	Entre 50 et 59 ans	58	3,3 %
	Moins de 50ans	1 472	83,5 %
	NA	205	11,6 %

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

Tableau 20 : Répartition par catégorie d'établissement et par tranche d'âge de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociale en 2021

Catégorie d'établissement	Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
Appartements de coordination thérapeutique	70 ans et plus	49	1,3 %
	Entre 60 et 69 ans	358	9,7 %
	Entre 50 et 59 ans	857	23,3 %
	Moins de 50 ans	2 417	65,7 %
Lits halte soin santé	70 ans et plus	90	6,9 %
	Entre 60 et 69 ans	274	21,0 %
	Entre 50 et 59 ans	338	25,9 %
	Moins de 50 ans	604	46,3 %
Lits d'accueil médicalisé	70 ans et plus	37	9,9 %
	Entre 60 et 69 ans	108	28,7 %
	Entre 50 et 59 ans	128	33,8 %
	Moins de 50 ans	105	27,7 %
CHRS	70 ans et plus	357	0,9 %
	Entre 60 et 69 ans	1 685	4,4 %
	Entre 50 et 59 ans	4 110	10,7 %
	Moins de 50 ans	32 089	83,9 %
Résidences Hôtelières à Vocation sociale	70 ans et plus	2	0,7 %
	Entre 60 et 69 ans	15	6,7 %
	Entre 50 et 59 ans	36	16,0 %
	Moins de 50 ans	175	76,6 %
Autres centres d'accueil	70 ans et plus	391	2,2 %
	Entre 60 et 69 ans	1 083	6,1 %
	Entre 50 et 59 ans	1 906	10,7 %
	Moins de 50 ans	14 469	81,1 %
Foyers de travailleurs migrants	70 ans et plus	5 960	26,0 %
	Entre 60 et 69 ans	4 406	19,2 %
	Entre 50 et 59 ans	4 575	20,0 %
	Moins de 50 ans	7 986	34,8 %
Foyers de jeunes travailleurs	70 ans et plus	6	0,0 %
	Entre 60 et 69 ans	113	0,3 %
	Entre 50 et 59 ans	167	0,4 %

	Moins de 50 ans	43 835	99,4 %
Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	70 ans et plus	957	5,6 %
	Entre 60 et 69 ans	4 094	24,1 %
	Entre 50 et 59 ans	5 594	32,9 %
	Moins de 50 ans	6 351	37,4 %
Résidences sociales hors pensions de famille	70 ans et plus	13 838	16,1 %
	Entre 60 et 69 ans	11 873	13,8 %
	Entre 50 et 59 ans	13 660	15,9 %
	Moins de 50 ans	46 742	54,3 %
CPH	70 ans et plus	7	0,1 %
	Entre 60 et 69 ans	54	0,7 %
	Entre 50 et 59 ans	142	1,8 %
	Moins de 50 ans	7 541	97,4 %
CADA	70 ans et plus	123	0,3 %
	Entre 60 et 69 ans	446	1,1 %
	Entre 50 et 59 ans	1 195	3,0 %
	Moins de 50 ans	38 487	95,6 %
CAE	70 ans et plus	1	0,1 %
	Entre 60 et 69 ans	14	0,8 %
	Entre 50 et 59 ans	25	1,5 %
	Moins de 50 ans	1 668	97,7 %
HUD	70 ans et plus	111	0,3 %
	Entre 60 et 69 ans	354	0,9 %
	Entre 50 et 59 ans	1 133	2,7 %
	Moins de 50 ans	39 720	96,1 %

Source : ESDS 2021 – Table places permanentes

2.2.3.1 Des profils d'âge très contrastés selon les catégories d'établissements en 2016

[37] En 2016, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les dispositifs de l'asile (CADA, CPH, HUDA) accueillent une population très majoritairement âgée de moins de 50 ans (entre 83 % et 95 % selon les dispositifs). La part des personnes âgées de 70 ans et plus y est très marginale, inférieure à 1 % dans la quasi-totalité de ces structures.

[38] À l'inverse, les maisons relais (pensions de famille) se distinguent par une population sensiblement plus âgée : en 2016, **près de 20 % des résidents ont 60 ans ou plus, dont 2,8 % ont 70 ans ou plus, et plus d'un tiers sont âgés de 50 à 59 ans.**

[39] Les autres centres d'accueil occupent une position intermédiaire, avec une population majoritairement jeune mais une proportion non négligeable de personnes âgées de 60 ans ou plus (environ 6 %).

2.2.3.2 En 2021, un vieillissement accentué dans certains dispositifs et un effet de champ marqué

[40] En 2021, la lecture par catégorie d'établissement confirme et amplifie ces contrastes, tout en révélant des évolutions importantes liées à l'élargissement du champ de l'enquête.

[41] Les CHRS restent majoritairement fréquentés par des personnes de moins de 50 ans (83,9 %), mais la part des personnes âgées progresse légèrement : les 60 ans et plus représentent désormais près de 5,3 % des résidents, contre environ 3,8 % en 2016. **Cette évolution suggère un vieillissement progressif du public accueilli.**

[42] Les pensions de famille (maisons relais et résidences accueil) confirment leur rôle central dans l'accueil de publics vieillissants : **en 2021, près de 30 % des résidents ont 60 ans ou plus, dont 5,6 % ont 70 ans ou plus**. La part des personnes de moins de 50 ans continue de diminuer. Ces établissements apparaissent de plus en plus comme une solution d'hébergement durable pour des personnes âgées en situation de précarité sociale.

[43] L'année 2021 marque également l'entrée dans le champ de l'enquête de dispositifs médico-sociaux pour les publics en difficulté spécifique :

- Dans les lits d'accueil médicalisé (LAM), près de 40 % des personnes ont 60 ans ou plus, dont près de 10 % ont 70 ans ou plus ;
- Dans les lits halte soins santé (LHSS), plus de 27 % des résidents ont 60 ans ou plus ;
- Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) accueillent également une population relativement âgée, avec plus de 11 % de personnes de 60 ans ou plus.

[44] L'intégration de ces dispositifs contribue mécaniquement à rehausser la part des personnes âgées dans la population hébergée en 2021, et doit être interprétée comme un effet de champ, même si elle traduit aussi une meilleure prise en compte des besoins des personnes vieillissantes en situation de grande précarité.

[45] Ainsi, l'analyse par catégorie d'établissement permet de mieux appréhender les dynamiques de vieillissement, en distinguant ce qui relève :

- D'une évolution des publics accueillis à périmètre constant (notamment en CHRS et pensions de famille),
- Et de ce qui relève d'un élargissement du champ de l'enquête en 2021, avec l'intégration de dispositifs médico-sociaux et de nouvelles formes d'hébergement (résidences hôtelières à vocation sociale, dispositifs de soins), accueillant des publics sensiblement plus âgés.

[46] Cette approche met en évidence une hétérogénéité marquée des publics selon les dispositifs, qui appelle des réponses différenciées en matière d'accompagnement social, sanitaire et médico-social.

2.2.4 Structure par catégorie d'établissement, âge et sexe de la population hébergée en places permanentes

Choix méthodologiques pour l'analyse par âge, sexe, et catégorie d'établissement

Pour cette partie de l'analyse, des regroupements de catégories d'établissements ont été opérés afin de garantir un champ constant entre 2016 et 2021, tout en assurant une lecture plus claire des résultats, notamment pour les analyses par sexe et par âge.

Pour les deux millésimes, l'objectif est de comparer des ensembles homogènes de dispositifs, dans un contexte où le nombre et la nature des catégories d'établissements sont plus nombreux en 2021 qu'en 2016. Les regroupements retenus permettent ainsi de neutraliser les effets liés à l'évolution du champ, tout en conservant les catégories pertinentes au regard des objectifs de la mission.

Dans ce cadre, les dispositifs ont été regroupés en trois grandes catégories analytiques, communes aux deux enquêtes, constituant un champ constant à l'intérieur de chaque regroupement, même si le détail des types d'établissements qu'ils recouvrent est plus large en 2021.

1.**Hébergement généraliste**, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (code 214) et les autres centres d'accueil et d'hébergement généraliste (code 219).

2.**Logement adapté,** correspondant aux pensions de famille / maisons relais (code 258).

3.**Hébergement médico-social** (présent uniquement en 2021), regroupant les dispositifs spécialisés accueillant des personnes en situation de grande précarité avec des problématiques de santé, notamment les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisé (LAM) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Certains dispositifs ont été exclus du champ d'analyse, conformément aux orientations de la mission :

1.Les dispositifs spécifiquement destinés aux migrants (asile, foyers de travailleurs migrants), dont les logiques d'accueil et les profils de publics relèvent d'enjeux distincts ;

2.Les dispositifs à destination des jeunes, pas centraux au regard de la problématique du vieillissement.

[47] Quel que soit le type d'établissement, la population hébergée demeure majoritairement masculine, en particulier parmi les personnes âgées de 70 ans et plus, où les hommes représentent entre 64 % et 75 % des effectifs selon les catégories.

[48] La part des femmes augmente toutefois avec l'âge, notamment dans l'hébergement généraliste, où elles représentent 36 % des 70 ans et plus en 2021, contre 28 % en 2016.

[49] Les dispositifs de logement adapté et d'hébergement médico-social, introduits en 2021, concentrent une population plus âgée et restent fortement masculinisés.

Tableau 21 : Répartition par catégorie d'établissement, tranche d'âge et sexe de la population hébergée sur les places permanentes en établissements pour personnes en difficulté sociale en 2016 et 2021

Classe d'âge	Catégorie d'établissements regroupés	Sexe	Effectif 2016	Pourcentage 2016	Effectif 2021	Pourcentage 2021
70 ans et plus	Hébergement généraliste	Homme	238	71,7 %	478	63,8 %
		Femme	94	28,3 %	271	36,2 %
	Logement adapté	Homme	281	74,4 %	710	74,2 %
		Femme	96	25,6 %	247	25,8 %
		Homme			133	75,7 %

	Hébergement médico-social	Femme			43	24,3 %
Entre 60 et 69 ans	Hébergement généraliste	NA	12	0,6 %		
		Homme	1 313	71,9 %	1 932	69,8 %
		Femme	501	27,4 %	836	30,2 %
	Logement adapté	NA	11	0,5 %		
		Homme	1 772	75,2 %	2 990	73,0 %
		Femme	572	24,3 %	1 104	27,0 %
	Hébergement médico-social				559	75,4 %
					182	24,6 %
Entre 50 et 59 ans	Hébergement généraliste	NA	9	0,2 %		0,0 %
		Homme	3 267	68,9 %	4 018	66,8 %
		Femme	1 463	30,9 %	1 998	33,2 %
	Logement adapté	NA	25	0,6 %		
		Homme	3 157	70,1 %	3 974	71,0 %
		Femme	1 321	29,3 %	1 620	29,0 %
	Hébergement médico-social	Homme			979	74,0 %
		Femme			343	26,0 %
Moins de 50 ans	Hébergement généraliste	NA	94	0,2 %		
		Homme	22 142	53,2 %	24 233	52,0 %
		Femme	19 415	46,6 %	22 326	48,0 %
	Logement adapté	NA	23	0,4 %	4 406	69,4 %
		Homme	4 019	68,0 %	1 944	30,6 %
		Femme	1 870	31,6 %		
	Hébergement médico-social	Homme			2 069	66,2 %
		Femme			1 056	33,8 %
NA	Hébergement généraliste	NA	642	55,0 %		
		Homme	295	25,2 %		
		Femme	231	19,8 %		
	Logement adapté	NA	135	40,6 %		
		Homme	134	40,3 %		
		Femme	64	19,2 %		

Source : ESDS 2016, ESDS 2021 – Table places permanentes

2.2.5 Analyse territoriale : vieillissement des résidents en CHRS, perspectives régionales

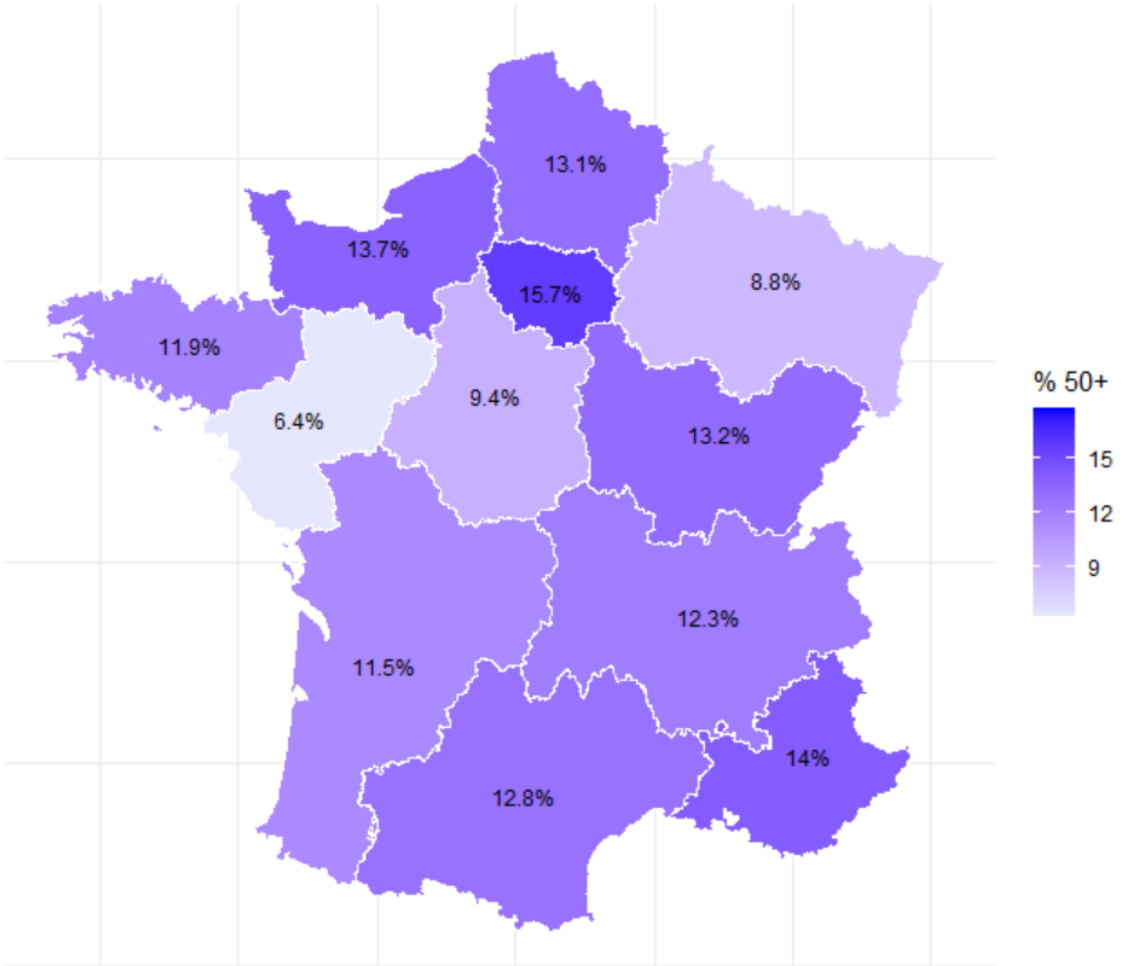
[50] Les analyses territoriales sont conduites au niveau régional. Les pondérations, établies par calage sur marges, permettent de produire des estimations nationales robustes. Toutefois, elles ne garantissent pas une représentativité suffisante pour des analyses détaillées à l'échelle départementale.

[51] En revanche, pour certaines catégories d'établissements, notamment les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), elles restent pertinentes au niveau régional.

[52] Dans le cadre de cette note, l'analyse a été limitée aux CHRS afin d'observer l'évolution et la répartition spécifique de cette catégorie d'hébergement. Cette approche pourrait être prolongée ou étendue à d'autres types d'hébergement si nécessaire.

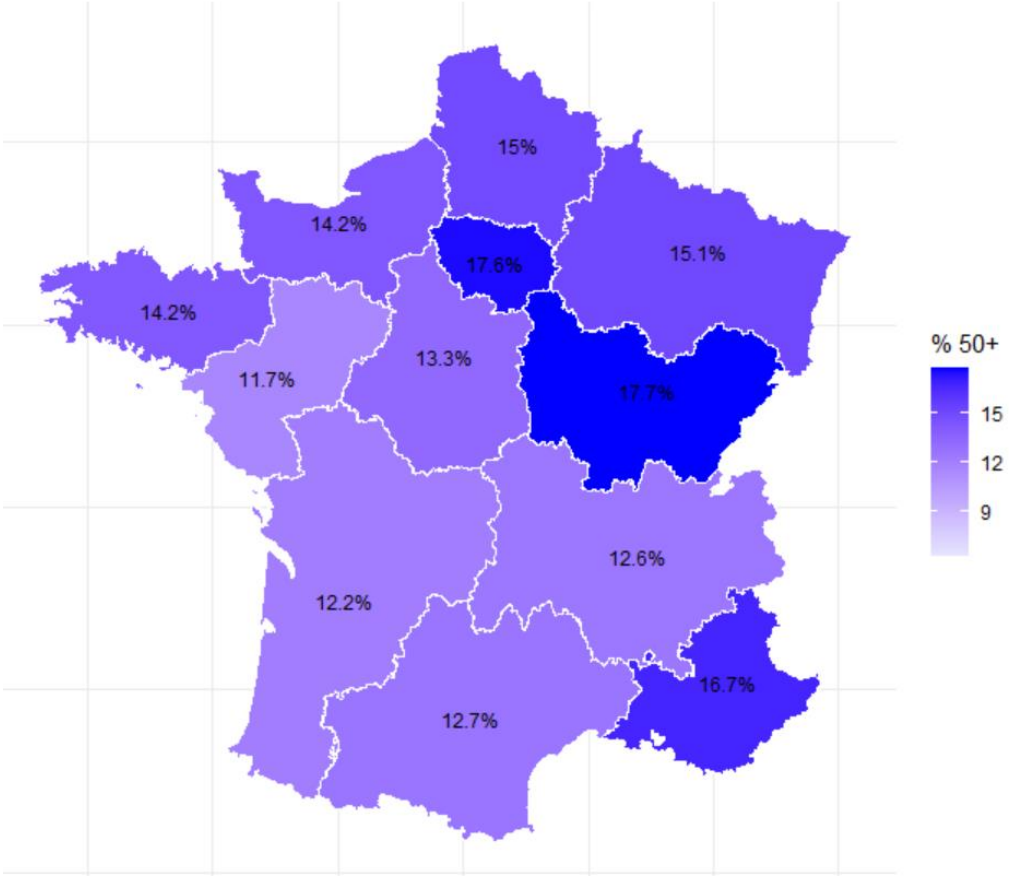
[53] Les effectifs étudiés correspondent à la proportion de personnes âgées de 50 ans et plus parmi la population hébergée en place permanente dans les CHRS, par région. Entre 2016 et 2021, cette proportion augmente dans toutes les régions de France. En 2021, la proportion de résidents de 50 ans et plus est particulièrement élevée en Île-de-France (17,6 %) et en Bourgogne-Franche-Comté (17,7 %), reflétant un vieillissement marqué de la population hébergée dans ces régions.

Carte 1 : Proportion de résidents en places permanentes de 50 ans et plus dans les CHRS par région en 2016 (%)



Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

Carte 2 : Proportion de résidents en places permanentes de 50 ans et plus dans les CHRS par région en 2021 (%)



Source : ESDS 2021 – Table places permanentes

2.3 Analyse de la durée d'hébergement en établissement selon l'âge des résidents

[54] Les tableaux 22 et 23 présentent, à champ complet de l'enquête, les durées moyenne et médiane d'hébergement en places permanentes par catégorie d'établissement en 2016 et en 2021. Cette première lecture permet d'identifier les écarts structurels de durée entre les différents types de dispositifs, indépendamment de l'âge des personnes hébergées.

[55] En 2016, les durées d'hébergement apparaissent très hétérogènes selon les catégories d'établissements. Les dispositifs à vocation de stabilisation durable, tels que les maisons relais (ex-pensions de famille), se caractérisent par des durées particulièrement longues (durée moyenne de 1 466 jours et médiane de 1 045 jours). À l'inverse, les dispositifs plus transitoires, comme les centres provisoires d'hébergement ou les dispositifs d'asile (CADA, ATA), présentent des durées moyennes nettement plus courtes, inférieures à un an. Les CHRS occupent une position intermédiaire, avec une durée moyenne de 507 jours et une durée médiane de 289 jours, traduisant des parcours d'hébergement déjà relativement longs.

[56] En 2021, la dispersion des durées d'hébergement s'accentue. Les dispositifs de logement accompagné et de stabilisation (pensions de famille, résidences sociales hors pensions de famille, foyers de travailleurs migrants) affichent des durées moyennes et médianes très élevées, souvent supérieures à cinq ans. À l'inverse, certains dispositifs à vocation très temporaire, tels que les CAE, conservent des durées très courtes. Les CHRS enregistrent une augmentation notable des durées d'hébergement (616 jours en moyenne et 417 jours en médiane), suggérant un allongement des parcours au sein de ce type d'établissement.

Tableau 22 : Durée moyenne et médiane d'hébergement en places permanentes par catégorie d'établissement en 2016

Catégorie d'établissement	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
Etablissements d'accueil mère-enfant	377	248
CHRS	507	289
Autres centres d'accueil	537	332
Maisons relais (ex pensions de famille)	1 466	1045
Centres provisoires d'hébergement	263	191
CADA	321	212
ATA	251	189

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

Tableau 23 : Durée moyenne et médiane d'hébergement en places permanentes par catégorie d'établissement en 2021

Catégorie d'établissement	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
ACT	749	507
Etablissements d'accueil mère-enfant	462	335
Lits halte soins santé	696	168
Lits d'accueil médicalisé	519	367
CHRS	616	417
Résidences Hôtelières à Vocation Sociale	546	332
Autres centres d'accueil	805	528
Foyers de travailleurs migrants	3 963	2 436
Foyers de jeunes travailleurs	564	327
Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	1 817	1 310
Résidences sociales hors pensions de famille	2 007	963
CPH	343	263
CADA	501	426
CAE	140	44

Source : ESDS 2021 – Table places permanentes

[57] Les tableaux 24 et 25 permettent d'approfondir l'analyse en distinguant les durées d'hébergement selon l'âge, en particulier pour les personnes de 50 ans et plus. En 2016, quel que soit le type d'établissement, les personnes âgées de 50 ans et plus présentent des durées d'hébergement systématiquement plus longues que les personnes plus jeunes. Cet écart est particulièrement marqué dans les CHRS (782 jours en moyenne pour les plus de 50 ans, contre 467 jours pour les moins de 50

ans) et dans les autres centres d'accueil (946 jours contre 463 jours). Dans les maisons relais, les durées sont élevées pour l'ensemble des publics, mais restent sensiblement plus longues pour les personnes âgées, notamment en médiane.

[58] En 2021, ces écarts liés à l'âge se confirment et tendent à s'accentuer dans plusieurs catégories d'établissements. Dans les CHRS, la durée moyenne d'hébergement atteint 793 jours pour les personnes de 50 ans et plus, contre 584 jours pour les moins de 50 ans. Les écarts de médiane sont moindres mais restent très important entre les plus et les moins de 50 ans.

[59] Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence une relation forte entre l'âge et la durée d'hébergement : les personnes de 50 ans et plus s'inscrivent plus durablement dans les dispositifs d'hébergement, en particulier dans les structures généralistes et de logement accompagné.

Tableau 24 : Durée moyenne et médiane d'hébergement en places permanentes par catégorie d'établissement et par âge en 2016

Catégorie d'établissement	Classe d'âge	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
Etablissements d'accueil mère-enfant	Moins de 50 ans	377	248
CHRS	Moins de 50 ans	467	276
	Plus de 50 ans	782	388
Autres centres d'accueil	Moins de 50 ans	463	311
	Plus de 50 ans	946	500
Maisons relais (ex pensions de famille)	Moins de 50 ans	1 390	890
	Plus de 50 ans	1 538	1 227
Centres provisoires d'hébergement	Moins de 50 ans	262	191
	Plus de 50 ans	291	234
CADA	Moins de 50 ans	321	211
	Plus de 50 ans	317	234
ATA	Moins de 50 ans	249	189
	Plus de 50 ans	317	140

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

Tableau 25 : Durée moyenne et médiane d'hébergement en places permanentes par catégorie d'établissement en 2021

Catégorie d'établissement	Classe d'âge	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
ACT	Moins de 50 ans	711	498
	Plus de 50 ans	828	523
Etablissements d'accueil mère-enfant	Moins de 50 ans	456	335
	Plus de 50 ans	3540	328
Lits halte soins santé	Moins de 50 ans	695	155
	Plus de 50 ans	697	185
Lits d'accueil médicalisé	Moins de 50 ans	490	357
	Plus de 50 ans	537	367
CHRS	Moins de 50 ans	584	407
	Plus de 50 ans	793	495
Résidences Hôtelières à Vocation Sociale	Moins de 50 ans	539	349
	Plus de 50 ans	573	333
Autres centres d'accueil	Moins de 50 ans	715	487
	Plus de 50 ans	1 253	823
Foyers de travailleurs migrants	Moins de 50 ans	3 961	2 014
	Plus de 50 ans	3 967	2 952
Foyers de jeunes travailleurs	Moins de 50 ans	556	324
	Plus de 50 ans	1 897	1 451
Pensions de famille (maisons relais et résidences accueil)	Moins de 50 ans	1 601	1 090
	Plus de 50 ans	1 979	1 522
Résidences sociales hors pensions de famille	Moins de 50 ans	1 732	767
	Plus de 50 ans	2 659	1 753
CPH	Moins de 50 ans	343	262
	Plus de 50 ans	347	338
CADA	Moins de 50 ans	500	425
	Plus de 50 ans	522	432
CAE	Moins de 50 ans	138	39
	Plus de 50 ans	237	93

Source : ESDS 2021 – Table places permanentes

2.3.1 Zoom sur les CHRS : des durées d'hébergement plus longues pour les personnes âgées

[60] La durée moyenne d'hébergement en CHRS augmente nettement avec l'âge des personnes accueillies, tant en 2016 qu'en 2021.

[61] Les durées maximales observées, particulièrement élevées chez les 60 ans et plus, témoignent de situations d'ancrage durable en CHRS, susceptibles de refléter des difficultés d'accès à des solutions de logement adaptées au vieillissement.

Tableau 26 : Durée moyenne et durée maximale d'hébergement en CHRS selon la classe d'âge, en 2016 et 2021

Classe d'âge	Durée moyenne 2016	Durée max 2016	Durée moyenne 2021	Durée max 2021
70 ans et plus	1 382	14 735	1 290	11 718
Entre 60 et 69 ans	992	23 574	935	24 148
Entre 50 et 59 ans	709	21 804	735	20 807
Moins de 50ans	462	18 228	576	17 681

Source : ESDS 2016, ESDS2021

2.4 Le statut de séjour des personnes hébergées en établissements pour personnes en difficulté sociale

[62] Le statut de séjour constitue un élément important de caractérisation des publics hébergés dans les établissements pour personnes en difficulté sociale, s'agissant des personnes étrangères non ressortissantes de l'Union européenne.

[63] Les enquêtes ESDS de 2016 et 2021 ne sont pas strictement comparables à champ constant, en raison d'évolutions du périmètre et de la nomenclature des statuts de séjour ; les résultats sont donc présentés séparément pour chacune des deux années.

[64] En 2016 et en 2021, la majorité des personnes hébergées en établissements pour personnes en difficulté sociale est déclarée comme non concernée par un statut de séjour, tandis que les demandeurs d'asile et les personnes disposant d'autres titres de séjour constituent les principaux groupes parmi les personnes non ressortissantes de l'UE.

Tableau 27 : Répartition des personnes hébergées en établissements pour personnes en difficulté sociale selon le statut de séjour, en 2016

Statut de séjour	Effectif 2016
Demandeur d'asile	34 859
Accueil provisoire de séjour (APS)	1 639
Réfugié statutaire	8 232
Autre (cartes de résidents, etc.)	17 538
Inconnu	2 484

Non concerné	44 927
TOTAL	109 678

Source : ESDS 2016

Tableau 28 : Répartition des personnes hébergées en établissements pour personnes en difficulté sociale selon le statut de séjour, en 2021

Statut de séjour	Effectif 2021
Demandeur d'asile (hors procédure Dublin)	60 148
Demandeur d'asile en procédure Dublin	6 295
Accueil provisoire de séjour (APS)	4 678
Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides)	28 012
Autre (cartes de résidents, etc.)	65 585
Inconnu	19 003
Non concerné	144 522
Total	328 243

Source : ESDS 2021

2.4.1 Zoom sur les CHRS : Répartition du statut de séjour par classe d'âge dans les CHRS

Tableau 29 : Répartition du statut de séjour par classe d'âge dans les CHRS, en 2016

Classe d'âge	Statut de séjour	Effectif 2016	Pourcentage
70 ans et plus	Individu non concerné	116	57,8 %
	Demandeur d'asile	10	5,2 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	9	4,7 %
	Réfugié statutaire	5	2,3 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	49	24,3 %
	Inconnu	12	5,8 %
Entre 60 et 69 ans	Individu non concerné	751	62,5 %
	Demandeur d'asile	37	3,0 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	36	3,0 %
	Réfugié statutaire	10	0,9 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	317	26,4 %
	Inconnu	51	4,2 %

Entre 50 et 59 ans	Individu non concerné	2 264	65,0 %
	Demandeur d'asile	74	2,1 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	85	2,4 %
	Réfugié statutaire	70	2,0 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	832	23,9 %
	Inconnu	156	4,5 %
Moins de 50ans	Individu non concerné	17 912	56,8 %
	Demandeur d'asile	1 506	4,8 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	993	3,1 %
	Réfugié statutaire	1 254	4,0 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	8 565	27,2 %
	Inconnu	1 306	4,1 %

Source : ESDS 2016

Tableau 30 : Répartition du statut de séjour par classe d'âge dans les CHRS, en 2021

Classe d'âge	Statut de séjour	Effectif 2021	Pourcentage
70 ans et plus	Demandeur d'asile (hors procédure Dublin)	6	1,6 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	15	4,2 %
	Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides)	6	1,8 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	158	44,2 %
	Inconnu	16	4,5 %
	Non concerné	156	43,6 %
Entre 60 et 69 ans	Demandeur d'asile (hors procédure Dublin)	13	0,8 %
	Demandeur d'asile en procédure Dublin	1	0,1 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	40	2,4 %
	Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides)	35	2,1 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	579	34,3 %
	Inconnu	107	6,4 %
	Non concerné	911	54,0 %
Entre 50 et 59 ans	Demandeur d'asile (hors procédure Dublin)	33	0,8 %
	Demandeur d'asile en procédure Dublin	7	0,2 %

	Accueil provisoire de séjour (APS)	76	1,9 %
	Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides)	107	2,6 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	1 353	32,9 %
	Inconnu	217	5,3 %
	Non concerné	2 316	56,4 %
Moins de 50ans	Demandeur d'asile (hors procédure Dublin)	545	1,7 %
	Demandeur d'asile en procédure Dublin	232	0,7 %
	Accueil provisoire de séjour (APS)	838	2,6 %
	Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires d'une protection subsidiaire, apatrides)	2 326	7,2 %
	Autre (cartes de résidents, etc.)	11 210	34,9 %
	Inconnu	1 978	6,2 %
	Non concerné	14 960	46,6 %

Source : ESDS 2021

2.5 Analyse des motifs d'admission selon l'âge des personnes hébergées

[65] Les tableaux 31 et 32 présentent à champ complet de l'enquête, la répartition des motifs d'admission de l'ensemble des personnes hébergées en établissement pour personnes en difficulté sociale sur des places permanentes, respectivement en 2016 et en 2021.

[66] En 2016, les principaux motifs d'admission sont l'arrivée sur le territoire français (28,4 %) et la sortie de structure d'hébergement (21,2 %), qui concentrent à eux seuls près de la moitié des admissions. Les autres motifs apparaissent plus dispersés, notamment la sortie de la rue (9,1 %), les situations de rupture familiale (5,1 %) ou de violence conjugale (5,0 %).

Tableau 31 : Répartition de l'ensemble des personnes hébergées en établissement pour personnes en difficulté sociale sur les places permanentes, par motif d'admission en 2016

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Sortir de la rue	9 989	9,1 %
Sortie de structure d'hébergement	23 260	21,2 %
Sortie de service psychiatrique	2 328	2,1 %
Sortie de prison	1 470	1,3 %
Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, protection de l'enfance ...)	3 304	3,0 %
Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail...)	5 545	5,1 %
Logement en surpeuplement	788	0,7 %

Logement insalubre	887	0,8 %
Violence conjugale	5 440	5,0 %
Rupture conjugale	2 462	2,2 %
Rupture familiale	5 555	5,1 %
Travail, études, formation, emploi	245	0,2 %
Arrivée sur le territoire français	31 201	28,4 %
Autre (hébergement de fortune, etc.)	10 800	9,8 %
Inconnu + NA	6 407	5,8 %

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

[67] En 2021, la structure des motifs d'admission apparaît sensiblement différente de celle observée en 2016. Toutefois, les comparaisons directes doivent être interprétées avec prudence, dans la mesure où les évolutions du champ de l'enquête ont un impact sur les effectifs observés. La sortie de structure d'hébergement demeure un motif majeur d'admission (17,0 %), tout comme la sortie de la rue (12,1 %) et l'arrivée sur le territoire français. Les motifs liés aux études, à la formation ou à l'emploi occupent également une place significative (9,6 %).

Tableau 32 : Répartition de l'ensemble des personnes hébergées en établissement pour personnes en difficulté sociale sur les places permanentes, par motif d'admission en 2021

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Sortie de la rue	39 574	12,1 %
Sortie de structure d'hébergement	55 937	17,0 %
Sortie de service psychiatrique	3 064	0,9 %
Sortie de prison	1 881	0,6 %
Sortie de l'ASE sans autre solution	2 902	0,9 %
Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, …)	4 567	1,4 %
Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail…)	9 094	2,8 %
Logement en surpeuplement	3 468	1,1 %
Logement insalubre	1 836	0,6 %
Violence conjugale	6 854	2,1 %
Rupture conjugale	4 218	1,3 %
Rupture familiale	10 190	3,1 %
Travail, études, formation, emploi	31 392	9,6 %
Arrivée sur le territoire français	47 211	14,4 %
Sortie d'un hébergement de fortune	8 672	2,6 %
Autre	34 326	10,5 %
Inconnu et NA	63 002	19,2 %

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes

[68] Afin d'analyser plus finement les parcours des personnes âgées de 50 ans et plus, les tableaux 23 et 24 restreignent le champ à des catégories d'établissements regroupées de manière comparable entre les deux enquêtes (hébergement généraliste, logement adapté et hébergement médico-social, cf. encadré méthodologique).

[69] En 2016, pour les personnes de 50 ans et plus, les motifs d'admission varient fortement selon la catégorie d'établissement. Dans l'hébergement généraliste, les sorties de structure d'hébergement (27,9 %) et de la rue (25,6 %) constituent les principaux motifs d'entrée. Dans le logement adapté, la sortie de structure d'hébergement domine très largement (37,3 %), suivie des sorties de service psychiatrique (12,4 %).

[70] En 2021, ces tendances se confirment tout en s'accentuant. Pour les personnes de 50 ans et plus accueillies en hébergement généraliste, la sortie de structure d'hébergement (28,5 %) et la sortie de la rue (25,6 %) restent prépondérantes. Dans le logement adapté, la diversité des motifs s'accroît : les sorties d'autres institutions (24,4 %) et les motifs classés en « autre » (21,9 %) prennent une place importante, traduisant des parcours plus complexes et une pluralité de situations d'entrée. Enfin, dans l'hébergement médico-social, la sortie de structure d'hébergement constitue le premier motif (37,7 %), suivie des sorties de service psychiatrique (11,7 %) et des sorties d'hébergement de fortune (12,1 %), confirmant le rôle central de ces établissements dans l'accueil de personnes âgées cumulant problématiques sociales et médico-sociales.

Tableau 33 : Répartition des personnes de plus de 50 ans hébergées en établissement pour personnes en difficulté sociale sur les places permanentes, par motif d'admission et catégorie d'établissement en 2016

Catégorie d'établissement	Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Hébergement généraliste	Sortir de la rue	1 682	25,6 %
	Sortie de structure d'hébergement	1 835	27,9 %
	Sortie de service psychiatrique	106	1,6 %
	Sortie de prison	237	3,6 %
	Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, protection de l'enfance …)	303	4,6 %
	Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail…)	734	11,2 %
	Logement insalubre	66	1,0 %
	Violence conjugale	192	2,9 %
	Rupture conjugale	202	3,1 %
	Rupture familiale	240	3,7 %
	Arrivée sur le territoire français	272	4,1 %
	Autre (hébergement de fortune, etc.)	442	6,7 %
Logement adapté	Sortir de la rue	521	7,6 %
	Sortie de structure d'hébergement	2 560	37,3 %
	Sortie de service psychiatrique	848	12,4 %
	Sortie de prison	60	0,9 %

	Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, protection de l'enfance …)	472	6,9 %
	Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail…)	708	10,3 %
	Logement en surpeuplement	26	0,4 %
	Logement insalubre	266	3,9 %
	Violence conjugale	73	1,1 %
	Rupture conjugale	147	2,2 %
	Rupture familiale	292	4,3 %
	Autre (hébergement de fortune, etc.)	510	7,4 %

Source : ESDS 2016 – Table places permanentes Note de Lecture : Les catégories d'établissements réduisent le champ de l'enquête à champ comparable avec l'enquête 2021, cf. encadré méthodologique

[71] Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence des motifs d'admission spécifiques aux personnes de 50 ans et plus, davantage marqués par des parcours longs au sein du dispositif d'hébergement et par des sorties d'institutions, plutôt que par des situations ponctuelles de rupture.

Tableau 34 : Répartition des personnes de plus de 50 ans hébergées en établissement pour personnes en difficulté sociale sur les places permanentes, par motif d'admission et catégorie d'établissement en 2021

Catégorie d'établissement	Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Hébergement généralise	Sortie de la rue	2 246	25,6 %
	Sortie de structure d'hébergement	2 507	28,5 %
	Sortie de service psychiatrique	137	1,6 %
	Sortie de prison	359	4,1 %
	Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, …)	324	3,7 %
	Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail…)	889	10,1 %
	Violence conjugale	332	3,8 %
	Rupture conjugale	219	2,5 %
	Rupture familiale	227	2,6 %
	Arrivée sur le territoire français	192	2,2 %
	Sortie d'un hébergement de fortune	253	2,9 %
	Autre	515	5,9 %
	Inconnu	342	3,9 %
Hébergement médico-social	Sortie de la rue	429	20,8 %
	Sortie de structure d'hébergement	277	13,4 %
	Sortie de service psychiatrique	54	2,6 %
	Sortie de prison	36	1,8 %

	Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, …)	503	24,4 %
	Perte de logement (expulsion, vente, rupture de bail…)	58	2,8 %
	Logement insalubre	43	2,1 %
	Sortie d'un hébergement de fortune	63	3,1 %
	Autre	452	21,9 %
Logement adapté	Sortie de la rue	689	7,1 %
	Sortie de structure d'hébergement	3 651	37,7 %
	Sortie de service psychiatrique	1 137	11,7 %
	Sortie de l'ASE sans autre solution	645	6,7 %
	Sortie d'autres institutions (hôpital, établissement pour personnes âgées, handicapées, …)	863	8,9 %
	Logement en surpeuplement	296	3,1 %
	Violence conjugale	170	1,8 %
	Rupture conjugale	323	3,3 %
	Arrivée sur le territoire français	136	1,4 %
	Sortie d'un hébergement de fortune	1 170	12,1 %
	Autre	161	1,7 %

Source : ESDS 2021 – Table places permanentes Note de Lecture : Les catégories d'établissements réduisent le champ de l'enquête à champ comparable avec l'enquête 2021, cf. encadré méthodologique

ANNEXE 4 : Parangonnage – contributions des conseillers pour les affaires sociales en Espagne, en Italie, au Danemark, en suède, et au Royaume-Uni

1 Espagne

1.1 Panorama général

[1] Selon le rapport « Un profil des personnes âgées en Espagne 2025 », publié par le Conseil supérieur de recherches scientifiques (CSIC), **l'Espagne connaît un vieillissement notable de sa population.**

[2] Au 1er janvier 2024, la population espagnole s'élevait à 48,6 millions d'habitants, dont **près de 10 millions (20,4 %) ayant 65 ans ou plus, un record historique, en hausse de 0,3 point par rapport à 2023. La proportion des personnes très âgées (80 ans et plus) a atteint 6,1 % en 2024, contre 1,6 % en 1975.** Selon les projections de l'Institut national de statistique (INE), la population des 65 ans et plus pourrait dépasser 15,9 millions d'ici 2045, représentant 29,2 % d'une population totale de plus de 54,5 millions d'habitants.

[3] **La moyenne d'âge en Espagne est de 44,37 ans** (45,63 pour les femmes et 43,06 pour les hommes), poursuivant une tendance à la hausse depuis 1975. **À partir de 65 ans, les femmes sont majoritaires** (5,6 millions contre 4,3 millions d'hommes), notamment en raison d'une mortalité masculine plus élevée. En 2023, l'espérance de vie en Espagne était de 83,77 ans (86,34 ans pour les femmes et 81, 11 ans pour les hommes).

[4] **28 % des personnes âgées vivent en milieu rural,** contre 19,7 % en milieu urbain (CSIC, 2025). Plus de 7,7 millions de personnes âgées vivent en zones urbaines, notamment à Madrid et Barcelone.

[5] **20 % des personnes âgées de plus de 65 ans en Espagne sont en situation de dépendance.** Près d'un quart des ménages accueillant une personne âgée comptent au moins un individu dépendant. Le recours aux services à domicile, partiellement ou totalement financés par les administrations publiques, est en hausse, mais certaines familles rencontrent encore des obstacles financiers ou des difficultés d'accès. Par ailleurs, 7,7 % des seniors déclarent subir des discriminations dans les services administratifs, principalement en raison de l'âge ou de problèmes de santé.

[6] Une étude de 2023 menée au sein de la résidence psycho-gériatrique *Puerta de Hierro* (Grupo 5, appartenant au groupe Clariane, Madrid) souligne **l'hétérogénéité des besoins des personnes âgées dépendantes**. Environ 64 % des résidents présentent une dépendance modérée à sévère dans les activités de la vie quotidienne sur l'échelle de Barthel. Sur le plan cognitif, environ 20 % présentent un déficit significatif, modéré ou avancé. Du point de vue somatique, 47,2 % sont à haut risque de dépendance sanitaire, nécessitant une surveillance médicale continue. Enfin, environ 1 résident sur 3 présente des troubles du comportement, dont 11 % de nature grave.

[7] Par ailleurs, les inégalités liées au sexe demeurent un problème persistant.

- **56 % des femmes de plus de 60 ans expriment une grande inquiétude quant à la suffisance de leur pension de retraite** (Funcas, 2025).
- La pension de retraite moyenne mensuelle en Espagne est de 1 717 euros pour les hommes et de 1 194,43 euros pour les femmes (CSIC, 2025).
- **Les femmes de plus de 65 ans sont plus exposées au risque de pauvreté (18,9 %) que les hommes du même âge** (14,4 %).

[8] Les études existantes révèlent également une corrélation entre vieillissement et précarité**.**

- 43,3 % des personnes sans abri ont entre 45 et 64 ans, et les personnes de plus de 64 ans représentent 5,5 % des sans-abri (INE, 2022).
- 58 % des chômeurs en Espagne ont plus de 45 ans, soit environ 1,5 million de personnes.
- 10 % des personnes de plus de 55 ans sont au chômage, soit le double de la moyenne européenne (4 %).
- En 2023, 2,2 % des 65 ans et plus n'ont pas reçu les soins nécessaires pour des raisons financières, de distance ou d'attente. Les personnes âgées vivant seules, en particulier les femmes, sont plus touchées (3,3 %).
- **Le risque de pauvreté touche 16,9 % des personnes âgées en 2024.**

1.2 Politiques et dispositifs existants au niveau national.

1.2.1 Lutte contre la pauvreté et dépendance.

➢ **La Stratégie nationale pour la lutte contre le sans-abrisme (2025 – 2030)**

[9] Cette stratégie **reconnaît explicitement l'existence d'un phénomène de vieillissement parmi les sans-abris en Espagne**. La stratégie mentionne la nécessité de proposer des réponses personnalisées et intégrées tenant compte des différentes étapes de la vie, y compris l'accompagnement des personnes âgées en situation de sans-abrisme, à travers une gestion adaptée des ressources et des soutiens visant à garantir l'autonomie et l'inclusion sociale de ce groupe. La stratégie reconnaît également que le sans-abrisme est en augmentation et touche des populations de plus en plus vulnérables. Cette politique met l'accent sur la prévention grâce à des modèles tels que *Housing First* et *Housing Led,* qui visent à réduire la vulnérabilité par la stabilisation résidentielle et l'accès aux ressources de base, à l'emploi et aux soins de santé.

➢ **La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2024-2030)**

[10] Cette la feuille de route vise à garantir des ressources aux personnes vulnérables, renforcer la protection sociale et coordonner l'action entre les différentes administrations. Elle a été élaborée de manière participative et prévoit la collaboration d'administrations régionales et locales, du secteur privé, de la société civile et de secteur associatif. La stratégie s'articule autour de quatre axes principaux :

1. **Garantir des ressources aux citoyens** : sécurisation des revenus minimums, soutien à la location, prévention des expulsions, lutte contre le sans-abrisme et la précarité énergétique, particulièrement pour les personnes âgées et vulnérables.
2. **Investir dans les personnes pour transformer les situations de vulnérabilité :** promotion de l'emploi pour les personnes en difficulté et lutte contre la discrimination au travail.
3. **Renforcer l'État-providence et la protection sociale.** Sur ce point, *l'objectif 3.3 « services sociaux et dépendance »* prévoit d'« adapter le système de prise en charge de la dépendance

au vieillissement et à la dépopulation ». Parmi les mesures pour atteindre cet objectif figurent notamment :

[11] Le Plan de choc pour l'économie des soins. Ce plan fait partie du programme national de relance et de résilience et vise à moderniser et renforcer les services sociaux, en orientant les soins de longue durée vers une prise en charge centrée sur la personne, en favorisant la désinstitutionalisation, en simplifiant les procédures, en réduisant les listes d'attente, en améliorant la qualité des services et les conditions de travail, et en étendant la couverture des prestations via le Système pour l'autonomie et la prise en charge de la dépendance.

[12] Le Décret Royal 1100/2021 régule l'octroi direct de subventions aux communautés autonomes et aux villes autonomes pour les inciter à développer des projets territoriaux garantissant l'accessibilité universelle au logement pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou dépendantes, et renforcer leur autonomie.

4. **Développement des alliances et travail en réseau :** améliorer la coordination et l'efficacité des politiques sociales, promouvoir la coopération territoriale et la participation de tous les acteurs dans la conception et l'évaluation des actions.

- **La Stratégie nationale pour un nouveau modèle de soins en communauté : un processus de désinstitutionnalisation (2024-2030)**

[13] Élaborée par le Ministère des Droits sociaux, de la Consommation et de l'Agenda 2030, cette stratégie vise à transformer les systèmes de soutien et de soins pour les personnes en situation de dépendance, de vulnérabilité ou d'exclusion. Elle couvre la période 2024-2030 et cible plusieurs groupes vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, enfants, adolescents et jeunes à risque ou sous protection, jeunes majeurs sortant de tutelle, sans-abris et autres groupes institutionnalisés.

[14] Parallèlement, **un Cadre stratégique national sur la solitude est en cours d'élaboration**. Il s'adresse non seulement aux personnes âgées, mais aussi à toutes les étapes de la vie susceptibles de générer de l'isolement : handicap acquis, départ à la retraite, difficultés économiques et sociales, ainsi que divers facteurs individuels et structurels. La solitude non souhaitée peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique, mentale et émotionnelle, ainsi que sur le bien-être des personnes concernées et de leurs aidants. Ce cadre devrait être finalisé et approuvé d'ici fin 2025.

[15] L'Imserso (Institut des Personnes Âgées et des Services Sociaux) joue un rôle central dans son élaboration, tant pour la production de documents conceptuels que pour les processus participatifs, en collaboration avec universités, fondations, experts, administrations régionales et locales, l'État et la société civile. Fort de son expérience sur la vulnérabilité à tous les âges, y compris en fin de vie, l'Imserso a créé un Groupe moteur au sein de ses centres pour analyser les situations des usagers et proposer des solutions. Un document récent regroupe l'expérience des centres et de nombreuses recommandations visant à réduire ou prévenir la solitude.

- **Le projet de réforme de la loi 39/2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'attention aux personnes en situation de dépendance**

[16] Le projet de réforme de la loi 39/2006 introduit un changement significatif vers un modèle centré sur la personne. Cette réforme supprime les incompatibilités entre prestations et élargit le catalogue de services en les adaptant aux préférences et à la volonté de la personne dépendante. Elle améliore également le processus de reconnaissance de la dépendance, avec un traitement prioritaire pour les cas urgents. La réforme reconnaît de nouveaux droits, tels que l'assistance personnelle et la téléassistance comme droits subjectifs, et renforce le soutien aux aidants non professionnels. Elle vise à garantir une vie digne, l'autonomie et le maintien dans l'environnement habituel des personnes dépendantes, en assurant une prise en charge intégrale en coordination avec les services sanitaires et sociaux, tout en consolidant la durabilité du système à long terme.

1.2.2 Emploi et retraites

➢ **La stratégie espagnole de soutien actif à l'emploi (2025-2028).**

[17] Cette stratégie est la première planification pluriannuelle, approuvée en juillet 2025, dans le cadre de la nouvelle Loi sur l'emploi (loi 3/2023). Elle marque un tournant dans la politique espagnole de l'emploi, en reconnaissant celui-ci comme un droit subjectif et en mettant l'accent sur l'accompagnement professionnel tout au long de la vie active des travailleurs. Elle vise notamment à **améliorer l'employabilité des personnes âgées et à lutter contre le chômage des seniors, considéré comme l'un des principaux défis du marché du travail espagnol.** Cette stratégie s'articule autour de 7 axes opérationnels et fixe 6 grands objectifs mesurables :

- Améliorer l'employabilité des personnes.
- Optimiser l'intermédiation entre offre et demande.
- Accroître la couverture des services aux bénéficiaires d'allocations chômage.
- Consolider et professionnaliser les réseaux d'orientation.
- Augmenter la participation à la formation.
- Mieux accompagner les entreprises.

[18] Une attention prioritaire est accordée aux jeunes, aux personnes en chômage de longue durée ou âgées, aux personnes handicapées, aux aidants familiaux, aux migrants et à la population gitane.

➢ **Maintien dans l'emploi : le décret-loi royal 11/2024 sur les retraites**

[19] Le décret-loi royal 11/2024, en vigueur depuis avril 2025, facilite la compatibilité entre emploi et retraite. Il **permet une transition progressive vers la retraite, notamment pour les carrières discontinues, souvent féminines.** Le dispositif de retraite active autorise le cumul entre pension et emploi sans exiger une carrière complète, avec une part de pension croissante chaque année jusqu'à 100 % après cinq ans. La retraite différée est encouragée par un bonus de 2 % par semestre travaillé au-delà de l'âge légal, et la retraite partielle peut désormais être anticipée jusqu'à trois ans avant l'âge légal, sous condition d'embauche d'un remplaçant en CDI à temps plein.

➢ **Les pensions non contributives (PNC)**

[20] **Les pensions non contributives (PNC) garantissent une pension minimum aux personnes âgées ou handicapées ne disposant pas de droits contributifs suffisants.** Les PNC comprennent **la pension de vieillesse, pour les personnes de 65 ans et plus sans ressources suffisantes,** et la pension d'incapacité, pour les personnes de 18 à 65 ans présentant un taux d'incapacité d'au moins 65 %. Pour l'année 2025, le montant annuel total de la pension non contributive de vieillesse ou d'invalidité est de 7 905,80 €. Cela correspond à environ 564,70 € par mois sur 14 paiements. Ces prestations sont financées par l'État et gérées par l'Imserso (Institut des Personnes Âgées et des Services Sociaux) en coordination avec les Communautés autonomes, avec un versement économique accompagné d'une assistance médicale et de services sociaux complémentaires.

1.3 Points de vue des acteurs et initiatives locales.

[21] En Espagne, l**es politiques publiques concernant le vieillissement et la précarité sont également décentralisées.** La gestion et la mise en œuvre des mesures dépendent largement des communautés autonomes, qui adaptent leurs plans aux besoins locaux. Elles s'appuient souvent sur l'expertise de groupes privés auxquels elles délèguent, en tout ou en partie, la gestion des services sociaux.

[22] Par exemple, face au défi du vieillissement dans les zones rurales, la communauté autonome de Cantabrie a lancé un nouvel appel à subventions destiné aux communes de moins de 10 000 habitants disposant de centres communautaires ou mini-centres résidentiels. Cette initiative inclut des ateliers de santé, des réseaux de soutien de voisinage et des espaces de rencontre et vise à soutenir des projets

d'activité de vieillissement actif et de lutte contre la solitude non désirée, en particulier chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

[23] À Madrid, plusieurs dispositifs illustrent les réponses aux besoins d'une population vieillissante et vulnérable. **Le centre municipal *Puerta Abierta* (« porte ouverte ») accueille notamment des personnes sans abri de plus de 55 ans, exposées au vieillissement prématuré lié à des conditions de vie précaires.** Environ 80 % des personnes accueillies dans cette structure ont plus de 55 ans. *Puerta abierta* propose un accompagnement socio-sanitaire global, combinant hébergement, soins, activités socio-éducatives et programmes d'insertion sociale, ainsi que des interventions adaptées aux troubles cognitifs, aux addictions et aux pathologies multiples. **Le système *PUE (Puerta Única de Entrada ou guichet unique)* complète cette approche en coordonnant l'accès aux différentes structures municipales** et en donnant priorité aux personnes âgées les plus vulnérables.

[24] En, parallèle, **le programme *District Centre* offre un hébergement d'urgence et temporaire avec un accompagnement socio-éducatif** pour les personnes ayant besoin d'un soutien professionnel dans des domaines tels que l'alimentation, l'hygiène, la prévention et le traitement des maladies, l'autonomie personnelle et l'accès aux ressources sociales. Environ 40 % des personnes accompagnées dans ce programme ont plus de 55 ans. Pour ce public âgé, le District Centre a mis en place des actions spécifiques, tels que des groupes de soutien à la transition vers la vieillesse.

[25] **Clariane et les professionnels du secteur constatent un vieillissement accéléré parmi les personnes sans abri.** Ce phénomène se traduit par un écart significatif entre l'âge biologique et l'âge chronologique, conséquence directe des conditions de vie précaires, des addictions et de l'absence de suivi sanitaire régulier.

[26] Les principaux indicateurs observés incluent :

- L'apparition précoce de maladies chroniques (BPCO, diabète, pathologies cardiovasculaires) ;
- Une fragilité physique avancée, caractérisée par la perte de force musculaire, les chutes fréquentes et la faiblesse générale :
- Un déclin cognitif prématuré, souvent associé à la consommation d'alcool et de substances psychoactives ;
- Une dépendance fonctionnelle avant 65 ans, limitant la capacité à réaliser les activités quotidiennes ;
- Des niveaux élevés d'isolement social et une faible présence de réseaux de soutien ;
- La prévalence de troubles mentaux non traités, tels que la dépression, l'anxiété ou la schizophrénie.

[27] Pour répondre à ce vieillissement prématuré, Clariane recommande d'adopter une approche socio-sanitaire globale et préventive en 4 axes prioritaires :

1. **La prévention et le dépistage précoce** (évaluations gériatriques dès 50 ans, dépistage des addictions, promotion des programmes de santé visant à l'alimentation, au sommeil, etc.)
2. **L'adaptation des ressources** (création de places spécialisées pour les personnes âgées en situation de précarité, formation du personnelle en gériatrie sociale, etc.)
3. **Des interventions sectorielles** (coordination socio-sanitaire, création de logements adaptés pour les seniors ou les personnes vulnérables avec un suivi psychosocial)
4. **La recherche et l'évaluation** (Évaluation de l'impact des programmes destinés aux personnes âgées sans abri)

[28] Le vieillissement précoce parmi les personnes en situation de précarité, notamment les sans-abris, souvent aggravé pas des troubles mentaux graves (TMG), ont conduit à l'émergence de modèles de prise en charge intégrée, combinant soins médicaux, réhabilitation fonctionnelle, accompagnement psychosocial et participation communautaire. Les centres spécialisés, tels que ***Puerta de Hierro* (Premier centre en Espagne spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de TMG),**

illustrent ce paradigme, en proposant des unités conviviales et des interventions individualisées visant la prévention de la dépendance et la promotion de l'autonomie.

[29] Par ailleurs, le vieillissement et la précarité sont particulièrement accentués chez les personnes migrantes sans abri, pour lesquelles les obstacles à l'accès aux soins et aux droits sociaux aggravent le déclin fonctionnel et l'isolement. La Fédération espagnole des associations de réhabilitation psychosociale (FEARP) souligne que la compétence culturelle, la prise en compte de la langue, de la culture et de la spiritualité, est essentielle pour prévenir l'exclusion et favoriser un vieillissement actif même en situation de grande vulnérabilité.

Sources

- Boletín Oficial del Estado. (2024, 30 décembre). *Real Decreto-ley 8/2024, de 29 de diciembre, por el que se adoptan medidas en materia de Seguridad Social y empleo.* BOE-A-2024-26917**,** https://www.boe.es/boe/dias/2024/12/24/pdfs/BOE-A-2024-26917.pdf
- Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). (2025). *Un perfil de las personas mayores en España 2025: indicadores estadísticos básicos.* Envejecimiento en Red. En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : https://envejecimientoenred.csic.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2025-indicadores-estadisticos-basicos/
- Funcas. (2025, septembre). *Preocupada y un tanto desorientada: la sociedad española ante las pensiones*. Dirección de Estudios Sociales. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2025/09/250925_E_Pensiones.pdf
- Gallego, M. (2025). *Aproximación a la soledad en los centros del Imserso.* Imserso. En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://imserso.es/web/imserso/el-imserso/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion-publicacion?p_p_id=com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ_javax.portlet.action=buscarResultados&_com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_63431*
- Gobierno de Cantabria. (2025, 12 juin). *La Consejería de Inclusión Social lanza una nueva línea de subvenciones para fomentar el envejecimiento activo y combatir la soledad no deseada en los municipios rurales de Cantabria*. *https://www.cantabria.es/web/comunicados/w/la-consejer %C3 %ADa-de-inclusi %C3 %B3n-social-lanza-una-nueva-l %C3 %ADnea-de-subvenciones-para-fomentar-el-envejecimiento-activo-y-combatir-la-soledad-no-deseada-en-los-municipios-rurales-de-cantabria*
- Gobierno de España. (2025). *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia: Componente 22 – Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión.* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes/componente-22-plan-de-choque-para-economia-de-cuidados-y-refuerzo-de-politicas-de-inclusion
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (n.d.). *Portal estadístico nacional de España*. https://www.ine.es/
- Imserso. (2025). *Pensiones no contributivas de jubilación e incapacidad (PNC).* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/pensiones-no-contributivas-jubilacion-incapacidad-pnc?p_l_back_url= %2Fbusqueda %3Fq %3Dpensiones %2Bno %2Bcontributivas&p_l_back_url_title=B %C3 %BAsqueda*
- La Moncloa. (2025, 15 juillet). *El Gobierno reforma las leyes de dependencia y discapacidad. Conseil des ministres.* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/paginas/2025/150725-rueda-de-prensa-ministros.aspx*
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025). *Estrategia estatal de Desinstitucionalización*. En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/*
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2023, décembre). *Estrategia de prevención y lucha contra la pobreza 2023–2030*. *https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/Estrategia_Prevencion_Pobreza_FINAL_2312.pdf*
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024–2030).* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://www.dsca.gob.es/es/publicacion/estrategia-estatal-nuevo-modelo-cuidados-comunidad-proceso-desinstitucionalizacion-2024*

- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2025). *Nota de prensa nº 4458.* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://prensa.mites.gob.es/webPrensa/listado-noticia/noticia/4458*
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2024, 18 décembre). *El Gobierno aprueba medidas para reforzar la sostenibilidad del sistema de pensiones*. *https://prensa.mites.gob.es/webPrensa/listado-noticia/noticia/4458*
- Revista Seguridad Social. (2025, 23 mars). *Entran en vigor las medidas del Gobierno para mejorar la compatibilidad de la pensión con el trabajo.* En ligne. Consulté le 4 novembre 2025, à l'adresse : *https://revista.seg-social.es/-/entran-en-vigor-las-nuevas-medidas-para-compatibilizar-pension-y-trabajo*

2 Italie

2.1 L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité

[30] Comme souvent en Italie, l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité repose sur les initiatives du « tiers secteur » (associations, Eglise, etc.), souvent en lien avec les services sociaux des collectivités locales, et plus particulièrement des municipalités. Ci-après quelques exemples de ces initiatives :

2.1.1 « Personnes âgées sans domicile »

[31] Le projet « Personnes âgées sans domicile » a été réalisé sur le territoire de la municipalité de Bologne à la fin des années 2000, avec pour objectif de garantir une protection juridique aux personnes âgées sans domicile fixe et en situation de marginalité sociale grave, afin de promouvoir la reconnaissance de leurs droits et l'accès à des parcours de réinsertion sociale.

[32] À cette fin, un guichet a été créé pour fournir gratuitement des conseils et une assistance juridique aux bénéficiaires. Pour un fonctionnement optimal, le guichet a été mis en réseau avec les principaux services municipaux destinés aux personnes âgées et a bénéficié d'un noyau de bénévoles facilitant l'accès des utilisateurs aux guichets par le biais de processus de diffusion, d'orientation, d'envoi direct et d'accompagnement.

[33] Le projet visait également à sensibiliser et à informer sur le thème des personnes âgées en situation d'exclusion et de protection des droits, en éditant une publication à cette fin.

[34] Si le thème des personnes âgées fragiles fait l'objet d'une attention particulière et se reflète dans une typologie variée de services dans le domaine de l'aide sociale, il existe cependant une tranche de personnes âgées qui gravitent en dehors de toute possibilité d'accès à ces services et dont, en raison du fait qu'elles sont sans domicile fixe, personne ne se sent appelé à prendre en charge. L'aspect innovant et expérimental du projet « Personnes âgées sans domicile » était de proposer une approche inédite du problème des personnes âgées fragiles, en concentrant son attention sur un groupe de personnes qui, tout en manifestant les difficultés socio-sanitaires et relationnelles-affectives typiques du troisième âge, se trouvent dans l'incapacité d'accéder aux services essentiels et vivent une condition, celle de l'isolement et de la rue précisément, prohibitive par rapport à leur condition psychophysique liée à l'âge.

2.1.2 Les initiatives de la communauté de Sant'Egidio

[35] La Communauté de Sant'Egidio a commencé à Rome à la fin des années soixante-dix, lorsque le nombre de pauvres dans les rues de la ville augmentait rapidement, à se rapprocher des personnes sans domicile fixe. Certains épisodes d'intolérance et de violence ont suscité un mouvement de réflexion et des initiatives concrètes pour lutter contre la condition d'abandon et de danger dans la vie de ces pauvres.

[36] En particulier, l'histoire de Modesta Valenti, une vieille femme sans-abri, connue à la gare Termini de Rome, qui est morte sans secours parce qu'elle était sale et que l'ambulance ne voulait pas la prendre, a marqué l'histoire de la Communauté. Son souvenir a donné naissance à un vaste mouvement de solidarité.

[37] La rencontre avec ce monde de pauvres, qui s'est étendue à tous les endroits du monde où Sant'Egidio est présent, a suscité et développé au fil des ans un réseau d'amitié et de soutien et a donné lieu à des projets de solidarité stables. Des cantines, des centres d'aide, des maisons et des lieux d'accueil de nuit ont été créés. Dans presque tous les endroits où il y a une Communauté de Sant'Egidio, le soir, dans la rue, des repas et des couvertures sont distribués, comme premier geste de

proximité. Par la suite, la recherche de solutions de logement temporaires et stables et le soutien à la réinsertion dans le monde du travail font partie des formes de soutien proposées par la communauté.

[38] En outre, chaque année, dans plusieurs villes, un guide (qui en est à sa 35ème édition) est créé pour aider les sans-abris à accéder aux services qui peuvent les aider dans leur vie quotidienne, intitulé : « Où manger, dormir, se laver ». Il est téléchargeable pour être à la disposition de ceux qui travaillent dans le domaine social ou veulent simplement aider les sans-abris.

2.1.3 Les projets du PNRR

[39] Grâce aux fonds du Plan national de relance et de résilience (PNRR), plusieurs projets sont en cours de développement sur le territoire italien pour aider les sans-abris et les personnes âgées en situation de précarité, limiter leur isolement et améliorer leur mode de vie. Il existe trois principaux types de projets :

- Housing First : ce projet innovant vise à lutter contre la pauvreté et à aider les personnes sans domicile fixe. Housing First prévoit un logement d'urgence, en fournissant un lieu temporaire aux sans-abris et aux personnes en difficulté pour une période maximale de 24 mois. L'approche ne se limite pas au logement, mais comprend également des parcours de soutien vers l'autonomie, offrant une solution complète et durable (Cf. projet « Les clés du Paradis »)[408].
- « Relais de poste » : cette initiative là aussi innovante se concentre sur l'aide à 360 degrés pour les personnes en difficulté. L'objectif de ce projet PNRR est de créer des espaces d'accueil pour répondre aux situations d'urgence, de protéger et de soutenir les personnes en situation de privation matérielle grave ou sans domicile, ou en situation de marginalité, en mettant à disposition des services à bas seuil (par exemple pour l'hygiène et la propreté), des services d'évaluation sociale et d'inclusion socio-professionnelle, d'orientation, d'écoute, d'accompagnement en lien étroit avec le réseau territorial, institutionnel et non, pour la lutte contre la pauvreté ; pour les personnes en situation de marginalité sociale élevée, des projets personnalisés pourront donc être activés dans le but de favoriser des parcours d'autonomie et de renforcement des ressources personnelles.
- Autonomie pour les personnes âgées : ce projet vise à garantir que les personnes âgées puissent continuer à vivre de manière indépendante, en fournissant des services de soutien et d'assistance à ceux qui en ont besoin.

2.1.4 La résidence fictive

[40] Pour permettre d'avoir une résidence même à ceux qui n'ont pas de lieu où la déclarer – personnes sans domicile ou qui n'ont pas accès au marché immobilier régulier et sont obligées de vivre dans des contextes de logement informels ou avec des modalités jugées inappropriées aux fins de l'enregistrement – de nombreuses villes ont établi des adresses où fixer la soi-disant résidence fictive ou résidence virtuelle.

[41] La résidence fictive (ou d'état civil ou virtuelle) permet ainsi aux personnes sans domicile ou vivant dans des conditions de précarité ou dans des contextes informels, d'accéder aux droits fondamentaux prévus par l'inscription à l'état civil et de bénéficier de services territoriaux tels que : la réception du courrier, la demande d'un médecin généraliste, l'assistance sociale, la participation à des appels d'offres pour l'attribution de logements résidentiels publics, la demande de subventions, et de demander les documents suivants : carte d'identité, carte de santé, permis de séjour, fin de peine.

[408] Ce dispositif a été généralisé en France, après expérimentation, sous le nom d'ACT « Un chez soi d'abord » pour les personnes en situation de grande précarité avec troubles psychiques.

2.1.5 « Les clés du Paradis »

[42] Le Chiavi del Paradiso est le nom d'une campagne de crowdfunding, lancée pour soutenir le projet de Casa Walter à Milan, destiné en particulier aux personnes âgées sans domicile.

[43] Le projet a été lancé en 2022 par la Communauté de Sant'Egidio de Milan et soutenu par BPER Banca, et s'inscrit dans le modèle innovant du Housing First, une approche assez différente du mode d'assistance traditionnel. Plutôt que de passer par une série d'étapes intermédiaires, ce modèle offre directement un toit à ceux qui en sont privés : il ne s'agit pas seulement de fournir un refuge, mais de proposer un nouveau départ, un tournant dans la vie de ceux qui n'ont connu que l'incertitude de la rue.

[44] La campagne de crowdfunding intitulée « Les clés du Paradis » a été lancée pour assurer la continuité et l'expansion de l'initiative, en demandant le soutien et l'implication de plus de personnes. La campagne vise à couvrir les frais de loyer, de services publics, d'assistance et de nourriture pour les personnes hébergées.

[45] Cette alternative aux dortoirs, utilisés par des hôtes toujours différents, poursuit l'objectif de faire vivre ensemble plusieurs personnes, unies par des désagréments similaires, pour lutter contre leur solitude. L'accompagnement constant d'éducateurs capables de soutenir les personnes souffrant de graves problèmes physiques et psychologiques y est fondamental. Le projet de Housing First est en effet constitué d'un large éventail de services, y compris l'assistance médicale, le soutien psychologique et les moments de convivialité : ce sont des aspects fondamentaux pour promouvoir le bien-être psychophysique des hôtes. De plus, de petites excursions et activités de socialisation aident à briser l'isolement et à favoriser un sentiment d'appartenance et d'inclusion.

2.2 L'accompagnement des personnes basculant dans la précarité

[46] En Italie, les plus de 65 ans représentent une tranche fragile de la population, souvent pénalisée par des retraites minimales basses et des conditions de santé précaires. Selon l'Institut des statistiques (ISTAT), en 2024, près de 30 % des personnes âgées vivant seules se trouvaient dans une situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. À cela s'ajoutent les coûts liés à l'assistance, aux soins personnels et à la mobilité, des éléments qui ont un impact profond sur la qualité de vie.

[47] Toujours selon l'ISTAT, les raisons qui poussent les personnes âgées à demander de l'aide sont diverses. Tout d'abord, il y a les problèmes économiques liés à des revenus insuffisants. Les principales demandes concernent en effet des biens et des services alimentaires et matériels. Viennent ensuite celles liées au logement qui est principalement loué. En ce sens, ils demandent de l'aide pour payer les factures/services, mais aussi un soutien financier pour éviter l'expulsion. Une personne âgée sur cinq souffre de maladies cardiovasculaires, de maladies oncologiques, de formes dépressives et de perte d'autonomie. La solitude vient ensuite amplifier l'état de besoin des personnes âgées déjà pauvres,

[48] Pour répondre à ces situations, les pouvoirs publics ont mis en place toute une série de dispositifs d'aide économique et/ou sociale. On peut ainsi citer :

2.2.1 La prestation universelle pour les personnes âgées non autonomes

[49] Introduite par la loi de finances pour 2025, la prestation universelle est une aide contribution financière mensuelle de 850 euros, destinée aux personnes de plus de 80 ans non autonomes possédant un ISEE (revenu standardisé) ne dépassant pas 6 000 euros. Elle a pour objectif de soutenir les personnes âgées qui ont besoin d'une assistance continue et de favoriser le séjour à leur domicile, en finançant l'assistance fournie par du personnel qualifié régulièrement embauché ou par un aidant familial formé.

[50] Le bénéfice de cette prestation sera reconnu pour la période triennale 2025-2027, comme première étape d'une réforme plus large de l'assistance aux personnes âgées.

La carte « Dedicata a Te » (« faite pour toi »)

[51] La carte « Dedicata a Te » est un outil de soutien économique pour les ménages avec ISEE jusqu'à 15 000 euros qui peut également être utilisé pour les abonnements aux transports publics. D'un montant de 500 euros annuels, elle sert principalement à l'achat de biens de première nécessité et certains magasins proposent des rabais supplémentaires aux porteurs de la carte.

[52] On notera ici que de façon plus générale, de nombreuses régions italiennes offrent des réductions et des avantages aux personnes âgées pour encourager l'utilisation des transports en commun et améliorer la mobilité urbaine :

- Lombardie : dotation de transports pour les abonnements intégrés, y compris les trajets à grande vitesse- Piémont et Vénétie : remboursements jusqu'à 200 euros pour l'achat d'abonnements
- Latium : transports gratuits pour les plus de 60 ans avec ISEE ≤ 15 000 euros
- Émilie-Romagne et Ligurie : réductions et gratuité pour les personnes âgées à faible revenu.

Le bonus aide-soignant

[53] La loi de finances 2024 a confirmé le bonus aidant familial, une mesure visant à encourager l'embauche régulière d'aidants familiaux, en particulier pour l'assistance aux personnes âgées non autonomes.

[54] Ce bonus, qui peut atteindre jusqu'à 3 000 euros par an, est destiné aux citoyens qui, pour aider un parent âgé ou handicapé, choisissent de régulariser un collaborateur domestique avec un contrat de travail salarié.

L'allocation sociale

[55] Elle reste l'une des mesures fondamentales en faveur des personnes âgées à faible revenu ou sans revenu.

[56] L'allocation sociale est une prestation de l'INPS destinée à ceux qui, ayant atteint l'âge de 67 ans, ne possèdent pas les cotisations nécessaires pour obtenir la pension de vieillesse. Il est nécessaire pour en bénéficier de résider en Italie de manière continue depuis au moins 10 ans et de ne pas dépasser certains seuils de revenus.

[57] Le montant total, en cas de revenus personnels égaux à zéro, pour 2025, est de 538,69 euros, payé pour treize mensualités, exonéré de l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Ce montant varie en fonction des revenus personnels et/ou conjugaux. Le droit à l'allocation sociale tombe si les revenus dépassent 7 002,97 euros pour les personnes non mariées et 14 005,94 euros pour les personnes mariées.

L'allocation d'inclusion

[58] L'allocation d'inclusion est une mesure nationale visant à lutter contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale des groupes vulnérables grâce à des programmes d'insertion sociale, de formation, d'emploi et de politique active du travail. Elle est soumise à des conditions de ressources et à l'adhésion à un parcours personnalisé d'activation et d'inclusion sociale et professionnelle, et se compose de deux parties : un complément de revenu familial jusqu'à un certain seuil (quota A) et une aide pour les ménages résidant dans un logement loué avec un contrat dûment enregistré (quota B).

[59] Cette allocation n'est donc pas versée directement aux personnes âgées en situation de précarité, mais bénéficie aux familles comprenant des personnes handicapées, ou des membres âgés d'au moins soixante ans, ou encore des membres défavorisés et inscrits dans des programmes de soins et d'assistance des services socio-sanitaires territoriaux certifiés par l'administration publique.

▪ Les aides économiques locales

[60] Outre les aides économiques nationales, les municipalités italiennes peuvent également fournir des aides économiques locales aux personnes âgées en difficulté. Ces aides peuvent prendre la forme de contributions économiques, d'allègements fiscaux ou de services d'assistance.

[61] Voici quelques exemples d'aides économiques qui peuvent être utiles aux personnes âgées en difficulté :

✓ *Contributions à l'achat de médicaments et de dispositifs médicaux*

[62] Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'acheter des médicaments et des dispositifs médicaux pour le traitement de maladies ou de handicaps. Dans certains cas, ces coûts peuvent être très élevés. C'est pourquoi il existe des aides financières qui peuvent aider les personnes âgées à supporter ces dépenses.

[63] Les contributions pour l'achat de médicaments et de dispositifs médicaux peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces contributions peuvent être demandées directement à l'entreprise qui fabrique le médicament ou le dispositif médical.

✓ *Contributions à la suppression des barrières architecturales*

[64] Les barrières architecturales peuvent rendre difficile ou impossible pour les personnes âgées de se déplacer de manière autonome. C'est pourquoi il est important de supprimer ces obstacles pour permettre aux personnes âgées de vivre de manière plus autonome.

[65] Il existe des contributions économiques qui peuvent aider les personnes âgées à financer les interventions de suppression des barrières architecturales. Ces contributions peuvent être versées par des organismes publics ou privés.

✓ *Contributions pour l'aide à domicile*

[66] L'aide à domicile est un service qui aide les personnes âgées non autonomes à rester chez elles. Ce service peut être fourni par des organismes publics, privés ou des associations bénévoles.

[67] Ce sont les régions, par l'intermédiaire du Service national de santé, qui fournissent des services d'aide à domicile aux personnes âgées, divisés en 3 macro-catégories auxquelles il est possible d'accéder en fonction de l'état de la personne âgée.

[68] Les services régionaux offerts par les autorités sanitaires locales, ASL, peuvent être activés lorsqu'un soutien auxiliaire à domicile de type socio-sanitaire est nécessaire. Mais il faut se rappeler que l'assistance aux personnes âgées peut aussi être activée auprès des autorités locales ou des associations locales, mais à des fins différentes.

[69] D'autre part, les personnes âgées ont également d'autres besoins, tels qu'un accompagnateur pour une visite, un soutien psychologique temporaire et de la compagnie pour éviter la solitude. C'est pourquoi il existe des initiatives régionales telles que TeleAssistenza Anziani (« télé-assistance pour les personnes âgées ») qui permettent d'intervenir à domicile en cas d'urgence sanitaire ou pour des besoins moins urgents, mais non négligeables.

[70] Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, de conditions cliniques invalidantes ou de problèmes majeurs peuvent accéder à un service national entièrement conventionné. En particulier, les personnes qui peuvent bénéficier du service doivent présenter des pathologies ou des conditions transitoires qui ne permettent pas le déplacement ou qui limitent considérablement l'activité quotidienne du sujet. Grâce à l'ASL, il est donc possible de recevoir des soins et des traitements infirmiers à domicile, mais pas seulement. En effet, dans les cas les plus graves, le patient pourra bénéficier d'une assistance à domicile intégrée (ADI) ou même d'une hospitalisation à domicile pour un service complet, avec l'intervention également de spécialistes dans le domaine clinico-médical.

[71] Les soins infirmiers à domicile sont l'une des formes de soins de base fournies par le Service national de santé et s'adressent aux patients de tout âge qui présentent un état clinique transitoire ou grave et qui, pour cette raison, ont besoin de soins de santé à domicile. Cela peut se produire, par exemple, pour les prélèvements sanguins, les perfusions, les thérapies de rééducation et l'administration de médicaments avec des seringues.

[72] Si l'assistance à domicile est gratuite, les conditions d'accès sont bien définies et ne peuvent être fournies qu'en présence de problèmes sociaux et de santé évidents. En outre, les soins à domicile nationaux et régionaux ne couvrent pas l'ensemble des besoins et il peut être nécessaire de faire appel à un service privé tel que des travailleurs sociaux ou similaires. Dans ces cas, les coûts peuvent être assez élevés, surtout si le service est fourni sur une base horaire. Le coût horaire de l'aide à domicile pour les personnes handicapées ou les personnes âgées commence à 15-20 euros par heure.

✓ ***Contributions pour les frais de maison de retraite***

[73] Les maisons de retraite sont des structures qui offrent assistance et hospitalité aux personnes âgées non autonomes. Le coût de la pension d'une maison de retraite peut être très élevé. C'est pourquoi il existe des contributions économiques qui peuvent aider les personnes âgées à supporter ces dépenses.

[74] Les contributions pour les frais de maison de retraite peuvent être versées par des organismes publics ou privés.

✓ ***Allègements fiscaux pour les dépenses de santé***

[75] Les personnes âgées qui ont des dépenses de santé élevées peuvent bénéficier de certains avantages fiscaux. Ces avantages peuvent prendre la forme de déductions, de dégrèvements ou d'exonérations.

[76] Les avantages fiscaux pour les dépenses de santé sont prévus par la loi et peuvent être demandés directement à l'Administration fiscale.

✓ ***Allègements fiscaux pour les frais d'assistance***

[77] Les personnes âgées qui ont des dépenses d'assistance élevées peuvent bénéficier de certains avantages fiscaux. Ces avantages peuvent prendre la forme de déductions, de dégrèvements ou d'exonérations. Les allègements fiscaux pour les frais d'assistance sont prévus par la loi et peuvent être demandés directement à l'Administration fiscale.

▪ **Autres exemples d'aides économiques**

✓ ***Contributions à l'achat d'aides et d'équipements pour l'autonomie***

[78] Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'aides et d'équipements pour l'autonomie afin de mener à bien leurs activités quotidiennes. Ces aides peuvent être coûteuses, mais il existe des contributions économiques qui peuvent aider les personnes âgées à en supporter les dépenses.

[79] Les contributions pour l'achat d'aides et d'équipements pour l'autonomie peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces contributions peuvent être demandées directement au fabricant de l'aide ou de l'équipement.

✓ ***Contributions pour les transports publics***

[80] Les personnes âgées peuvent avoir des difficultés à se déplacer en transports en commun. C'est pourquoi il existe des aides financières qui peuvent aider les personnes âgées à payer les transports en commun.

[81] Les aides pour les transports publics peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces contributions peuvent être demandées directement au gestionnaire du service de transport public.

✓ ***Contributions pour les vacances***

[82] Les vacances peuvent être une source importante de bien-être pour les personnes âgées. C'est pourquoi il existe des aides financières qui peuvent aider les personnes âgées à payer leurs vacances.

[83] Les aides aux vacances peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces aides peuvent être demandées directement à l'agence de voyage.

✓ ***Contributions à la formation professionnelle***

[84] Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'une formation professionnelle pour améliorer leurs compétences et trouver un emploi. Pour cette raison, il existe des aides financières qui peuvent aider les personnes âgées à payer leur formation professionnelle.

[85] Les aides à la formation professionnelle peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces contributions peuvent être demandées directement à l'organisme de formation.

✓ ***Contributions pour le soutien psychologique***

[86] Les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés psychologiques liées à l'âge, à la solitude ou à la perte d'êtres chers. C'est pourquoi il est important de leur offrir un soutien psychologique.

[87] Les contributions pour le soutien psychologique peuvent être versées par des organismes publics ou privés. Dans certains cas, ces contributions peuvent être demandées directement au professionnel qui offre le soutien psychologique.

- **Le rôle des associations**

[88] Certaines personnes âgées ne peuvent pas vivre chez elles, en raison de leur degré réduit d'autonomie, de la perte d'un logement, de conflits familiaux, de la pauvreté économique... Dans cette perspective, pour réduire le nombre d'admissions dans les mégastructures, des solutions alternatives ont été mises en œuvre, des expériences de cohabitation, qui, au fil du temps, ont donné naissance à un modèle articulé pour répondre aux besoins de logement de la population âgée : cohabitation de personnes âgées, copropriétés protégées, foyers d'accueil.

[89] La communauté Sant'Egidio joue un rôle majeur dans ce domaine, à commencer par la mise en place de systèmes de cohabitation. Les cohabitations représentent une alternative innovante à l'institutionnalisation et favorisent, en les valorisant, les ressources informelles du territoire (voisins, famille, etc.). Les personnes âgées, en combinant leurs ressources, parfois plus que modestes, ont ainsi réussi à éviter une hospitalisation en institution, à obtenir l'aide nécessaire, tout en continuant à vivre comme elles le souhaitent.

[90] La communauté a également développé la formule des copropriétés « protégées » et des maisons familiales. Dans le premier cas, il s'agit de bâtiments entiers de mini-appartements (40 - 60 m^2 chacun) pour une ou deux personnes, dédiés aux personnes âgées autonomes, mais avec une fragilité du point de vue du logement (sans-abri, expulsés, personnes seules). Ces hôtes se voient offrir des services communs et un soutien dans les problèmes de la vie quotidienne. C'est une façon de continuer à vivre dans une maison, tout en restant dans un environnement protégé. Les maisons familiales sont quant à elles conçues pour les personnes âgées ayant une autonomie fonctionnelle réduite, incapables de rester chez elles, en raison d'un manque de logement ou de ressources économiques suffisantes, de relations interpersonnelles significatives. Les personnes âgées y retrouvent un environnement familial. Les chambres sont meublées de manière non anonyme ; les bénéficiaires sont invités à apporter leurs propres meubles. L'absence de barrières architecturales et les nombreuses aides permettent de ne pas perdre son autonomie.

[91] Il a été souligné par ailleurs que parmi les premières demandes des personnes âgées en difficulté figurent les besoins alimentaires. Dans cette perspective, la société Kellogg, en collaboration avec

l'Association Banco Alimentare dell'Abruzzo Onlus, a lancé en 2017 l'initiative « Vive le petit déjeuner », qui vise à garantir un repas fondamental tel que le petit déjeuner aux personnes âgées en situation de pauvreté, dans les Abruzzes. Dans cette région, plus de 11 % de la population, soit environ 140 000 personnes, se situe sous le seuil de pauvreté.

[92] L'objectif de « Vive le petit déjeuner » est triple : non seulement collecter le plus grand nombre de produits pour le petit déjeuner à donner aux personnes âgées qui sont en contact avec le réseau Banco Alimentare, mais aussi prendre soin de leur bien-être en offrant des conseils sur l'alimentation, à partir du premier repas de la journée, en plus de leur donner du temps et de la compagnie.

[93] « Vive le petit déjeuner » voit ainsi les bénévoles de l'Association Banco Alimentare dell'Abruzzo Onlus collecter les aliments nécessaires pour composer un petit déjeuner varié et équilibré, des aliments qui sont ensuite livrés aux structures caritatives locales conventionnées qui aident les personnes âgées directement à leur domicile. Les bénévoles des structures, à leur tour, se rendent chez ces personnes en difficulté où ils livrent non seulement les colis avec de la nourriture, mais passent aussi du temps avec ces personnes qui sont souvent seules et ont moins de possibilités de socialisation.

[94] Le projet prévoit également la distribution d'un guide d'information dédié au petit-déjeuner, qui contient des informations sur l'importance de ce repas et sur les nutriments de base spécifiques aux besoins des personnes âgées, et qui offre des suggestions sur la façon de le composer et de le varier, en fonction de ce qui est disponible, en posant les bases d'une meilleure connaissance nutritionnelle.

2.2.2 La loi « 104 »

[95] La loi 104 offre et aménage un soutien concret à l'aidant qui s'occupe de ses parents âgés.

[96] Officiellement promulguée le 5 février 1992, cette loi reconnaît les droits des personnes handicapées, en leur garantissant assistance, intégration sociale et droits. Elle vise à soutenir non seulement les personnes handicapées, mais également leurs familles et leurs aidants, en fournissant une série d'allègements et de soutiens spécifiques.

[97] Elle est divisée en plusieurs sections qui traitent des droits des personnes handicapées dans divers domaines de la vie sociale et professionnelle. L'un des principaux articles, l'article 3, classe les handicaps en trois catégories, en fonction de leur gravité et de leur impact sur la vie quotidienne, offrant des niveaux correspondants d'avantages et de soutien.

[98] Pour ce qui concerne l'aide aux personnes âgées, la loi dispose que l'aidant doit être lié par un lien de parenté ne dépassant pas le troisième degré et que la personne assistée doit avoir plus de 65 ans.

[99] La législation prévoit également que les membres de la famille qui s'occupent d'un parent handicapé ou âgé peuvent bénéficier d'un congé anticipé pour prendre leur retraite : ils bénéficieront d'un congé payé extraordinaire qui accorde deux ans d'avance par rapport aux normes actuelles pour pouvoir bénéficier d'un régime de retraite de l'État.

[100] Par ailleurs, des déductions fiscales sont prévues en cas d'embauche d'un soignant, des indemnités d'accompagnement et des avantages pour l'achat de solutions et d'accessoires pouvant aider aux soins quotidiens.

[101] Une mesure de soutien supplémentaire est celle des soins à domicile. Il existe des réseaux spécialisés qui sont inclus dans les droits de la loi 104 pour assurer un soutien médical tel que des examens diagnostiques à domicile. Le travail de physiothérapeutes, de psychologues et de travailleurs sociaux qualifiés est soutenu financièrement par le service national de santé.

3 Danemark

[102] Le Danemark figure parmi les pays **les plus égalitaires au monde, caractérisé par un État-Providence universel** octroyant à ses résidents des **aides sociales généreuses**. L'allocation d'une **aide financière de subsistance (*Kontanthjælp*)** aux personnes sans emploi et sans revenu, ne parvenant à subvenir à leurs besoins **à un moment de leur vie**, permet notamment d'éviter un basculement dans la pauvreté et par extension, un vieillissement dans des conditions de précarité. Ce filet de sécurité explique en partie le faible **taux de pauvreté relative** dans le pays. Néanmoins, il convient de préciser que ces aides étant conditionnées à un critère de nationalité ou de résidence, **les personnes au parcours migratoire et/ou résidant illégalement sur le territoire en sont *de facto* exclues**, ce qui participe à leur surreprésentation parmi les personnes en situation de précarité.

[103] Si le pays ne dispose pas d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, il a mis en place, en 2020, des **lignes directrices pour la lutte contre le sans-abrisme** à destination des municipalités et des acteurs associatifs, rappelant la législation applicable en matière d'itinérance et centralisant de bonnes pratiques. Le taux de personnes en situation de sans-abrisme au Danemark est bien inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, s'élevant à **0,1 % de la population totale** (soit 5 789 personnes) contre **0,49 %** (soit 330 000 personnes) pour la France en 2022. En dépit de cette faible proportion, **les personnes âgées représentent une part croissante de la population sans-abri** sur le territoire. À cet égard, le think tank *VIVE* révèle que le nombre de sans-abris âgés de **plus de 60 ans a augmenté de 113 %** entre 2009 et 2024. Ce groupe représenterait environ 10 % des personnes sans-abri, soit **500 personnes**, d'après le think tank.

[104] En outre, concernant la précarisation induite par le vieillissement, un récent rapport de l'**université de Roskilde**, élaboré en collaboration avec *Danmarks Statistik,* révèle que **près de 90 000 personnes âgées fragilisées ne bénéficient pas d'une aide suffisante au quotidien**, ce qui affecte leur qualité de vie. Le rapport est disponible[409].

[105] Dans ce contexte, le gouvernement est de plus en plus sollicité face à cet enjeu et a annoncé, en 2025, le déploiement de **deux grandes initiatives** visant à garantir **une vieillesse digne aux personnes âgées**. La première est la **loi sur les personnes âgées**, « *Ældreloven* », entrée en vigueur en juillet 2025, qui institue un cadre légal assurant à toutes les personnes âgées une vieillesse épanouie. La seconde est **l'instauration, fin septembre, d'un fonds destiné** à améliorer la prise en charge des **personnes socialement vulnérables en maison de retraite**.

[106] Plus généralement, concernant les politiques du grand-âge, il est important de noter que le Danemark promeut depuis de nombreuses années **la priorité donnée au « vieillir chez soi »**. Il est fréquemment cité parmi les pays ayant mené dès les années 80 une **politique de « désinstitutionnalisation » de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes** dans le but de favoriser leur maintien à domicile et la possibilité de vivre une vie autonome le plus longtemps possible. **Le « bien vieillir dans la cité »** est également un aspect important du modèle danois. De nombreux **« Conseils des séniors »** ont vu le jour, qui sont élus pour 4 ans par les citoyens de plus de 60 ans des communes et qui doivent être systématiquement consultés, préalablement aux décisions des conseils municipaux en lien avec les séniors. **Les mobilités actives** occupent aussi une place cruciale au Danemark. **L'association « *Cycling without age* »** met par exemple en relation des personnes âgées en situation de dépendance, vivant en EHPAD, avec des bénévoles, prêts à offrir de leur temps pour effectuer avec eux des balades avec des vélos cargos aménagés.

[107] **De manière générale, le milieu associatif** est très important au Danemark ; il permet notamment de faire la jonction entre les différentes générations et de lutter contre la solitude. **L'association *Ældre Sagen*** joue notamment un rôle de lobby et compte plus de 1 million de membres (près d'1/5e de la population danoise). Afin de produire la présente note, le service des Affaires sociales, de l'Emploi et

[409] https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersoegelser/2025-rapport-hjaelp-i-hverdagen

de la Santé de l'Ambassade de France au Danemark a rencontré David Vincent Nielsen, consultant au sein de cette association, co-auteur de la stratégie danoise contre la solitude et président du Partenariat contre la solitude (« *Folkebevægelsen mod Ensomhed* »). Lors de cet échange, M. Nielsen a particulièrement insisté sur le **caractère protéiforme de la précarité,** évoquant notamment le fait que les personnes âgées fragilisées cumulent souvent plusieurs facteurs de précarité, tels que l'exclusion sociale, des troubles de nature psychique, une comorbidité ou encore des addictions. Il a également apporté des précisions concernant le seuil à partir duquel une personne en situation de précarité est considérée comme âgée par son association, retenant **l'âge de 60 ans** au vu de l'espérance de vie moindre de ce public. Enfin, il a rappelé que **l'accompagnement des personnes âgées incombant aux municipalités** (cf. infra.), celui-ci **varie grandement d'une localité à une autre**, résultant en une prise en charge inégale entre territoires.

3.1 Cadre juridique relatif à la prise en charge des personnes âgées

[108] Deux lois danoises régissent les services destinés aux personnes âgées résidant au Danemark : la **loi sur les services de 2007** (« ***Serviceloven »)*** et **la loi sur les personnes âgées (« *Ældreloven* »)** entrée en vigueur en 2025.

[109] La ***Serviceloven*** établit la **responsabilité du secteur public** à apporter de l'aide et du soutien aux citoyens vivant dans une **situation de vulnérabilité** – elle ne couvre donc pas exclusivement les personnes âgées. Elle garantit à **tous les citoyens** un accès aux services et aux droits afin qu'ils maintiennent une qualité de vie suffisante. Concernant les personnes âgées, la loi veille notamment à ce que celles-ci **reçoivent de l'aide à domicile**, des **soins de rééducation et de réadaptation** et bénéficient d'une place dans une **maison de retraite**. La ***Serviceloven*** décrète en outre qu'il incombe aux **communes – au nombre de 98 au Danemark** – d'administrer et de fournir ces services aux personnes dans le besoin.

[110] L'***Ældreloven*** cible quant à elle **spécifiquement les personnes âgées**. Elle introduit une **approche holistique** des soins destinés à ces dernières, prenant en compte leur bien-être social, mental et physique, dans l'objectif de fournir un accompagnement davantage **cohérent** et **évolutif**. L'enjeu est donc d'**adapter le parcours de soins** si la personne connaît une diminution de ses capacités physiques, mentales ou sociales. La loi s'applique aux **personnes âgées résidant légalement au Danemark, qu'elles aient atteint l'âge légal de la retraite (67 ans actuellement) ou non** – bien que celles n'ayant pas atteint cet âge doivent faire l'objet d'une évaluation. Selon David Vincent Nielsen de l'association *Aeldre Sagen*, il s'agit de la première fois que l'âge à partir duquel une personne est considérée comme âgée est associé à l'âge légal de départ à la retraite dans la loi. La loi prévoit notamment la livraison de repas quotidiens aux individus **n'étant plus en capacité de cuisiner (subventionnés en partie par la commune)** et impose en outre aux autorités de **coopérer avec les organisations de la société civile** intervenant dans le champ des personnes âgées.

3.2 Prévenir le basculement dans la précarité des personnes âgées

[111] Dans cette partie sont mentionnés divers dispositifs permettant de prévenir le basculement dans la pauvreté des personnes âgées suite à un bouleversement dans leur parcours de vie (perte du conjoint, difficultés de santé, habitat précaire…). Selon plusieurs témoignages et rapports, ce sont principalement les **aides financières** et **les services en nature** qui permettent à ce public vulnérable de maintenir un niveau de vie élevé après une rupture majeure.

3.2.1 Retraites, pensions et aides financières

[112] Les personnes âgées en situation de précarité sont éligibles au versement de **diverses aides financières**.

- **Retraite de base et aides associées**

[113] D'abord, toutes les personnes âgées de plus de 67 ans au Danemark perçoivent **la retraite d'Etat universelle** (*Folkepension*). Elle comprend la pension de base (*grundbeløb),* d'un équivalent de 7 198 DKK par mois (**964 euros**), versée à toute personne remplissant les **conditions de résidence**, et le **supplément de pension** (*pensionstillæg*), soumis à des **conditions de ressources**, pour les personnes aux faibles revenus. Le montant du supplément de pension varie si la personne est célibataire (8 329 DKK soit environ 1100 euros) ou en couple (4 262 DKK soit 570 euros). Pour bénéficier du complément de pension complet, les revenus du bénéficiaire, en plus de la pension de retraite d'État, ne doivent pas dépasser 95 800 DKK par an (environ 12 827 euros). Le ***pensionstillaeg*** étant un droit, il est automatiquement intégré au calcul de la pension de vieillesse et n'est pas soumis à une demande spécifique du bénéficiaire.

[114] Un chèque annuel (**Ældrecheck)** est également versé aux bénéficiaires de la *folkepension* disposant de faibles revenus. Pour y être éligible, il est nécessaire que le total du patrimoine liquide du retraité et de son conjoint ou concubin ne dépasse pas **95 800 DKK** (soit environ 12 827 euros). Le montant de l'**Ældrecheck est fixe** et s'élève à **25 700 DKK** (soit environ 3 500 euros) en 2025. Ce chèque profite à près de **300 000** retraités au Danemark, soit **près du tiers du total des retraités**.

[115] Les municipalités peuvent également accorder une **aide financière supplémentaire** (*Særlige personlige tillæg*) aux retraités rencontrant des difficultés financières si ces derniers en **font la demande**. Cette allocation complémentaire est **discrétionnaire**, versée après **évaluation du patrimoine et du reste à vivre** du retraité (*rådighedsbeløb*), i.e. le revenu dont dispose le retraité une fois ses charges fixes (loyer, chauffage, électricité, assurance habitation, téléphone et internet) payées. Les revenus du conjoint sont pris en compte uniquement lorsque le couple est marié.

[116] Une personne retraitée peut donc cumuler la pension de base, le supplément de pension si ses revenus sont faibles ainsi que l'aide financière supplémentaire si sa situation financière demeure précaire.

- **Retraite anticipée et pension d'invalidité**

[117] Les personnes âgées de 61 ans et plus, dont la capacité de travail est réduite à un maximum de **15h par semaine** en raison de leur état de santé, peuvent bénéficier de la **seniorpension** — une forme de retraite anticipée versée jusqu'à l'**âge légal de la retraite** (67 ans). Pour être éligible à la seniorpension, il faut avoir travaillé un minimum de **27 heures par semaine pendant au moins 20 à 25 ans**. Cette aide permet à des personnes âgées de ne pas tomber dans la précarité, notamment suite à une **détérioration de leur état de santé**.

[118] **Les personnes proches de l'âge de la retraite, qui ne peuvent plus travailler pour des raisons de santé, peuvent percevoir une pension d'invalidité (førtidspension).** Cette aide **ne peut pas être cumulée avec la seniorpension**, car il s'agit de deux **dispositifs distincts mais alternatifs**. La pension d'invalidité **n'est pas réservée aux personnes âgées**, mais peut leur être accordée si leur état de santé **ne permet pas du tout de travailler**, même à temps partiel (moins de 15 heures par semaine), **et s'ils ne remplissent pas les conditions d'accès à la seniorpension** — par exemple, **ne pas avoir travaillé au moins 20 à 25 ans à 27 heures/semaine ou plus**.

- **Autres allocations spécifiques**

  - L'**allocation de santé** (*Helbredstillæg*)

[119] Les personnes retraitées aux faibles revenus sont **en droit de demander une allocation de santé**, destinée à couvrir les médicaments ainsi que les soins dentaires et médicaux non pris en charge par l'assurance maladie.

  - **L'allocation de logement** (**boligydelse**)

[120] Les retraités ou bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont éligibles à une aide au logement, qu'ils soient locataires, propriétaires ou copropriétaires. Cette aide est perçue sous forme de subvention pour les locataires et sous forme de prêt pour les propriétaires/copropriétaires.

- L'**allocation de chauffage** (*Varmetillæg*)

[121] Les retraités ou bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent solliciter une subvention afin de couvrir leurs dépenses liées au chauffage (gaz, électricité, pétrole).

- **Décès du conjoint et pension de réversion**

  - **Efterlevelsespension (Pension du survivant, liée à la** folkepension)

[122] En cas de décès de l'un des conjoints ou concubins bénéficiaires d'une retraite de base, le survivant perçoit le **paiement combiné de sa pension et celle du défunt** pendant trois mois après le décès. Une fois ce délai écoulé, le montant de la pension est **recalculé** selon le taux appliqué aux personnes seules. La pension du survivant ne peut pas être perçue si le conjoint défunt avait intégré une maison de retraite (*plejebolig*).

  - Efterlevelseshjælp (Aide aux survivants)

[123] Les retraités n'étant pas éligibles à l'Efterlevelsespension – notamment en raison du placement de leur conjoint en maison de retraite – peuvent recevoir une aide aux survivants. Le versement de cette allocation est conditionné à une cohabitation d'au moins trois ans entre le défunt et le survivant avant le décès. Cette aide n'est pas exclusivement réservée aux retraités et peut donc bénéficier aux personnes âgées de plus de 60 ans. L'allocation est un paiement unique et s'élève à un maximum de 16 680 DKK (soit environ 2 200 euros) en 2025. Le montant de la prestation dépend du revenu annuel de la personne survivante. L'aide n'est plus allouée si les revenus de cette dernière dépassent 429 079 DKK (soit 57 500 euros) et n'est pas cumulable avec l'Efterlevelsespension.

  - Ægtefællepension (Pension de réversion pour fonctionnaires)

[124] Le terme « tjenestemand », souvent traduit en français par « fonctionnaire », est employé pour qualifier certaines catégories d'agents publics au Danemark, au statut particulier, travaillant pour les ministères, les autorités centrales, la police, la défense, les tribunaux, les services municipaux.

[125] Le conjoint d'un agent public (tjenestemandens) décédé peut percevoir une pension de réversion à vie, équivalente à 71 % de la pension du défunt. La pension de réversion est calculée en fonction du nombre d'années de service ouvrant droit à pension accumulées par le fonctionnaire (avec un minimum de 15 années de service). Le versement de cette pension est soumis à des conditions strictes : le mariage doit avoir été contracté avant la cessation de service du fonctionnaire avec droit à pension personnelle, avant que le fonctionnaire ait atteint l'âge de 65 ans, et au moins trois mois avant son décès.

3.3 Services en nature

3.3.1 Visites à domiciles

[126] Depuis l'introduction en 2025 de la loi sur les personnes âgées, le terme **aide à domicile** (*Hjemmehjælp*) a été remplacé par celui de **soins holistiques** (*Helhedspleje*). Ces soins consistent en une **prise en charge globale à domicile** – aide pratique pour le ménage et les courses, soins personnels, réhabilitation suite à une chute ou une maladie – des personnes âgées aux capacités physiques, mentales ou sociales réduites. Cette aide gratuite est accordée après une évaluation attestant de **l'incapacité de la personne âgée de subvenir seule à ses besoins**.

[127] Les personnes âgées font en outre l'objet de **visites régulières de prévention**. Les visites de prévention à domicile sont proposées systématiquement à toute personne de plus de 75 ans, ainsi qu'aux personnes moins âgées considérées « à risque » (suite à la perte d'un conjoint, à une sortie d'hôpital, ou dans le cas d'une situation d'isolement social). Les visites doivent être proposées annuellement à partir de 80 ans.

3.3.2 Aménagement du domicile

[128] Les communes danoises se chargent par ailleurs d'aménager, à titre gracieux, le domicile des personnes âgées à l'aide, par exemple, de barres d'appui, de rehausseurs de toilettes, etc. La commune de Copenhague dispose à ce titre d'un centre de technologies d'assistance (*hjælpemiddelcenter*), intégrant plus de **8 500 équipements différents**. Celui-ci peut livrer le matériel au domicile des personnes ou à leur **établissement d'hébergement.**

3.3.3 Service de restauration (Madtilbud)

[129] Les communes proposent un service de restauration spécifique pour les personnes âgées. Afin d'y être éligible, une personne doit être dans l'incapacité de préparer ses repas en raison d'une diminution temporaire ou permanente de ses capacités physiques ou mentales. Le service de repas est **payé par le bénéficiaire**, et le prix varie d'une commune à l'autre – bien qu'un plafond ait été fixé à **61 couronnes danoises** pour un plat principal (environ 8 euros). Le gouvernement danois a annoncé en août 2025 qu'il allait allouer 200 millions de couronnes pour réduire le coût des repas pour les citoyens âgés. A compter de 2026, le prix maximum d'un repas passera de 61 DKK (soit environ 8 euros) à 50 couronnes (soit 6,70 euros) dans la majorité des municipalités.

3.3.4 Société civile, partenariats locaux et lutte contre la solitude

[130] Selon M. Nielsen, les organisations de la société civile contribuent à combler les manques en s'appuyant sur des **ressources existantes** et en « **créant des ponts** » entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées pour améliorer la qualité de leur accompagnement. Compte tenu de leur taille, ces organisations jouent un rôle crucial dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion au Danemark, où près de **40 % de la population** prend part à une activité de bénévolat chaque année. De nombreuses associations danoises – telles que **Ældre Sagen, Cycling Without Age, Dansk Folkehjælp**, et ***Røde Kors*** – sont impliquées dans le combat contre l'isolement social des personnes âgées. **La Croix-Rouge danoise** (« *Røde Kors* ») propose notamment plusieurs initiatives pour ce public telles que des appels de sécurité – des bénévoles contactent régulièrement les seniors pour s'assurer de leur bien-être –, des visites à domicile, de l'accompagnement lors de sorties, des cafés seniors et clubs de conversation ou encore un « accompagnement fin de vie ».

Focus : l'association Ældre Sagen

*L'association a été fondée en **1986** afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées au Danemark et de garantir **le droit de vieillir dans la dignité**. Elle compte près de **1 075 000 membres – soit 18 % de la population danoise –, dont 21 000 sont bénévoles**. Les membres de l'association adhèrent annuellement par une participation financière (très faible), ce qui leur permet de bénéficier de nombreuses réductions pour des activités de loisirs (restaurants, parcs d'attractions, etc.). **L'organisation attire des personnes de tout âge** : 65 % de ses membres étant aujourd'hui âgés de moins de 65 ans. Les bénévoles, quant à eux, mènent de nombreuses actions en faveur du bien-être des personnes âgées : visites à domicile, aide informatique, organisation d'événements et d'excursions, réalisation d'appels de sécurité. Ils encadrent également une ligne d'écoute et de soutien pour les personnes âgées, « Telefonvenner », permettant à celles-ci d'exprimer leurs préoccupations de façon anonyme.*

*Pour l'année 2023-2027, **Ældre Sagen** s'est dotée d'une **stratégie nationale**, articulée autour de trois grands axes : l'accès aux soins, l'emploi des seniors, la santé mentale et le bien-être.*

*L'organisation bénéficie en outre d'un **fort ancrage local, avec 215 antennes, auxquelles les membres sont affiliés en fonction de leur lieu de résidence.** Ces différentes branches disposent chacune d'un **conseil d'administration**, dont le **président** participe chaque année à l'Assemblée des délégués d'Ældre Sagen, organe décisionnel suprême de l'organisation, en charge des décisions en matière de finances, statuts et stratégie. Cette instance élit également le **Conseil national d'Ældre Sagen**, qui nomme la direction générale. **165 personnes sont employées à temps plein** au siège de l'association à Copenhague.*

[131] En marge de la nouvelle loi sur les personnes âgées, le ministère des Personnes âgées (*Ældreministeriet*) a annoncé, en août 2025, l'instauration d'un **fonds de 16 millions de couronnes danoises (environ 2,1 millions d'euros)** dédié au renforcement des partenariats locaux entre la municipalité, les associations et les entreprises en vue d'améliorer le bien-être des personnes âgées. Un maximum de **16 municipalités** pourra bénéficier de subventions, selon le principe du premier arrivé, premier servi. L'objectif de ce fonds est de favoriser **l'émergence d'initiatives** telles que celle mise en place dans la commune de Gentofte (banlieue de Copenhague), où la succursale locale de *Ældre Sagen*, un fournisseur de soins privé, l'Église du Danemark (*Folkekirke*) et la municipalité ont formé **un réseau de lutte contre la solitude parmi les personnes âgées**.

[132] De manière générale, il est intéressant de noter que le gouvernement et les acteurs de la société civile œuvrent en faveur d'une **coopération intersectorielle** afin de combattre les enjeux d'isolement social, de solitude et de démence. Dans le cadre du lancement du plan d'action national de lutte contre la solitude (*National strategi mod ensomhed*) en 2023, un mouvement populaire contre la solitude (*Folkebevægelsen mod Ensomhed*) a notamment été créé, réunissant **100 organisations, fondations, associations et entreprises intervenant dans des champs divers** – droit des personnes âgées avec ***Ældre Sagen***, ou encore la ***Jyske Bank*** – autour de cet enjeu.

[133] Ce mouvement est notamment à l'origine de plusieurs initiatives **nationales concrètes à fort impact.** A ce titre**, l'initiative « Le Danemark mange ensemble » (« *Danmark Spiser Sammen* »)** organisée en partenariat avec *Ældre Sagen* deux semaines dans l'année, a pour objectif de réunir la société danoise autour de repas partagés. Toute organisation et chaque personne – particuliers, municipalités, organisations, entreprises, jardins d'enfants – sont encouragées à organiser des repas ouverts à tous. Une autre initiative notable est un projet pilote de « **prescription sociale** » par les médecins généralistes au Danemark, « **Social Henvisning Vesterbro-Sydhavnen ».** Ce projet a vocation à ce que les médecins deviennent de véritables **facilitateurs de liens sociaux ou « constructeurs de ponts » (du danois « *brobygger* »),** en orientant les personnes âgées isolées vers des activités sociales organisées par la société – en particulier **les centres de bénévoles** (*Frivilligcentret)* ou les municipalités. Si cette initiative n'est pour l'instant présente que dans une seule municipalité, le mouvement souhaite élaborer un **modèle national** afin de généraliser cette pratique.

3.4 Le vieillissement des personnes âgées en situation de précarité

3.4.1 Accompagnement par des organisations de la société civile

[134] Les **organisations de la société civile** jouent un rôle majeur dans l'accompagnement dans le vieillissement des personnes socialement vulnérables. Cela s'explique en partie par le fait que ce public est souvent fragilisé par de multiples facteurs – problèmes de santé, addictions, parcours d'itinérance – et nécessite **une prise en charge spécifique encore insuffisamment proposée dans les maisons de retraite (*plejehjem*)**. En outre, le nombre de places dans les structures d'accueil spécialisées est aujourd'hui insuffisant. Par conséquent, les ONG et associations sont parfois l'unique alternative vers laquelle ce public fragilisé peut se tourner afin de bénéficier de leur droit à une vieillesse digne.

[135] **L'association *Kirkens Korshær*** (l'équivalent danois de l'Armée du Salut française) accompagne un nombre croissant de personnes âgées qui se rendent dans leurs refuges. Ils les rencontrent au sein de leurs foyers, de leurs centres d'accueil de jour (« *varmestuer* ») et dans d'autres services sociaux à travers tout le Danemark. L'organisation plaide en faveur de la **création de davantage d'établissements spécialisés** dans l'accompagnement de personnes âgées en situation de précarité.

[136] **L'association *We Shelter*** dispose de refuges à Copenhague au sein desquels elle héberge des personnes en situation de sans-abrisme, notamment **des personnes âgées.** En plus d'un accompagnement visant à prendre en charge leurs problèmes sociaux ou de santé, les résidents se voient proposer diverses activités et événements. A ce titre, le refuge dispose de nombreuses salles communes : bibliothèque, salle informatique, salles de télévision et de salon, billard, tennis de table et salle d'exercice et de musique. Des excursions et des vacances d'été sont également organisées par l'association.

3.4.2 Maison de retraites (plejehjem) et personnes âgées socialement vulnérables

[137] Fin septembre 2025, le gouvernement danois a annoncé la mise en place d'un fonds de **22,1 millions de couronnes** (soit environ 3 millions d'euros) sur la période 2025-2028 en vue d'**améliorer la prise en charge des personnes âgées socialement vulnérables dans les maisons de retraite.** Ainsi, les municipalités et des acteurs privés – tels que des institutions à gestion autonome (*selvejende institutioner*) – auront la possibilité de **solliciter des subventions publiques** afin d'aménager des places pour les personnes âgées en situation de précarité dans les structures d'accueil.

[138] L'Autorité danoise de la Santé (*Sundhedsstyrelsen*) vient également de publier **un guide (*Bedre rammer for socialt udsatte ældre på plejehjem)*** recensant les **bonnes pratiques de diverses structures d'accueil ayant adapté leur prise en charge à un public fragilisé par de multiples facteurs**. Ces initiatives incluent notamment :

- **Un aménagement de l'espace :**

[139] Les établissements d'accueil témoignent du fait que les locaux sont souvent **peu adaptés à l'hébergement** d'un public en situation de grande précarité. Par conséquent, plusieurs d'entre eux ont construit des annexes, de nouvelles unités de logement et des terrasses afin d'offrir davantage d'intimité à leurs résidents.

- A titre d'exemple, dans une maison de retraite, **sept petites maisons en bois ont été bâties à 100-200 mètres du bâtiment principal**. Ces nouvelles unités permettent aux personnes hébergées d'être isolées tout en bénéficiant des soins et des services proposés par le bâtiment principal.
- S'inspirant du principe de « ***low arousal*** » (faible stimulation sensorielle en français), plusieurs établissements ont aménagé leurs espaces intérieurs afin de **réduire les facteurs déclencheurs de stress et prévenir l'émergence de tensions entre leurs résidents**. Une structure d'accueil a

notamment transformé son espace intérieur à l'aide d'un éclairage tamisé, de couleurs apaisantes, d'animaux (poissons, tortues), de fauteuils à bascules…

- **La suppression d'espaces partagés pour certaines tâches** (exemple : buanderie remplacée par une machine à laver individuelle dans chaque logement) a en outre permis à certaines structures d'accueil de réduire les conflits. L'attribution de **coffres personnels** a également permis de diminuer les tensions autour des objets ou de l'argent.
- **L'accès à une terrasse ou un balcon accessible est également évoqué** comme essentiel, les résidents ayant eu un parcours de rue pendant de nombreuses années éprouvant des difficultés à rester confinés dans un espace clos.

▪ Communautés et activités

[140] De multiples structures d'accueil déploient des initiatives visant à **encourager les rencontres spontanées et la vie collective en leur sein, dans le but de pallier l'isolement social des personnes âgées en situation de vulnérabilité**.

[141] Certaines ont par exemple aménagé les lieux de passage et leur entrée principale à l'aide de **canapés, de tables et de chaises** en vue de favoriser les rencontres fortuites. Le personnel est amené à jouer un rôle clé et actif dans la mise en relation des résidents en impulsant la **création de groupes et de communautés**, comme des clubs de cuisine.

[142] Les politiques concernant la **consommation d'alcool** varient d'une structure à une autre. En effet, certaines maisons de retraite accueillant des individus ayant des problèmes d'addictions organisent des **activités autour de l'alcool** – en proposant par exemple un bar le vendredi, des dégustations de vin ou de bières –, dans l'objectif d'encadrer la consommation d'alcool et d'éviter que les personnes ne s'isolent dans leur logement pour boire. A l'inverse, d'autres établissements prennent la décision de bannir l'alcool des activités collectives, afin d'éviter que la création de liens sociaux ne soit envisagée qu'à travers sa consommation.

▪ La formation des professionnels du secteur sanitaire et médico-social

[143] Le rapport évoque la nécessité d'adopter une **approche holistique de la personne** afin d'améliorer la prise en charge. Pour ce faire, il recommande la **collaboration interdisciplinaire** ainsi que le développement d'une **culture professionnelle commune** entre différentes disciplines.

[144] En outre, le travail avec des personnes âgées nécessitant des **compétences à la fois sociales, pédagogiques et en lien avec les troubles psychiatriques**, souvent non enseignées dans le cadre de la formation professionnelle de base, certains établissements proposent des formations continues ciblées à leur personnel. Celles-ci portent notamment sur la méthode *low arousal*, la gestion des conflits, les troubles psychiatriques associés à une consommation de drogues, le sevrage, et les effets des traumatismes sur le comportement.

[145] Les professionnels sont également encouragés à utiliser des instruments d'évaluation psychologique tels que le **« Isbjerget »** (l'iceberg) ou le **« Trivselskarret » (le bol du bien-être)**, afin d'identifier les besoins invisibles ou complexes des résidents en établissement.

4 Suède[410]

4.1 Données générales sur la pauvreté en Suède

[146] Selon les données du bureau national des statistiques, *Statistikmyndighet*, SCB, En Suède, 6 % de la population vivait dans la pauvreté matérielle et sociale en 2023[411], ce qui correspond à un peu plus d'un demi-million de personnes. Cette proportion, la deuxième plus faible de toute l'UE, a cependant augmenté de 2 % entre 2021 et 2023. En 2021, un peu plus de 3 % des Suédois âgés de 16 ans et plus vivaient dans la pauvreté matérielle et sociale, ce qui correspondait à environ 300 000 personnes[412].

[147] La pauvreté matérielle et sociale signifie qu'un individu ne peut pas se permettre un certain niveau de vie, et est mesurée à travers les critères suivants :

- Pouvoir faire face à des dépenses imprévues de 14 000 SEK (environ 1283 €) ;
- Pouvoir prendre une semaine de vacances par an ;
- Pouvoir régler ses dettes dans les délais impartis : prêt immobilier, loyer, factures, achats dont le paiement se fait en plusieurs échéances[413];
- Pouvoir se permettre un repas composé de viande, de poulet, de poisson ou d'une alternative végétarienne équivalente tous les deux jours ;
- Pouvoir chauffer suffisamment son logement ;
- Pouvoir avoir accès à une voiture ;
- Pouvoir se permettre un accès à Internet ;
- Pouvoir remplacer ses meubles usés ;
- Pouvoir remplacer ses vêtements usés ;
- Posséder au moins deux paires de chaussures (dont une paire de chaussures toutes saisons) ;
- Pouvoir se permettre de dépenser une petite somme chaque semaine ;
- Pouvoir participer régulièrement à une activité de loisir payante ;
- Pouvoir se permettre de retrouver sa famille ou ses amis pour un café ou un dîner au moins une fois par mois.

[148] Un individu qui ne peut pas se permettre cinq de ces dépenses ou plus est considérée comme vivant dans la pauvreté matérielle et sociale, et l'atteinte de sept ou plus de ces critères correspond à une situation de pauvreté matérielle et sociale sévère selon la définition de l'Union européenne.

4.2 Les retraités d'origine étrangère sont les plus touchés par la pauvreté

[149] Selon les données constantes des économistes[414] et des statisticiens, en Suède, l'origine géographique est le principal facteur de corrélation avec la pauvreté, loin devant l'âge. Selon SCB, la Suède est l'un des pays de l'UE où l'écart entre les personnes nées dans le pays et celles nées à l'étranger est le plus important en matière de pauvreté matérielle et sociale[415]. Vivre une situation de pauvreté matérielle ou sociale est donc sept fois plus courant pour les personnes nées à l'étranger que les

---

[410] *La plupart des données et rapports dont il est question ici datent de 2022 et de 2023. Les autorités statistiques et l'agence des pensions de retraites ne semblent pas avoir investi le sujet des personnes âgées précaires ces dernières années.*

[411] https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2024/materiell-och-social-fattigdom-okar-i-sverige/

[412] https://www.scb.se/pressmeddelande/fattigdom-nastan-sju-ganger-vanligare-bland-utrikesfodda/

[413] *En Suède, la plupart des achats se règlent directement ou dans les trente jours après présentation de la facture (faktura). Culturellement, il est tout à fait admis de souscrire à des crédits à la consommation, y compris pour des achats de denrées alimentaires, ce qui explique l'omniprésence du géant « Buy now, pay later », Klarna, et le fait que la dette des ménages soit très élevée. Les ménages suédois sont très endettés et un écosystème de crédits à la consommation avec des taux d'intérêts très élevés, les blancolån et les sms-lån, s'est développé. Il n'est ainsi pas rare que dans le cadre d'un recrutement, par exemple dans la fonction publique, l'employeur commande à un institut de crédit un état de l'endettement du candidat (kreditupplysning).*

[414] https://www.nationalekonomi.se/wp-content/uploads/2018/10/46-6-bghmito.pdf

[415] https://www.scb.se/pressmeddelande/fattigdom-nastan-sju-ganger-vanligare-bland-utrikesfodda/

personnes nées en Suède[416]. En cause, notamment, la condition d'avoir résidé en Suède depuis au moins trois ans pour être éligible au minimum vieillesse, *garantipensionen,* et depuis au moins quarante ans pour pouvoir toucher le minimum vieillesse dans son intégralité[417]. Selon Pensionsmyndighet, l'agence des pensions, les nouveaux retraités pauvres sont les femmes nées à l'étranger[418]. Celle qui parviennent à entrer sur le marché du travail n'ont pas le temps de se constituer une pension basée uniquement sur leurs revenus, et elles travaillent souvent dans des secteurs à bas salaires où la possibilité de travailler à temps plein est rare.

[150] Qui plus est, selon l'analyse de l'agence, la combinaison de la protection sociale de base (*grundskyddet*) et du système de retraite par capitalisation (*inkomstbaserat system*) crée un système contradictoire et inefficace[419]. Selon les calculs de Länsförsäkringar, il n'est pas avantageux, du point de vue de la retraite, de travailler pour une personne dont le revenu mensuel est inférieur à 40 000 couronnes. C'est alors que la pension de garantie intervient et complète la pension.

[151] Selon l'agence des pensions, sept retraités sur dix reçoivent une forme de d'aide sociale, et la structure du système fait que les personnes à revenus faibles et moyens qui augmentent leur pension de retraite ne bénéficient pas du minimum vieillesse.

Graphique 1 : Part des individus avec un faible niveau économique, par âge, en 2020



Source : SCB
En bleu, faible niveau économique, en orange, niveau économique durablement faible. En 2020, 20 % des 80 ans et plus avaient un faible niveau économique, et 12,5 % des 75-79 ans.

[152] La plus faible proportion de personnes ayant un niveau de vie durablement bas est celle des nouveaux retraités, âgés de 65 à 69 ans, dont un peu moins de 6 % ont des revenus durablement faibles[420], selon SCB[421]. En soit, comme le conclut l'organisation représentative du patronat, *Svenskt Näringslivet*, « les retraités suédois n'ont d'une manière générale pas de quoi se plaindre »[422]. Cependant, comme on le voit dans le graphique ci-dessus, de grandes différences s'observent entre les classes d'âges, les 80 ans et plus étant la classe d'âge la plus pauvre parmi les 60 ans et plus.

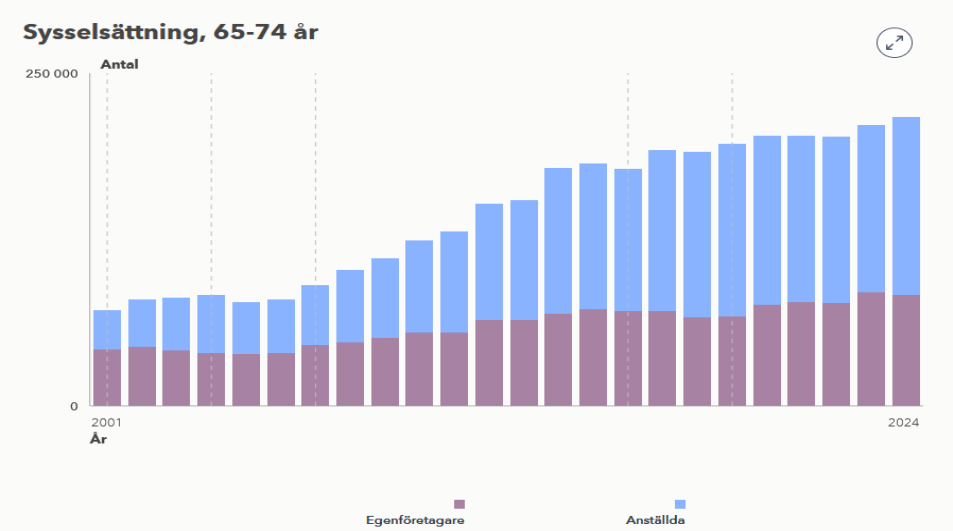
[416] https://www.scb.se/pressmeddelande/fattigdom-nastan-sju-ganger-vanligare-bland-utrikesfodda/
[417] https://www.pensionsmyndigheten.se/forsta-din-pension/sa-fungerar-pensionen/garantipension
[418] https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/pension-och-forsakring/har-ar-de-nya-fattigpensionarerna-blir-beroende-av-sina-barn_1218782.html
[419] Ibid.
[420] Est considérée comme durable par SCB une situation qui dure depuis au moins deux ans au cours des trois dernières années.
[421] https://www.senioren.se/nyheter/80-plussarna-fattigaste-aldersgruppen/
[422] https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/pension-och-forsakring/svenska-pensionarer-i-eu-topp-sa-fa-ar-fattiga_1205124.html

[153] En 2023, 10 % des Suédois âgés de 65 ans et plus avaient un faible niveau économique[423].

4.3 Emploi des seniors

[154] Les personnes de plus de 60 ans sont plus souvent en emploi en Suède qu'en France : en 2024, 217 300 personnes de 65 à 74 ans avaient une activité professionnelle, soit 21 % de ce groupe d'âge. Parmi eux, 134 000 étaient employés et 83 300 étaient autoentrepreneurs. Environ 42 % des personnes employées âgées de 65 à 74 ans travaillent moins de 35 heures par semaine[424].

Graphique 2 : Taux d'activité des 65-74 ans, de 2001 à 2024



Source : Ekonomifakta

[155] Cette situation fait suite à plusieurs réformes mises en œuvre pour favoriser l'emploi des seniors : en septembre 2001, la loi sur la protection de l'emploi (*lagen om anställningsskydd*) a été modifiée afin d'accorder aux salariés en CDI le droit, mais non l'obligation, de conserver leur emploi jusqu'à 67 ans. Depuis janvier 2003, cette disposition s'applique à toutes les conventions collectives. En janvier 2007, la cotisation patronale (*arbetsgivaravgiften*) et la cotisation personnelle (*egenavgiften*) des plus de 65 ans sont passées de 26,37 % à 10,21 %. Parallèlement, un crédit d'impôt majoré sur le revenu du travail (*jobbskatteavdrag*) a été instauré pour les plus de 65 ans[425]. En 2016, la cotisation patronale a été temporairement augmentée, avant de revenir à 10,21 % en 2019.

[156] Le maintien dans un emploi à temps partiel est notamment vu en Suède comme une manière de rester dans la vie active au point de vue professionnel et social[426]. Ce taux d'activité doit être mis en contexte avec le statut du travail en général en Suède. En effet, la majorité des employeurs signent des conventions collectives qui prévoient des souplesses d'organisation personnelles pour le salarié : le *flextid* (un compte temps pour pouvoir partir plus tôt ou plus tard en fonction des besoins), le *friskvård* (un chèque employeur pour faire de l'activité physique sur le temps de travail), le *vab* (120 jours par an pour s'occuper d'un enfant malade), le télétravail généralisé, ainsi qu'une culture professionnelle plus individualiste et horizontale qui rend le salarié autonome, mais aussi plus responsable.

[423] https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110I/TabVX4InkDesoN2/table/tableViewLayout1/
[424] https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/arbetsmarknad/sysselsattning/sysselsattning-bland-aldre_1209552.html
[425] https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/arbetsmarknad/sysselsattning/sysselsattning-bland-aldre_1209552.html
[426] https://www.minpension.se/allt-om-pensioner/pension-och-skatt/ta-ut-pension-och-fortsatta-jobba

[157] En fonction des accords collectifs, il est possible au salarié de négocier avec son employeur un maintien réduit dans l'activité après un certain âge, tout en touchant une partie de sa pension de retraite (c'est ce qu'on appelle la *flexpension*)[427]. Il est possible de toucher sa pension de retraite de service (*tjänstepension*, dépendant de l'emploi et donc le plus souvent des accords collectifs), voire sa pension de retraite générale (*allmän pension*, qui constitue la pension de retraite de base), mais dans ce dernier cas, la cotisation chômage (*a-kassa*) est impactée.

[158] En ce qui concernent les prestations d'invalidité, il est possible de cumuler une pension de retraite (*tidig ålderpension*) avec l'indemnité de maladie (*sjukersättning*).

[159] Ces dispositifs ne doivent cependant pas cacher une discrimination liée à l'âge dans les recrutements. En suédois, on parle de « 40-årspsykos », la psychose des quarante ans, pour désigner le mécanisme par lequel les employeurs qui cherchent à recruter écartent les candidats âgés de plus de 40 ans[428]. Dans son livre « *Åldersnöjan* » (La joie de vieillir)[429], le journaliste Jonas Nordling s'interroge : quel est le sens de travailler jusqu'à 70 ans si les recruteurs ne veulent plus embaucher personne après 50 ans ? Fin août 2025, le renvoi de la directrice générale de SJ, la compagnie nationale des trains, en raison de son âge (62 ans) a suscité de nombreux débats[430].

4.4 Sans-abrisme

[160] Depuis 1993, le Conseil national de la santé et du bien-être, *Socialstyrelsen*, réalise tous les six ans, pour le compte du gouvernement, des enquêtes sur le sans-abrisme.

[161] Lors de la cartographie de 2024, 27 383 personnes de plus de 18 ans ont été recensées comme se trouvant dans l'une des quatre situations de sans-abrisme[431].

4.4.1 Les quatre situations de sans-abrisme selon Socialstyrelsen

1- Situation de sans-abrisme aigu. Dormir dehors, dans des lieux publics, des garages, des greniers, des refuges (*jourboende*), des auberges (*vandrarhem*), des hébergements d'urgence (*akutboende*), des logements protégés (*skyddat boende*)
2- Sans logement après un déménagement imminent ou un séjour en institution, par exemple en psychiatrie. Hébergement avec accompagnement, SiS, HVB (ces deux institutions s'adressent aux mineurs délinquants, le SiS étant plus fermé que le HVB), foyer d'accueil, centre de rétention administrative, maison d'arrêt.
3- Solutions d'hébergement de longue durée avec accompagnement conformément à la loi sur les services sociaux (*socialtjänstlagen, SOL*) : Contrat d'engagement social (socialt kontrakt), appartement à l'essai (träningslägenhet), sous-contrat de location sans droit de jouissance (*andrahandskontrakt utan besittningsrätt*)[432].
4- 4/ Hébergement temporaire organisé par les personnes elles-mêmes. Vivre involontairement chez un membre de la famille, une connaissance ou un particulier sans contrat, ou sous-contrat de courte durée, ou vivre chez un particulier (maximum trois mois).

[162] Près des deux tiers des personnes sans domicile fixe interrogées vivaient dans les 34 municipalités du pays comptant plus de 70 000 habitants. 31 % de la population sans domicile fixe se concentre dans les quatre grandes villes du pays, et 53 % des sans-abri ont entre 35 et 64 ans.

[427] https://www.unionen.se/rad-och-stod/flexpension-mer-pengar-och-tid
[428] https://www.dn.se/ledare/susanne-nystrom-hela-sverige-gor-samma-misstag-ratar-arbetsplatsens-britt-marie/
[429] https://arenaide.se/bocker/aldersnojan/
[430] https://www.di.se/ledare/osnyggt-skylla-pa-sj-chefens-alder/
[431] https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/hemlosheten-fortsatt-kvar-pa-hog-niva/
[432] Le droit de jouissance signifie que le locataire a le droit à une prolongation de son contrat de location si son propriétaire souhaite y mettre fin avant la fin de la période de location.

[163] Les personnes de 65 ans et plus ne représentent que 5 % des sans-abri[433], ce qui représente une augmentation par rapport au recensement de 2017, où ils n'étaient que 2 %. Les deux tiers des sans-abri âgés de plus de 65 ans sont des hommes. En 2023, 283 personnes âgées se trouvaient en situation de sans-abrisme aigu, contre 251 en 2017, ce qui correspond respectivement à 7 % des situations de sans-abrisme aigu en 2024 et 5 % en 2017. Un peu plus de 140 personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui correspond à 5 % de toutes les personnes, étaient dans la situation 2 (sans-abrisme suite à un séjour en institution). Dans l'enquête de 2017, 6 % appartenaient à ce groupe d'âge.

[164] La majeure partie des sans-abri âgés de plus de 65 ans résident dans des hébergements sociaux de longue durée (situation 3) : en 2023, 11 % étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, pour un total de 627 hommes et 292 femmes[434].

[165] Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent seulement 2 % des personnes en situation de sans-abrisme de la situation 4 (séjour chez des proches ou des connaissances), mais Socialstyrelsen souligne que le décompte de ce type de sans-abrisme est plus complexe que pour les autres situations.

[166] Près de 16 900 personnes bénéficiaient de solutions de logement à long terme avec accompagnement, conformément à la loi sur les services sociaux. Au cours de la semaine de recensement d'avril 2023, un peu plus de 4 400 personnes étaient en situation de sans-abrisme aigu. Cela inclut l'hébergement en refuge (*härbärge*), en hébergement d'urgence (*akutboende*), en logement protégé (*skyddat boende*), ou dans des lieux publics (*offentliga miljöer*).

[167] Au cours de la semaine de recensement, un peu plus de 3 200 personnes avaient trouvé un hébergement temporaire par leurs propres moyens, la plupart dormant involontairement chez des connaissances ou des proches. Un peu plus de 2 700 personnes quittaient un logement accompagné, un établissement ou une structure d'hébergement sans avoir de logement personnel. Parmi les personnes en situation de sans-abrisme aigu ou temporaire, 68 % étaient des hommes et 32 % des femmes. Une personne sur trois en situation de sans-abrisme aigu ou temporaire avait des enfants de moins de 18 ans. 66 % des personnes étaient nées en Suède, soit une augmentation de 11 % par rapport à l'enquête précédente de 2017. 745 personnes dormaient dans des lieux publics, des garages, des caves, des voitures, etc.

[168] Une personne sur quatre était sans domicile fixe depuis au moins quatre ans et 500 personnes étaient sans abri depuis plus de dix ans.

4.5 Violences économiques et ruptures de vie

[169] Au printemps 2025, un rapport de la Cour des comptes suédoise, Riksrevisionen, s'est penché sur la prise en compte des violences économiques dans les situations de violences conjugales[435]. La Cour estime que ce sujet est insuffisamment pris en compte par les autorités, notamment dans la stratégie nationale contre les violences conjugales, alors qu'il est capital pour les victimes[436].

4.5.1 L'émission de télévision « Lyxfällan »

En Suède, la célèbre émission de téléréalité « Lyxfällan » (Le piège du luxe), 36 saisons à ce jour, suit deux experts en économie familiale qui tentent d'aider des individus pris au piège du surendettement. Malgré la popularité et la longévité de l'émission, on remarque peu de personnes de plus de 60 ans dans les participants[437].

[433] https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/ff0b8834124346eb8a8ac22a0d0d0692/2024-2-8927.pdf
[434] https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/ff0b8834124346eb8a8ac22a0d0d0692/2024-2-8927.pdf
[435] https://www.riksrevisionen.se/granskningar/granskningsrapporter/2025/statens-insatser-mot-ekonomiskt-vald-i-nara-relationer.html
[436] https://www.riksrevisionen.se/nyhetsarkiv/nyhetsarkiv/2025-04-10-brister-i-statens-arbete-mot-ekonomiskt-vald.html
[437] https://www.hant.se/noje/sa-gick-det-sen-for-lyxfallans-storsta-profiler/5312710

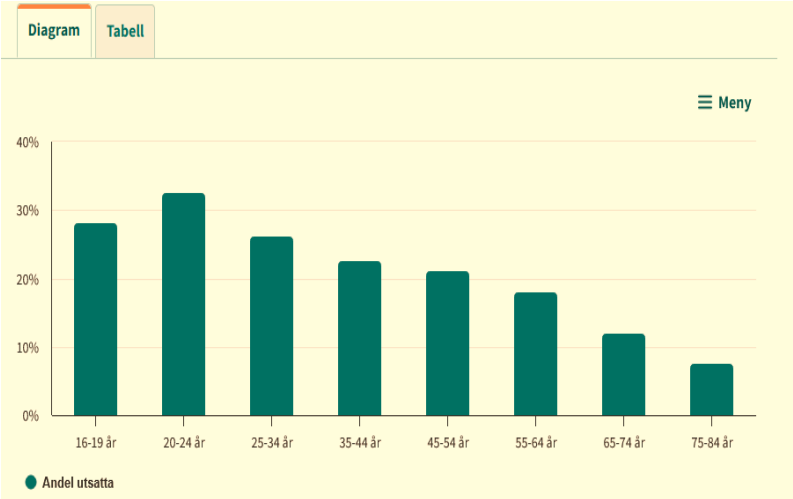
4.5.2 Les violences économiques

[170] La Cour pointe également les problèmes liés à l'e-légitimation, qui peuvent permettre à un proche mal intentionné de contracter des prêts et des crédits à la consommation sans le consentement ou la connaissance de la victime. L'écrasante majorité des Suédois utilise une identification bancaire en ligne, le Bank-ID, pour les démarches de la vie courante, ce qui génère de nombreuses arnaques des gangs criminels.

[171] Ce problème n'est pas spécifique aux personnes âgées, cependant, la Police suédoise et les banques ont lancé des campagnes d'information à leur endroit[438], car elles sont une cible privilégiée pour les arnaques téléphoniques et numériques[439]. En 2024, l'émission d'investigation *Uppdrag granskning* a suivi un gang criminel suédois installé en Espagne et a filmé ses membres en train de commettre des arnaques téléphoniques envers plusieurs personnes âgées[440], ce qui a suscité une forte émotion dans le pays. Le sujet des arnaques auprès des personnes âgées est très régulièrement abordé par les médias nationaux[441][442][443].

[172] Le conseil de prévention de la criminalité, BRÅ, dans un rapport de 2018 sur les violences contre les personnes âgées, note qu'un tiers des signalements d'agressions par une connaissance, lorsque la victime est âgée de 65 ans ou plus, concernent des violences conjugales. Dans huit cas sur dix, les femmes âgées sont visées. Un nombre relativement important de cas de maltraitance impliquent également des enfants ou des petits-enfants, souvent confrontés à des problèmes de toxicomanie ou de maladie mentale, et qui deviennent violents lors d'une visite.

Graphique 3 : Pourcentage de personnes victimes de crimes, par catégorie d'âge, en 2024



Source : BRÅ

[173] Le sujet des violences économiques a aussi été abordé par les médias généralistes, notamment Kaliber, le programme d'investigation de la radio publique suédoise, qui a consacré un épisode[444] à la manière dont les règles de partage des biens immobiliers *(bodelning*) peuvent être exploitées par un conjoint chicanier pour étrangler économiquement la partie la plus faible en cas de divorce (*ekonomiskt eftervåld*). En novembre 2024, le ministre de la justice Gustave Strömmer et la ministre de l'égalité Pauline Brandberg ont commandé un rapport sur l'adaptation des dispositions civiles sur le

[438] https://svarlurad.se/bli-svarlurad/
[439] https://polisen.se/aktuellt/nyheter/nationell/2025/februari/vag-av-bedrageri-mot-aldre-i-sverige--sa-kan-du-hjalpa/
[440] https://www.svtplay.se/video/KVk3QWv/uppdrag-granskning/bedragarna
[441] https://www.dn.se/sverige/okning-av-bedragerier-mot-aldre-i-stockholm/
[442] https://www.dn.se/sverige/liga-lurade-aldre-pa-pengar-guld-och-pengar-nu-faller-domen/
[443] https://www.dn.se/ekonomi/sa-forsoker-bedragare-lura-till-sig-personuppgifter-fran-pensionarer/
[444] https://www.sverigesradio.se/avsnitt/ekonomiskt-vald-vid-skilsmassa-det-gor-ju-att-folk-gar-under

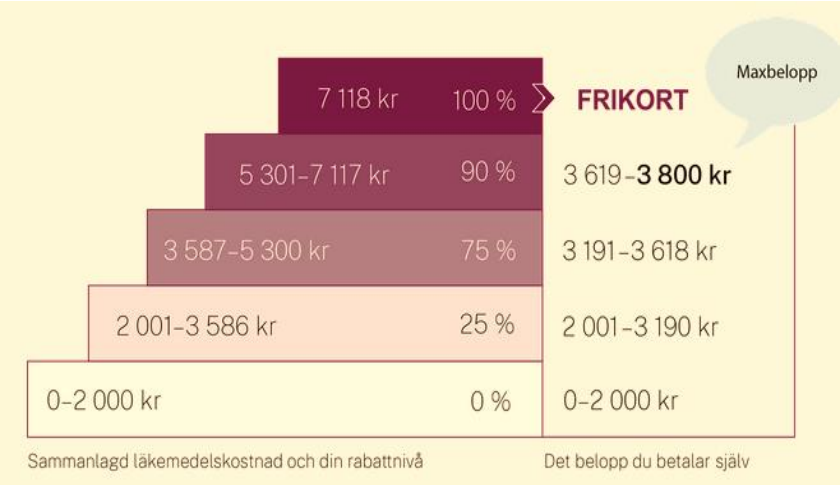
divorce et la séparation afin de mieux protéger celui ou celle qui veut partir[445]. Le rapporteur doit rendre ses conclusions en décembre 2025.

4.6 Médicaments

[174] Un bouclier contre les coûts élevés, dit *högkostnadsskydd* s'applique pour les médicaments. Au 1er juillet, le plafond de reste à charge à partir duquel le patient atteint la *frikortet*, la gratuité des soins, a été porté de 2800 à 3 800 couronnes, ce qui signifie que le reste à charge des usagers a augmenté. Cette évolution a suscité de nombreuses protestations des associations de patients[446] et de personnes âgées[447], et même une manifestation au printemps 2025[448][449]. Cette manifestation, assez inédite pour ce public, a reçu une attention nationale et même suscité les commentaires amusés de l'émission parodique *Svenska nyheter* en mars 2025[450], suggérant que les retraités étaient bien moins attachés à leur portefeuille lorsqu'il s'agissait de donner leurs économies aux arnaqueurs (*voir partie Violences économiques ci-dessus*).

[175] Ainsi, le patient assume un reste à charge maximum (*maxbelopp*) de 3 800 couronnes, en payant 100 % des coûts pour les médicaments dont le prix se situe entre 0 et 2000 couronnes, 75 % des médicaments dont le prix se situe entre 2001 et 3586 couronnes, 25 % des médicaments dont le prix se situe entre 3587 et 5300 couronnes, 10 % des médicaments dont le prix se situe entre 5301 et 7117 couronnes, et 0 % du prix des médicaments dont le prix et supérieur à 7118 couronnes

Graphique 4 : Paliers de reste à charge du patient en fonction du prix des médicaments



[445] https://regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/justitiedepartementet/presentationer/2024-11/presentationsbilder-fran-presstraff-den-11-november-2024.pdf
[446] https://njurforbundet.se/protestmarsch-mot-dyrare-medicin/
[447] https://www.senioren.se/nyheter/riksdagen-klubbade-dyrare-lakemedel/
[448] https://www.sydsvenskan.se/2025-05-15/protest-mot-dyrare-lakemedel-aldre-har-inte-rad-med-sina-mediciner/
[449] https://www.aftonbladet.se/ledare/a/PpJOg0/hogkostandsskyddet-nu-chockhojer-regeringen-kostnaden-for-lakemedel
[450] https://www.youtube.com/watch?v=hjoC12jxBqs

5 Royaume-Uni

Note préliminaire : Il convient de rappeler que le Royaume-Uni (R-U) est un pays de common law, où les politiques sociales ont été dévolues aux quatre nations (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles et Irlande du Nord). Il n'existe donc pas d'uniformité de la politique de lutte contre la précarité ou le sans-abrisme au R-U. Sauf mention contraire, les réponses ci-dessous porteront sur l'Angleterre, qui concentrait plus de 84,5 % de la population britannique en 2023[451].

5.1 Vieillissement de personnes en situation de grande précarité (personnes sans domicile, en centre d'hébergement d'urgence)

5.1.1 Quelques éléments du contexte britannique

[176] L'Angleterre est confrontée à une crise majeure du logement qui s'est fortement accentuée depuis le début de la guerre en Ukraine. Le Royaume-Uni est le pays de l'OCDE où les frais de logement et d'énergie sont les plus élevés en proportion du revenu en plus d'être le pays avec les plus fortes d'inégalités d'Europe. Selon un rapport[452] publié en août 2025 par l'ONG Crisis, spécialisée dans la lutte contre le sans-abrisme, qui s'appuie sur des données produites par le ministère du Logement, **les personnes âgées en Angleterre sont de plus en plus confrontées à des formes de précarité en matière de logement et d'exclusion résidentielle :**

- **En 2023-2024, 40 580 personnes âgées de 55 ans et plus faisaient face au sans-abrisme** (personnes considérées comme sans-abri ou à risque de sans-abrisme), **soit une augmentation de 33 % en deux ans**[453].
- **Le nombre de ménages de 55 ans et plus contraints de recourir à un logement temporaire a augmenté de 35 % sur deux ans, atteignant 12 990 fin mars 2024.**
- **En Écosse, en 2023-24, 5 127 personnes de 50 ans et plus faisaient face au sans-abrisme, soit une hausse de 21 % en deux ans**[454]. Au cours de la même période, 3 110 ménages dont le membre de référence[455] était âgé de 50 ans et plus ont été logés dans un logement temporaire, représentant 8 % du total.
- **Au Pays de Galles, les données officielles sur le sans-abrisme ne permettent pas de distinguer les personnes âgées des plus de 24 ans**, mais d'autres indicateurs montrent que la majorité des seniors n'ont pas d'économies et qu'une minorité seulement dispose de 20 000 £ ou plus. **Entre 2017 et 2020, 18 % des retraités gallois vivaient dans la pauvreté relative**[456]**.**
- **Crisis estime que les + de 50 ans sans domicile fixe sont en hausse de plus de 50 % sur cinq ans.**

5.1.2 Organisation de la politique de lutte contre le sans-abrisme :

[177] Gouvernement : si c'est le ministère du Logement, des Communautés et des Collectivités locales (*Ministry of Housing, Communities and Local Government*, MHCLG) qui est formellement responsable de la politique du gouvernement de lutte contre le sans-abrisme, il se contente d'établir le cadre législatif et de financer l'action des collectivités territoriales, qui sont en première ligne de la mise en œuvre des politiques publiques en la matière. A noter que depuis septembre 2025, le ministère est

[451] *Office national des statistiques (ONS). Population estimates for the UK, England, Wales, Scotland, and Northern Ireland : mid-2023 (octobre 2024).*
[452] Crisis : « *Les expériences des personnes âgées face à la précarité résidentielle et au sans-abrisme* », août 2025.
[453] Statistiques du Ministry of Housing, Communities and Local Government (MHCLG), Live Homelessness Tables, 2025
[454] Gouvernement écossais, *Sans-abrisme en Écosse* : 2023-2024
[455] D'après l'ONS, la « personne de référence du ménage » (household reference person, HRP) correspond à la personne la plus âgée exerçant une activité économique au sein du ménage, ou, s'il n'y a aucune personne économiquement active, la personne inactive la plus âgée.
[456] Age Cymru, *Personnes âgées au pays de Galles : faits et statistiques* 2021

doté d'une ministre dont le portefeuille comprend explicitement la lutte contre le sans-abrisme – *Minister of State for Local Government and Homelessness*.

[178] Collectivités territoriales : **les autorités locales ont l'obligation légale d'apporter une aide aux personnes sans abri ou menacées de le devenir**. Cette aide repose sur la prévention et le secours, et se traduit notamment par la fourniture de conseils, un accompagnement personnalisé et des mesures destinées à éviter la perte du logement ou à faciliter l'accès à un hébergement adapté. **Elle relève d'une obligation de moyens plutôt que de résultats.**

5.1.3 Lois clés

[179] ***Housing Act 1996*** : définit les obligations légales des collectivités locales envers les personnes sans abri ou menacées de le devenir. Ce texte, à travers sa Partie VII (*Homelessness* - Sans-Abrisme), établit notamment le devoir pour les autorités locales d'enquêter sur chaque demande d'assistance (section 184), de fournir un hébergement temporaire aux personnes susceptibles d'être en situation de besoin prioritaire (section 188), et d'assurer un logement à long terme aux personnes reconnues sans abri, éligibles et non responsables de leur situation (section 193). La loi précise également la notion de besoin prioritaire (section 189), qui inclut notamment les familles avec enfants, les femmes enceintes et les personnes vulnérables, ainsi que le devoir de prévention du sans-abrisme pour les individus menacés de perdre leur logement dans un délai de 56 jours (section 195). **À noter que l'âge seul ne constitue pas un critère de priorité légale.**

[180] ***Homelessness Act 2002*** : précise que les collectivités sont chargées du suivi de la situation sur leur territoire et doivent déployer une stratégie de lutte contre le sans-abrisme.

[181] ***Homelessness Reduction Act 2017*** : complète les responsabilités des collectivités territoriales du *Housing Act*, au-delà des situations prioritaires, sur :

- Le devoir de mise à l'abri chez les personnes identifiées sans-abri (section 189B) qui se traduit de manière opérationnelle dans la recherche d'une solution de logement, indépendamment de leur statut de priorité.
- Le devoir de renvoi qui impose aux structures publiques (prisons, hôpitaux et services sociaux) de renvoyer les personnes sans-abri ou menacées de le devenir à une autorité locale du logement, avec le consentement de la personne.

[182] ***Domestic Abuse Act 2021*** : toute victime de violence conjugale ou intra-familiale, sans-abri ou menacée de l'être, est identifiée comme prioritaire.

5.1.4 Conséquences en cas de manquement de la part des autorités locales

[183] Il n'existe pas de sanction, mais un individu peut faire les recours suivants :

- Le demandeur peut demander un *internal review*, un appel administratif.
- En cas d'échec, il est possible d'engager un *judicial review* devant la Haute Cour de justice (High Court), pour faire constater le manquement à l'obligation statutaire et obtenir une injonction contraignant l'autorité à agir.
- Le Médiateur des collectivités locales et des services sociaux (Local Government and Social Care Ombudsman, LGSCO) peut être saisi pour mal administration, pouvant conduire à compensations financières.

5.1.5 Associations

[184] Le modèle libéral du R-U – basé sur la responsabilité individuelle et limitant très largement l'intervention des pouvoirs publics, notamment dans les affaires sociales – a conféré un rôle central aux structures de solidarité non-étatiques (associations, structures religieuses, …), tant dans l'élaboration,

l'application et l'évaluation des politiques publiques. S'agissant du sans-abrisme, des associations telles que Crisis ou encore Shelter exercent une action de premier plan.

5.1.6 Enjeux

[185] **Il n'existe actuellement[457] aucune stratégie globale de lutte contre le sans-abrisme pour l'Angleterre**, faisant de l'Angleterre la seule nation du Royaume-Uni dépourvue d'un plan d'action global en la matière selon un rapport du *National Audit Office*[458]. **De même, aucun dispositif ne cible spécifiquement les personnes âgées en situation de sans-abrisme.**

[186] **La politique de lutte contre le sans-abrisme représentent pourtant un budget significatif et croissant.** S'il n'existe pas d'estimation globale des moyens injectés dans le secteur, une part importante des fonds dépensés par les autorités locales est notamment absorbée par l'hébergement temporaire, qui dépassait les 1,6 Md£ en 2022-2023, et était estimée à 2,1 Md£ en 2023-2024[459]. Toutefois, m**algré le coût élevé qu'il représente, le parc de logements temporaires ne parvient pas à répondre à la hausse de la demande.** Cette situation est aggravée par la concurrence avec le ministère de l'Intérieur (*Home Office*), qui sollicite les mêmes structures pour héberger les demandeurs d'asile, un marché dont le coût total est estimé à plus de 15 milliards de livres sur dix ans[460]. Cette double pression contribue de plus à l'augmentation des loyers pratiqués par les propriétaires privés pour les hébergements temporaires[461].

Le Housing Benefit est une aide financière destinée à couvrir tout ou partie du loyer[462] pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite (State Pension age) et vivant avec de faibles revenus. Elle est attribuée selon des conditions de ressources (means-tested), prenant en compte le revenu, les économies (moins de £16 000), la composition du foyer, le montant du loyer et le nombre de chambres. Une nouvelle demande de Housing Benefit peut être déposée une fois l'âge de la retraite atteint. Pour un couple, la demande ne peut généralement être faite que lorsque les deux membres ont atteint cet âge. Pour les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite, l'aide au logement via le Housing Benefit est limitée aux logements accompagnés, protégés (« sheltered[463] ») ou temporaires. Dans les autres cas, les individus concernés peuvent recevoir une aide financière pour se loger par le biais de l'Universal Credit.

---

[457] *En septembre 2022, le ministère du Logement, alors piloté par le gouvernement conservateur de Liz Truss, avait publié une stratégie relative au sommeil à la rue, définissant les mesures nécessaires pour y mettre fin avant le terme de la législature en vigueur (2024), afin de respecter un engagement du Parti conservateur formulé en 2019.*

[458] *National Audit Office, The effectiveness of government in tackling homelessness, Rapport de juillet 2024*

[459] *Committee of Public Accounts, Tackling homelessness. Fourth Report of Session 2024-25, HC 352, 24 janvier 2025.*

[460] *UK Parliament Home Affairs Committee, « National Audit Office report reveals asylum accommodation cost – Home Affairs Select Committee to question accommodation providers », 8 mai 2025*

[461] *Chambre des communes – Comité du logement, des collectivités et du gouvernement local, Les enfants sans abri en Angleterre : la crise de l'hébergement temporaire, Premier rapport de la session 2024-2025, 3 avril 2025, Parlement britannique,*

[462] *Il n'existe pas de montant maximum fixe : l'aide versée dépend de la taille du logement, du nombre de chambres et du loyer local via le système de Local Housing Allowance — « the maximum amount we can pay … cannot be more than the rent that you pay or the LHA evaluation, whichever is the lowest. » https://www.ealing.gov.uk/info/201103/benefits_and_financial_support/328/local_housing_allowance/ Un minimum fixe n'est pas défini : l'aide peut être très faible voire nulle selon le loyer, le revenu et les économies du demandeur. Elle peut représenter jusqu'à 100 % du loyer ou du montant LHA applicable, mais cela dépend des circonstances personnelles.*

[463] *Le logement protégé (sheltered housing) est un type de logement destiné aux personnes âgées et/ou vulnérables qui restent pour la plupart indépendantes mais peuvent nécessiter un soutien supplémentaire. Il*

5.1.7 Initiatives intéressantes de charities :

- Age-Friendly Communities : le Centre for Ageing Better promeut ce cadre de l'OMS pour rendre les espaces publics et les logements inclusifs afin d'atténuer les risques d'isolement.
- Conseil financier aux personnes âgées (Age UK / Independent Age) : Ces associations offrent des lignes d'assistance gratuites pour vérifier les droits aux allocations (benefits checks) et fournir un soutien juridique.
- **Lutte contre la solitude (Re-engage / Age UK) : des** programmes de "befriending" (compagnonnage, souvent par téléphone) pour combattre l'isolement social (voir politiques innovantes)

5.2 Basculement dans la précarité de certaines personnes âgées à la suite de ruptures (perte de revenus au moment du passage à la retraite, chute au domicile, habitat précaire, divorce, décès conjoint, isolement social)

***Note préliminaire** : En l'absence de données précises sur les causes de basculement dans la précarité, cette analyse se concentre principalement sur la prévalence et les caractéristiques de la précarité chez les personnes âgées au RU.*

5.2.1 Contexte britannique

Chart 3: Pensioners in relative poverty (AHC)

Percentage of people living in households with less than 60% of median income, incomes measured after housing costs



Source: Department for Work and Pensions, Households below average income: for financial years ending 1995 to 2024, 27 March 2025 - tables 1_3a, 1_4a, 1_5a, 1_6a

s'agit généralement d'appartements ou de pavillons autonomes regroupés, souvent avec un responsable ou gestionnaire de résidence et un système d'alarme d'urgence. (Independent Age, Sheltered housing)

[187] **Il est important de noter que depuis 2004, les retraités, dans leur ensemble, sont moins susceptibles de vivre dans la pauvreté que d'autres catégories de population, comme les enfants ou les adultes en âge de travailler.**

[188] Selon un rapport du *Department for Work and Pensions* (DWP) de 2025[464], **la proportion de retraités vivant dans des ménages en pauvreté relative (après prise en compte des coûts liés au logement) a fortement diminué entre 1997 (24 %) et 2012 (13 %), avant d'augmenter à nouveau pour atteindre 16 % (soit 1,9 million de personnes) en 2022/23**.

[189] **Toutefois, la pauvreté chez les retraités en Angleterre reste un défi majeur**, notamment au regard de la crise inflationniste depuis 2021. **Un indicateur intéressant est le *Minimum Income Standard* (MIS),** défini comme le revenu nécessaire à une vie digne et socialement acceptable. Le nombre de retraités en dessous de ce seuil est passé de 1,5 million en 2008-2009 à 2,8 millions en 2022-2023. Sur la même période, la part de ceux disposant de moins de 75 % du MIS a progressé de 5,9 % à 9,5 %, témoignant d'un risque accru de privation matérielle touchant près d'un retraité sur dix. En 2023-2024, 1,3 million de retraités (11 %) ont ainsi subi une privation matérielle, définie comme l'absence d'au moins quatre biens ou services essentiels à un niveau de vie acceptable (notamment l'alimentation).

[190] **Enfin, selon l'*Institute for Fiscal Studies*,** la pauvreté relative est particulièrement élevée chez les retraités locataires du secteur privé (38 %), alors qu'elle touche 34 % des locataires du logement social et seulement 12 % des propriétaires, mettant en évidence que **les prestations sociales restent insuffisantes pour sortir les personnes âgées les plus vulnérables du seuil de pauvreté.**

5.2.2 Prévention, accompagnement et prise en charge

[191] Nombre des politiques détaillées ont été mises en place durant les mandats de Tony Blair et Gordon Brown (1997-2010)

5.2.2.1 Pension Credit

[192] Le *Pension Credit* est une prestation sous condition de ressources destinée aux retraités à faibles revenus. Instauré en 2003 par Gordon Brown alors ministre de Finances, le *Pension Credit* assure en 2025-2026 un revenu minimum garanti de :

- 227,10 £/semaine pour une personne seule,
- 346,60 £/semaine pour un couple.

[193] La prestation offre des majorations pour les aidants, les personnes atteintes de handicap ou celles subissant des coûts de logement élevés**. En mai 2025, 1,39 million de retraités (11,7 %)[465] le perçoivent, pour un coût annuel d'environ 6 milliards £[466].**

[194] **Toutefois, en 2022/23, seuls 65 % des bénéficiaires éligibles en faisaient la demande, laissant environ 700 000 à 760 000 ménages sans soutien, soit 1,5 milliard de livres non réclamés**[467]. Selon l'association Age UK, plus de 8 milliards de livres d'aides destinées aux retraités (*Pension Credit*, *Housing Benefit*, *Attendance Allowance*[468], *Council Tax Support*[469]) ne sont pas réclamés chaque année. Selon un

[464] Chambre des communes — Work and Pensions Committee, *Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations*, Deuxième rapport de la session 2024-25, HC 465, publié le 24 juillet 2025

[465] Department for Work and Pensions (DWP), *DWP benefits statistics*: May 2025, 13 mai 2025, GOV.UK

[466] Parlement britannique, *Written Question — Pension Credit* (Q 34569), 27 février 2025, UK Parliament

[467] Rapport *Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations* du Work and Pensions Committee, publiée par la Chambre des communes, 2025

[468] L'Attendance Allowance est une allocation destinée aux personnes ayant atteint l'âge de la retraite d'État (State Pension age), soit 66 ans ou plus, qui souffrent d'une incapacité ou d'une pathologie les obligeant à avoir régulièrement besoin d'aide ou d'une supervision pour leur sécurité.

[469] Le Council Tax Support s'agit d'un mécanisme d'aide pour réduire le montant de la taxe d'habitation (Council Tax) que doit payer tout foyer au Royaume-Uni, sauf exception (étudiants, diplomates…).

rapport de la Commission du Travail et des Retraites du Parlement britannique (Work and Pensions Committee)[470], ce faible taux de recours s'explique par un manque d'information des bénéficiaires potentiels, un sentiment de honte ou d'indépendance, et la complexité administrative.

[195] **Take-up strategy : en septembre 2024, le gouvernement a lancé une campagne nationale de sensibilisation pour encourager le recours au *Pension Credit*[471], permettant ainsi à près de 50 000 retraités supplémentaires d'en bénéficier[472].** Pour faire face à l'augmentation des demandes, le DWP a mobilisé 500 agents supplémentaires, permettant de presque doubler le nombre de dossiers traités entre le 29 juillet 2024 et le 23 février 2025[473][474].

5.2.2.2 Winter Fuel Payment

[196] Le *Winter Fuel Payment* (allocation hivernale de chauffage) a été instauré en 1997 au Royaume-Uni en tant qu'une allocation annuelle non imposable destinée aux personnes en âge de la retraite en Angleterre et au Pays de Galles, afin de les aider à couvrir leurs factures d'énergie pendant l'hiver. Depuis 2000-2001, le montant standard est fixé à 200 £, avec une majoration de 100 £ pour les ménages comptant une personne âgée de 80 ans ou plus (introduite en 2008-2009).

[197] **Hautement symbolique, cette allocation a été réintroduite en juin 2025 après avoir été retirée à l'hiver 2024-2025 aux ménages ne percevant pas le *Pension Credit*.** Dans un objectif de réduction de la dépense publique, le gouvernement travailliste avait annoncé en juillet 2024 retirer l'allocation aux ménages de retraités ne percevant pas le *Pension Credit*, soit environ 10 millions de personnes – tandis qu'il existe par ailleurs un non-recours significatif au *Pension Credit* (cf. *supra*). Cependant, l'ampleur de la controverse suscitée a conduit à la réintroduction de l'allocation pour l'ensemble des retraités en Angleterre et au Pays de Galles, selon les mêmes montants que précédemment : 200 £ par ménage, ou 300 £ lorsqu'une personne du foyer a plus de 80 ans[475]. Dans les faits, seuls les retraités dont le revenu annuel imposable est inférieur ou égal à 35 000 £ en bénéficieront, tandis que ceux dont le revenu annuel dépasse 35 000 £ verront la somme récupérée automatiquement par l'administration fiscale (*His Majesty's Revenue and Customs*, HMRC).

5.2.2.3 Warm House Discount

[198] Le *Warm Homes Discount* est un dispositif britannique offrant depuis 2011 une réduction annuelle de 150 £ directement sur les factures d'énergie. Il s'adresse principalement aux bénéficiaires du *Pension Credit Guarantee* et à ceux recevant des aides soumises à conditions de ressources, vivant dans des logements difficiles à chauffer. En 2025-2026, le gouvernement prévoit de supprimer ce dernier critère, doublant ainsi le nombre de bénéficiaires. Des experts en précarité énergétique[476] soulignent que l'avantage principal du dispositif réside dans le paiement automatique, évitant aux retraités des démarches administratives, et dans le rabais direct sur les factures, garantissant un réel accès au chauffage. Cependant, selon Anthony Pygram, membre du Comité pour la précarité

---

[470]Rapport *Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations* du Work and Pensions Committee, publiée par la Chambre des communes, 2025

[471] National Audit Office, *Aperçu du Department for Work & Pensions 2023-24*, octobre 2024, NAO.

[472] Gouvernement britannique, *Nearly fifty thousand extra pensioners receiving vital Pension Credit support following surge in claims processed*, 27 février 2025, GOV.UK

[473]Gouvernement britannique, *Nearly fifty thousand extra pensioners receiving vital Pension Credit support following surge in claims processed*, 27 février 2025, GOV.UK

[474]Rapport *Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations* du Work and Pensions Committee, publiée par la Chambre des communes, 2025

[475]House of Commons Library, *Winter Fuel Payments: changes from 2024*, Research Briefing CBP-10094, Commons Library, 2025,

[476]Written evidence submitted by Fair By Design to the DWP (référence PPCM0022), Fair By Design et National Energy Action, Keeping Britain Warm and Well, 2020. *Keeping Britain Warm and Well.*

énergétique (*Committee on Fuel Poverty*, sponsorisé par le ministère de la Sécurité énergétique et la Neutralité carbone), le soutien reste insuffisant : le montant de 150 £ est jugé trop faible face à la flambée des prix de l'énergie (jusqu'à 700 £ en zones rurales) et les critères d'éligibilité demeurent trop restrictifs, excluant de nombreux retraités en difficulté[477].

La stratégie pour une société vieillissante du Pays de Galles

Le Pays de Galles se distingue comme l'un des rares territoires du Royaume-Uni à avoir élaboré une stratégie dédiée au vieillissement. *Adoptée en 2021, la Strategy for an Ageing Society[478] vise à préparer le pays au vieillissement démographique.*

S'appuyant sur une approche participative, préventive et fondée sur les droits humains, la stratégie a été coproduite avec plus de 1 000 personnes âgées via un forum consultatif *(le Ministerial Advisory Forum on Ageing)****, en partenariat avec les secteurs public, privé, universitaire et associatif*** *(notamment Age Cymru[479]).*

La mise en œuvre et le suivi de la stratégie relèvent des collectivités locales et de la Commissaire aux personnes âgées du Pays de Galles *(Older People's Commissioner for Wales). La Commissaire dispose de pouvoirs juridiques lui permettant de contrôler l'action des autorités publiques galloises. Récemment, elle est intervenue sur l'inclusion numérique et l'accès aux médecins généralistes, contribuant par exemple à imposer le maintien de consultations en personne[480]. Si les quatre nations du R-U ont un commissaire à l'enfance, seuls le Pays de Galles et l'Irlande du Nord disposent également d'un commissaire aux personnes âgées. Le gouvernement britannique a déclaré[481], le 16 mai 2025, qu'il étudierait l'expérience galloise afin d'évaluer la pertinence de créer une telle fonction en Angleterre.*

La stratégie n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation globale. *Toutefois, l'association Care and Repair Cymru, spécialisée dans les travaux d'adaptation des logements des personnes âgées vis-à-vis de leurs pathologies, s'est d'ores et déjà félicitée des effets positifs de son programme « Hospital to Healthier Home Service », financé par la stratégie, qui a permis de réduire la durée moyenne des séjours à l'hôpital de six jours[482].*

5.3 Politiques envisagées

[199] **Quelques mois après son arrivée au pouvoir à l'été 2024, le gouvernement travailliste a annoncé à l'automne la fusion du *Housing Benefit* et du *Pension Credit* d'ici avril 2026, soit deux ans plus tôt qu'initialement prévu[483].** L'objectif est de rendre l'accès au *Pension Credit* plus fluide, notamment afin de réduire le non-recours. Prévue dès le *Welfare Reform Act* de 2012, cette fusion a été plusieurs fois reportée pour des raisons administratives.

[477] Rapport *Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations* du Work and Pensions Committee, publiée par la Chambre des communes, 2025.

[478] *https://www.gov.wales/written-statement-launch-age-friendly-wales-our-strategy-ageing-society*

[479] « Pays de Galles » en gallois.

[480] *https://olderpeople.wales/wp-content/uploads/2024/03/Access-to-GP-Practices-in-Wales-Older-Peoples-Experiences.pdf*

[481] Women and Equalities Committee of 2024–25, Third Special Report, *The rights of older people: Responses from the Government, Advertising Standards Authority, Ofcom and IPSO*, HC 910

[482] Chambre des communes — Committee on Work and Pensions, *Oral evidence: Pensioner Poverty: Challenges and Mitigations*, session du 12 mai 2025 à Cardiff (témoins : Older People's Commissioner for Wales, Age Cymru, Care & Repair Cymru)

[483] Parlement britannique, *Written Question 43605: Housing Benefit and Pension Credit*, 2 avril 2025, réponse du Department for Work and Pensions du 8 avril 2025, UK Parliament

En septembre 2025, le ministre du Logement a promis, en marge de son investiture, de construire 1,5 million de nouveaux logements en Angleterre d'ici 2029[484] et d'intégrer à la nouvelle Stratégie décennale du logement, publiée en juillet 2025, les recommandations formulées par le Groupe de travail sur le logement des personnes âgées (*Older People's Housing Taskforce*) nommé en mai 2023 pour un an par le gouvernement (alors conservateur) ; l'une des principales recommandations consistant à réserver 10 % des logements abordables construits aux personnes âgées.

5.3.1 Politiques innovantes en matière de vieillissement

5.3.1.1 Healthy Ageing Challenge

[200] Lancé par UK Research and Innovation (UKRI)[485] en 2021, le programme Healthy Ageing Challenge finance de projets auprès d'entreprises ou d'acteurs qui développent des solutions créatives aux défis et opportunités du vieillissement de la population. Une caractéristique clé et innovante est l'accent mis sur la **co-conception** avec des personnes âgées qui sont des partenaires actifs tout au long du processus d'innovation, du concept initial au produit final et l'accent mis sur l'opérationnalité des projets soutenus qui se focalisent sur :

- **Logements et environnements adaptés au vieillissement : ainsi du projet Tribe**[486]**,** qui cartographie les besoins en « care » au niveau local
- **Technologies de santé numériques :** Des projets explorent l'utilisation d'appareils portables, de systèmes de surveillance à distance et d'applications conviviales pour gérer les problèmes de santé, promouvoir le bien-être et mettre en relation les individus avec les professionnels de la santé.
- **Plateformes de lien social :** pour lutter contre la solitude et l'isolement social, le programme finance la création d'initiatives numériques et communautaires qui favorisent l'interaction sociale et l'engagement des personnes âgées.
- **Produits et services pour une vie active :** des aides à la mobilité innovantes et des programmes d'exercices adaptés aux corps plus âgés, aux plateformes qui soutiennent la formation continue et l'emploi.

[201] Le programme a été doté[487] de £98 millions de UKRI, £63 millions en co-investissement, £19.8 millions de soutien par des partenaires privées et 242 projets ont été financés[488].

5.3.1.2 Minister for loneliness

[202] Entre 2018 et 2024, un périmètre ministériel[489] appuyé par une stratégie interministérielle a été consacré à la lutte contre la solitude qui a permis d'en faire un vrai sujet de société avec un certain résultat : entre 5 et 6 % des Britanniques ressentent régulièrement de la solitude, un résultat stable depuis 2012 contre 1 personne sur 5 en France[490]

5.3.1.3 Older People's Housing Taskforce

[203] Il faut noter le très important travail mené par la **Taskforce pour le logement des personnes âgées (Older People's Housing Taskforce)** qui a produit une feuille de route pour l'avenir du logement des seniors en novembre 2024 (la commande ayant été préservée malgré l'alternance politique en juillet 2024). Le groupe de travail a souligné le besoin urgent d'une plus grande variété d'options de logement

---

[484] *Gouvernement britannique, Coverage of 1.5 million homes target, blog MHCLG, 29 octobre 2025.*
[485] *Sorte d'équivalent du CNRS/INSERM*
[486] *https://iuk-business-connect.org.uk/projects/healthy-ageing-challenge-community-of-practice/the-tribe-project/*
[487] *https://www.ukri.org/news/celebrating-the-legacy-of-the-ukri-healthy-ageing-challenge/*
[488] *https://iuk-business-connect.org.uk/projects/?_sft_programme=healthy-ageing-challenge-community-of-practice*
[489] *https://www.gov.uk/government/publications/loneliness-annual-report-the-fourth-year/tackling-loneliness-annual-report-march-2023-the-fourth-year?dm_i=21A8,894YO,FM9TNZ,XWBSS,1*
[490] *https://www.fondationdefrance.org/fr/les-solitudes-en-france/etude-solitudes-2024*

pour répondre aux divers besoins et préférences de la population âgée, allant au-delà du modèle traditionnel de la maison de retraite. Les principales recommandations incluent la promotion de la construction de projets d'habitat participatif et de logements courants adaptables pouvant être facilement modifiés à mesure que les besoins des résidents évoluent.

5.3.2 Charities

[204] Enfin, l'engagement des Britanniques dans les actions caritatives est un élément identitaire fort qui se retrouve dans les taux de dons (environ 70 % des Britanniques font au moins un don[491], contre 50 % des Français) et de participation à des actions bénévoles au moins une fois par an (55 % au R-U contre 24 % en France).

[205] **"Housing First" (logement d'abord) soutenu par Crisis, Emmaus UK**, elle offre un logement permanent *immédiatement* avec un soutien illimité dans le temps. Cela offre une stabilité cruciale pour les personnes âgées fragiles. Ce modèle est notamment particulièrement développé dans les West Midlands (Birmingham)

[206] **Répit médical et soins de transition :** les équipes **Pathway** opèrent au sein des hôpitaux du NHS pour empêcher les "sorties vers la rue". Elles coordonnent des **lits de transition** (*step-down beds*) où les patients sans domicile peuvent récupérer (après une chirurgie ou une pneumonie) avant d'être relogés.

[207] Les **micro-maisons modulaires (Jimmy's Cambridge) :** programme d'unités modulaires permettant de créer de petites communautés autonomes, offrant dignité et intimité. Ce sont des unités de 24m², entièrement meublées, économes en énergie. Elles sont **accessibles** (rez-de-chaussée) et autonomes, évitant la violence souvent présente dans les foyers partagés. Le site est géré par du personnel de soutien 24h/24.

[208] **Réseau Homeshare UK** : l'hébergeur (souvent âgé de plus de 80 ans) offre une chambre. Le cohabitant (souvent 25-40 ans) ne paie pas de **loyer** mais s'engage à **10 heures de soutien par semaine** (cuisine, ménage, présence). Les deux parties paient des frais mensuels à l'association (~150-200 £) pour le suivi

[491] *https://www.gov.uk/government/statistics/community-life-survey-202324-annual-publication/community-life-survey-202324-volunteering-and-charitable-giving*

ANNEXE 5 : Principales structures d'accueil et principales aides susceptibles de concerner les personnes âgées précaires

1 Principaux établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par le champ de la mission

Établissement	Objet et durée de l'accueil	Public accueilli et conditions d'admission	Principaux textes source	Administration territoriale compétente
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale **(CHRS)**	Établissement d'hébergement chargé d'accompagner des personnes connaissant de graves difficultés, en vue de les aider à **accéder ou recouvrer leur autonomie personnelle ou sociale**, notamment en milieu ordinaire ou adapté (logement, emploi...). Admission pour une **durée déterminée et renouvelable**, précisée dans un contrat de séjour et fixée avec la personne à partir d'une évaluation de ses besoins et d'une définition de son projet d'insertion. *NB : La situation de la personne accueillie doit faire l'objet d'un bilan tous les 6 mois. Le renouvellement se fait en fonction de l'évolution de la situation de la personne.*	**Les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion.** Admission dans la structure sur **proposition du SIAO, sauf situation d'urgence**. *NB : certains CHRS sont spécialisés dans l'accueil d'un public connaissant des problématiques spécifiques (ex : femmes victimes de violence). En outre, les étrangers s'étant vu reconnaître la qualité de réfugié ou accorder le bénéfice de la protection subsidiaire peuvent être accueillis dans des CHRS nommés "centres provisoires d'hébergement".*	Articles L. 345-1, L. 345-2-11, L. 345-3, L. 345-4, D. 311 à D. 311-39, R. 345-1 à R. 345-7 et D. 345-11 du CASF	Préfet, DDEETS
Hébergement d'urgence	Places ou structure d'hébergement permettant une **mise à l'abri immédiate** et offrant des prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, et une orientation	**Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale, isolée ou en famille**.	Articles L.345-2-2 (accueil inconditionnel), L.345-2-3 et L.345-2-11 du CASF	Préfet, DDEETS

	vers un professionnel ou une structure susceptible d'apporter à la personne l'aide justifiée par son état. Cette mise à l'abri peut se faire au sein d'un centre d'hébergement, mais aussi, par défaut, par le recours à des nuitées hôtelières. **Durée de prise en charge indéterminée (principe de continuité**) : toute personne accueillie doit pouvoir y demeurer dès lors qu'elle le souhaite jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée.	Admission sur **orientation du SIAO** et possibilité d'admission directe en cas d'urgence. **Accueil inconditionnel** (c'est-à-dire notamment sans condition de régularité de séjour).		
Pension de famille *Résidence accueil* *Foyer de travailleurs migrants*	La pension de famille est une forme de résidence sociale, qui en partage donc les mêmes grandes caractéristiques, c'est-à-dire un **établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non, et des locaux communs affectés à la vie collective**. De taille réduite, cette structure propose un accompagnement à la vie quotidienne assuré par un hôte. **Accueil sans limitation de durée**, à vocation pérenne. Contrat conclu pour une durée d'un mois tacitement renouvelable.	**Personnes à faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale**, ayant pour la plupart fréquenté de façon répétée les structures d'hébergement, qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent accéder à un logement autonome du fait de leur isolement (social et / ou psychologique). *NB : la circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales indique que chaque résidence peut définir dans son projet social un public cible particulier.* Orientation réalisée par le **service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO),** en tenant compte de quotas réservataires (Etat…).	Article L.633-1 du CCH (définition des résidences sociales, pensions de famille et résidences accueil) et D.331-14 et suivants Articles L.345-2-6 à L.345-2-8 du CASF (orientation SIAO)	Préfet, DDEETS

	Les résidences accueil sont des pensions de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique (cf. article L. 633-1 CCH). Elles ont pour objet d'assurer un suivi renforcé par le secteur sanitaire. Des partenariats et des conventions sont signées avec : - le secteur psychiatrique - le service d'accompagnement à la vie sociale - et/ou le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapées. Il est possible d'imaginer des structures mixtes, dans lesquelles une pension de famille intègre des places de résidence accueil en son sein.		
	Les foyers de travailleurs migrants accueillent, sans condition d'âge, les travailleurs de nationalité étrangère, détenteurs d'un titre de séjour en cours de validité, et séparés de leur famille restée dans leur pays d'origine. Construits entre les années 1950 et 1970 pour apporter une réponse dans l'urgence aux besoins de logements des travailleurs migrants, ils sont progressivement rénovés, depuis la fin des années 1990s, et transformés en résidences sociales.		
Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)	**Plate-forme départementale de régulation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile.** Principales missions : - recensement de l'offre disponible en matière d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion ainsi que de logement adapté ; - recensement des demandes d'hébergement d'urgence ou d'insertion ainsi que de logement adapté (gestion du service d'appel téléphonique 115) ; - réalisation d'une évaluation sociale, médicale ou psychique ; - orientation des personnes vers la solution la plus adaptée à leur besoin et en fonction de leur situation de détresse ; - coordination de l'action des autres acteurs de la veille sociale (équipes mobiles, accueil de jour…) ; - suivi du parcours des personnes prises en charges jusqu'à la stabilisation de leur situation ; - identification des personnes en demande d'un logement, si besoin avec un accompagnement social.	Articles L. 345-2, L. 345-2-4 à L. 345-6 du CASF	Préfets, DDEETS

Résidence autonomie *(**les résidences autonomie** ont le statut de résidence sociale et d'établissement social et médico-social, à la différence des **résidences services,** qui sont des logements privés)*	**Logements non médicalisés pour les personnes âgées autonomes ou relativement autonomes**, permettant aux résidents de vivre en toute indépendance dans un logement privatif avec des espaces communs dédiés à la vie collective et sociale. Le coût du logement y est modéré. Les personnes accueillies y ont un statut de résident avec un contrat de séjour. En principe, les résidences autonomie ne sont pas destinées à recevoir des personnes qui ont des besoins importants en soins médicaux ou d'assistance dans les actes de la vie quotidienne. Les soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, SSIAD, infirmiers libéraux…).	Les résidences autonomie accueillent : **- des personnes âgées de 60 ans au moins** (une dérogation est possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans et les personnes en situation de handicap, mais dans des proportions limitées[492]). **- autonomes ou relativement autonomes (perte d'autonomie évaluée en GIR 5 ou 6**, sous réserve de dérogations pour des personnes ayant une perte d'autonomie plus importante - si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions ont été conclues avec des structures ou services tiers, de type EHPAD et SAAD)[493], - seules ou en couple (si un couple entre en même temps dans une résidence autonomie, ils doivent tous les deux remplir ces critères d'admission) ; - qui souhaitent avoir un loyer modéré.	Article L. 313-12, III CASF Annexe 2-3-2 du CASF (prestations minimales, individuelles ou collectives, délivrées par les résidences autonomie) Article D.313-24-1 CASF (personnes accueillies)	Conseil départementaux
Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad)	Les Ehpad s'adressent à **des personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien**. Ils assurent un accueil en chambre et une prise en	Les **personnes accueillies doivent avoir 60 ans au moins.** Des personnes de moins de 60 ans peuvent néanmoins être admises en EHPAD sur	Article L. 313-12 CASF, I Annexe 2-3-1 du CASF (prestations minimales)	ARS/conseils départementaux

[492] En outre, dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

[493] Elles peuvent aussi accueillir un nombre de résidents classés en GIR 1,2 ou 3 qui ne dépasse pas 20 % des résidents (ce seuil peut être temporairement dépassé du fait de l'évolution du niveau de dépendance des résidents qui sont déjà accueillis dans l'établissement).

	charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.	dérogation du conseil départemental (avec l'accord de la MDPH).	D. 313-15 CASF	
Petites unités de vie (PUV)	Les PUV sont des EHPAD dont la **capacité est inférieure à un seuil fixé par décret (25 places).** Elles ont signé une convention avec le conseil départemental et l'ARS. Leur fonctionnement et les aides sont les mêmes que celui d'un EHPAD classique. Certaines petites unités de vie ont fait le choix de ne pas signer une convention, mais de recourir à des professionnels libéraux ou des services de soins à domicile. Dans ce cadre, les résidents bénéficient de l'APA à domicile et non de l'APA en établissement.	Plus de **20 % des résidents (par rapport à la capacité autorisée) doivent être classés dans les GIR 1 à 3**, au titre de l'évaluation de leur perte d'autonomie.	Article L. 313-12, II CASF Articles D. 313-16 et suivants CASF	
Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) **Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**	Les SAAD assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile **des prestations pour les activités de la vie quotidienne**, en dehors des **actes de soins réalisés sur prescription médicale**, assurés par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne et sont réalisées principalement par des auxiliaires de vie sociale.	Ces services interviennent (sur prescription médicale, pour les SSIAD) auprès : • des **personnes âgées de 60 ans et plus**, malades ou en perte d'autonomie, • des personnes de moins de 60 ans en **situation de handicap** ou atteintes d'une maladie chronique.	À compter de 2023, les services autonomie à domicile remplacent peu à peu les SAAD, SSIAD et SPASAD[494] – cf. décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile (articles L. 313-1-3 CASF et D. 312-1 à D. 312-5 CASF)	ARS/Conseils départementaux

[494] Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

	Les SSIAD, tout particulièrement, interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Ils assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins… Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie.			
Équipes mobiles santé précarité (EMSP) **Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**	**Le EMSP ont pour objet d'effectuer des premiers soins et des bilans de santé,** de proposer des orientations vers le système de santé de droit commun, et de réaliser des coordinations de parcours de santé. **Les ESSIP dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité** ou à des personnes très démunies. Ils peuvent être autonomes, ou adossés à une structure existante.		Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.	ARS
Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)	**Les EMPP ont pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion vivant avec des troubles psychiques** afin de créer ou rétablir un lien social, d'évaluer leur état de santé, de les orienter, de leur permettre un accès aux soins et de premières prises en charge		CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.	ARS

Lit Halte soins santé (LHSS) **LHSS mobiles** **LHSS de jour**	**Prise en charge sanitaire et sociale de personnes sans domicile fixe** dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social. Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. La durée prévisionnelle du séjour est au **maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable** autant de fois que de besoins, en fonction de l'état sanitaire de la personne. Des places de LHSS mobiles ou de LHSS de jour peuvent être rattachées à une structure LHSS.	Personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, **dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue**. L'orientation vers les " lits halte soins santé " est réalisée par un professionnel de santé. Le SIAO peut orienter les personnes vers les LHSS à la condition qu'il dispose d'au moins un professionnel de santé.	Art. L. 312-1 (9°), Art. D.312-176-1 et -2 du CASF Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020	ARS
Lit d'accueil médicalisé (LAM)	Structure proposant et dispensant des **soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies chroniques non bénignes**, et qui nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme. Cette prise en charge participe par ailleurs à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies. **La durée du séjour n'est pas limitée**. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.	**Personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre** ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incompatibles avec la vie à la rue, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. L'orientation vers les structures " lits d'accueil médicalisés " est réalisée	Art. L312-1 9° et D. 312-176-3 et -4 CASF Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020	ARS

		par un médecin au regard de la situation sanitaire de la personne et suite à une évaluation de sa situation sociale par un travailleur social.		
Appartements de coordination thérapeutique (ACT, et ACT « hors les murs »)	Les ACT sont des **structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical**. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale. La durée de séjour est définie entre la structure et la personne hébergée sur la base d'un projet individuel. **Les ACT « hors les murs » ont pour objet d'organiser un étayage autour de la personne et de son logement** pour une prise en soins de droit commun d'une pathologie chronique et accompagner dans les démarches de la vie quotidienne.	**Personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical,** quelle que soit leur situation administrative.	Articles D. 312-154 et suivants CASF	ARS
	Les ACT « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné. Depuis le décret du 28 décembre 2016, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » a été pérennisée, avec une nouvelle forme d'ACT, définie par un accès à un logement en diffus dans la cité. Les ACT « Un chez-soi d'abord » offrent un logement pérenne. Par exception et au contraire des autres ACT, ces structures ne	Les ACT comportant un logement accompagné doivent avoir pour cible exclusive des **personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes de pathologie(s) mentale(s) sévère(s).** La prise en charge s'effectue sur orientation : - soit d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou d'une	Article D. 312-154-1 CASF	ARS/Préfet, (DDEETS)

	relèvent donc pas de l'accueil inconditionnel).	permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisées en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du CSP ; - soit d'un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique ; -soit d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue ou d'une structure participant au dispositif de veille sociale prévu à l'article L. 345-2, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.		

Source : CASF/ Fiches réalisées par le ministère chargé du logement et la Cerema / site https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

2 Principales aides susceptibles de concerner les personnes âgées précaires

[209] Remarques liminaires :

- **Le RSA est versé sans limite d'âge**, et peut l'être en même temps que l'ASPA, mais avec une réduction à proportion de l'ASPA. Mais cette dernière est en principe plus avantageuse (cf. montants ci-dessous).
- **La prestation de compensation du handicap (PCH) doit en principe être demandée avant 60 ans**. Il est toutefois possible de demander la PCH pour les plus de 60 ans et sans limite d'âge si les conditions d'attribution étaient remplies avant 60 ans ou si l'intéressé continue à travailler.
- Chômage : **l'âge limite pour percevoir ARE et ASS est 67 ans** (âge de la retraite à taux plein pour les personnes nées depuis 1955). Le cumul de l'allocation chômage avec la retraite est possible à partir de 55 ans, mais avec une diminution progressive de l'allocation chômage.

<table>
<tr><th>Aide/prestation</th><th>Condition d'âge</th><th>Bref descriptif</th></tr>
<tr>
<td>Allocation de solidarité aux personnes âges (ASPA)

Articles L. 815-1 et suivants CSS

Remplace l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse depuis 2007 (cf. ordonnance 2004).</td>
<td>65 ans

Cet âge peut être abaissé à 62 ans (voire 60 ans, selon l'année de naissance) si reconnu inapte au travail ou atteint d'une incapacité permanente d'au moins 50 %
+ si ancien déporté ou interné ou prisonnier de guerre.</td>
<td>L'allocation de solidarité aux personnes âgées est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources, et versée par la caisse de retraite (Carsat, MSA ...).

<u>Conditions</u> (s'ajoutant à l'âge) :
• Percevoir une retraite personnelle ou de réversion (sinon : voir ci-dessous le SASPA) + avoir (comme, le cas échéant, son conjoint ou concubin) demandé l'attribution de toutes les retraites personnelles et de réversion ;
• Ressources mensuelles[495] inférieures à un certain plafond (voir tableau ci-dessous) ;

Plafonds de ressources pour l'ASPA applicables au 1er janvier 2025
<table>
<tr><th>Situation familiale</th><th>Montant annuel</th><th>Montant mensuel</th></tr>
<tr><td>Plafond de ressources pour une personne seule</td><td>12 411,44 €</td><td>1 034,28 €</td></tr>
<tr><td>Plafond de ressources pour un couple (lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires pacsés en bénéficient)</td><td>19 268,80 €</td><td>1 605,73 €</td></tr>
</table>
• Résidence en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer au moins 9 mois dans l'année (270 jours consécutifs)
• Si nationalité étrangère (hors UE, Islande, Liechtenstein, Norvège ou Suisse), nécessité d'être titulaire d'un titre de séjour depuis au moins 10 ans. Cette condition n'est toutefois pas applicable aux réfugiés, aux apatrides et aux étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour conférant des droits équivalents.</td>
</tr>
</table>

[495] Revenu professionnel (avec un jeu de réduction, toutefois), pension de retraite, pension d'invalidité, pension alimentaire, revenus des biens mobiliers et immobiliers + prise en compte sous certaines conditions des biens ayant fait l'objet d'une donation.

		Le montant de l'ASPA correspond au différentiel entre les revenus mensuels et les plafonds ci-dessus (et varie donc, selon que la personne vit en couple ou non). Article L. 815-13 CSS : au décès de la personne bénéficiaire, les sommes qui lui ont été versées sont récupérables si le montant net de l'actif successoral est supérieur à 107.616,60 € (au 1er janvier 2025 pour les décès d'allocataires intervenus à compter de cette date) en métropole ou 150 000 € dans les DOM pour les décès d'allocataires intervenus à compter du 1er septembre 2023. L'inscription d'une hypothèque peut être demandée en garantie des sommes recouvrables.
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)	*Cf. ASPA.*	*En l'absence de retraite personnelle ou de réversion, la demande droit est formulée au titre du SASPA, et déposée à la mairie ou au centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune de résidence. Les conditions et montants sont les mêmes que pour l'ASPA.*
Allocation simple d'aide à domicile aux personnes âgées (aide sociale[496])	**65 ans** Mais **60 ans** si reconnu inapte au travail	Cette aide est versée par l'État. Son montant est différentiel par rapport aux plafonds ci-dessus, comme l'ASPA. ***Conditions*** : • Rejet demande ASPA. • Pas de pension de retraite ; • Résidence en France (+, pour les personnes étrangères : résidence en France de manière ininterrompue depuis au moins 15 ans avant les 70 ans. • Ressources (hors prestations familiales, créances alimentaires notamment) non supérieures à **1 034,28 € par mois, ou 1 605,73 € par mois** pour un couple (= seuils ASPA). Récupération sur succession possible.
Aide sociale à l'hébergement	**65 ans** **/ 60 ans** si reconnu inapte au travail	**L'ASH sert à payer tout ou partie des frais d'hébergement que facture l'établissement (EHPAD, résidence autonomie, USLD) ou l'accueil familial à la personne âgée**. L'ASH paie la différence entre le montant des frais d'hébergement et ce que peut payer la personne âgée, voire ce que peuvent payer ses obligés alimentaires. Pour obtenir l'ASH, la personne âgée doit remplir les conditions suivantes : • Elle doit vivre en France de façon stable et régulière. Si elle est de nationalité étrangère, elle doit en plus avoir un titre de séjour en cours de validité. • Elle doit être hébergée dans un établissement (EHPAD ou résidence autonomie ou USLD) qui a des places réservées aux bénéficiaires de l'aide sociale • Ses revenus doivent être inférieurs aux frais d'hébergement facturés par l'établissement.

[496] Cf. article L113-1 CASF : « Toute personne âgée de soixante-cinq ans privés de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail ».

D'autres aides sont possibles au titre de l'aide sociale, sur le fondement du même article L. 113-1 CASF NB : indépendamment des règles fixées pour l'aide sociale versée par les départements, les caisses de retraite sont autorisées à déterminer elles-mêmes des règles d'attribution de l'aide financière pour rémunérer une aide à domicile/ du portage de repas.	**65 ans** **/ 60 ans** si reconnu inapte au travail.	**Aide financière pour rémunérer une aide à domicile** (R. 231-2 CASF) : rémunération des tâches effectuées par un service d'aide autorisé (ménage, entretien du linge, préparation des repas sur place…). NB : l'aide pour effectuer la toilette est généralement réservée aux personnes en grande perte d'autonomie, et qui peuvent de ce fait prétendre à l'APA. ***Conditions*** : • Perte d'autonomie (difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères). Mais cette aide n'est pas cumulable avec l'APA. • Ressources mensuelles (même seuils que l'ASPA). La durée de présence de la personne intervenant à votre domicile est fixée par le département. Cette durée varie selon les besoins, mais elle ne peut pas dépasser 30 heures par mois (ou 48 heures si chacun des membres du couple a droit à cette aide).
		Portage de repas à domicile : repas livrés sous forme de plateaux-repas (R. 231-3 CASF). ***Conditions*** : • Si état de santé ne permet pas de faire la cuisine ou les courses. NB : si les conditions sont remplies pour recevoir l'APA à domicile, les frais de portage de repas peuvent être pris en charge par l'APA (cette possibilité dépend du département). • Plafonds ressources mensuelles (**mêmes seuils que l'ASPA**). NB : au-dessus, certaines caisses de retraite proposent une prise en charge des repas. Montant variable selon le département, les ressources du bénéficiaire, le prix des repas…
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) Articles L. 815-24 et suivants CSS	**Pas d'âge minimum** Mais plus possible quand l'âge pour demander l'ASPA est atteint	Pour les personnes invalides et à faibles ressources n'ayant pas encore l'âge d'obtenir l'ASPA. ***Conditions*** : • Invalidité générale réduisant votre capacité de travail ou de gain d'au moins 2/3. • Résidence stable (au moins 6 mois dans l'année) en France • Si étranger (hors EEE, GB, Suisse), titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins 10 ans ou réfugié/apatride/ bénéficiaire de la protection subsidiaire/ ancien combattant… • Les revenus[497] du couple ne doivent pas dépasser **1 530,60 € par mois.** Comme l'ASPA, l'ASI vient compléter les revenus, pour faire atteindre un montant total minimal (= pour un couple, le plafond ci-dessus[498]). Si une seule personne perçoit l'ASI, son montant maximum est égal à la différence entre 914,85 € et le montant minimal de la pension d'invalidité (335,29 €), soit **579,56 € maximum par mois.** Elle est versée chaque mois par la sécurité sociale (ou la MSA, si régime agricole).

[497] Revenu professionnel (avec un jeu de réduction, toutefois), pension de retraite, pension d'invalidité, pension alimentaire, AAH, revenus des biens mobiliers et immobiliers + prise en compte sous certaines conditions des biens ayant fait l'objet d'une donation.

[498] Si, au sein d'un coupe, une personne perçoit l'ASI et une autre l'ASPA, le montant de l'ASI versé chaque mois est égal à la différence entre 765,30 € et la moitié du montant des revenus pris en compte du couple.

		Pas de récupération sur succession (pour les décès postérieurs au 31 décembre 2019).
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Article L. 232-1 CASF	**60 ans**	Versée par le département, l'APA sert à payer (en totalité ou en partie) soit les dépenses nécessaires pour rester à domicile (*APA à domicile*), soit le tarif dépendance de l'établissement médico-social de résidence (exemple : Ehpad - *APA en établissement)*. Conditions (s'ajoutant à l'âge) : • Perte d'autonomie (grille Aggir) • Résidence stable et régulière en France (=> si étranger : carte de résident ou titre de séjour) ou, si APA en établissement, l'établissement d'accueil doit être situé en France et héberger au moins 25 personnes âgées dépendantes (si moins : on rebascule sur l'APA à domicile). Montant : **l'APA est calculée en tenant compte du revenu** : * L'APA à domicile est égale au montant de la fraction du plan d'aide utilisé, auquel on soustrait une somme restant à charge, qui dépend des revenus et du montant du plan d'aide. Elle ne peut pas dépasser un montant mensuel maximum, qui dépend du GIR[499]. GIR 1 Au maximum 2 045,56 € par mois GIR 2 Au maximum 1 654,18 € par mois GIR 3 Au maximum 1 195,67 € par mois GIR 4 Au maximum 797,96 € par mois * En établissement, l'APA sert à payer le *tarif dépendance* que l'établisssement d'accueil facture. Mais, selon les revenus, l'APA peut ne pas couvrir la totalité de ce tarif. Dans ce cas, une participation financière reste à charge. Non cumul : il n'est pas possible recevoir l'APA lorsque l'on reçoit au moins l'une des prestations suivantes : - Allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées - Aides des caisses de retraite - Aide financière pour rémunérer une aide à domicile - Prestation de compensation du handicap (PCH) - Majoration pour aide constante d'une tierce personne - Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP). Mais la personne qui reçoit la PCRTP peut déposer un dossier de demande d'APA, pour pouvoir ensuite choisir, entre ces 2 aides, celle qui lui convient le mieux. Récupération sur succession.

[499] A domicile, une majoration liée au proche aidant indispensable est possible (si besoin répit, hospitalisation…).

Allocation veuvage[500]	**Moins de 55 ans**	L'allocation veuvage est une somme d'argent attribuée à l'époux(se) survivant(e) d'un(e) salarié(e), qui ne peut pas prétendre à la pension de réversion. Elle est accordée de façon temporaire.
Pension de réversion	**Au moins 55 ans** La pension de réversion est majorée de 11,1 % lorsque les conditions suivantes sont remplies : - **au moins 67 ans** - la somme de toutes les pensions de retraite et de toutes les pensions de réversion ne dépasse pas 2 993,14 € par trimestre (en cas de dépassement de ce seuil, la majoration est réduite de façon à ne pas dépasser le plafond).	Les ressources **annuelles brutes** doivent être inférieures aux montants suivants : • **24 710,40 € si personne seule** • **39 536,64 € si vie en couple**. Les ressources prises en compte dans le calcul des ressources annuelles brutes sont listées dans la notice jointe au formulaire de demande unique de retraite de base de réversion. Les revenus d'activité ne sont pris en compte qu'à hauteur de 70 % de leur montant. La pension de réversion est égale à 54 % de la pension de retraite de base dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le défunt. Le montant de la pension de réversion **ne peut pas être inférieur à 3 983,29 par an** (soit 331,94 € par mois) si le défunt justifiait d'au moins 15 ans (60 trimestres) d'assurance retraite au régime général. Si le défunt justifiait de moins de 15 ans d'assurance retraite, ce montant minimum est divisé en 60^{mes} et la pension de révision minimum est égale à autant de 60^{mes} que le défunt justifiait de trimestres d'assurance. Ce montant minimum est revalorisé au 1er janvier de chaque année, en fonction de la moyenne de l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Source : CASF, CSS, service-public.fr, msa.fr

[500] Revue de littérature : « T. L. Hungerford analyse le bien-être économique des femmes âgées au veuvage aux États-Unis et en Allemagne. La plupart voient leur niveau de vie baisser, beaucoup tombant dans la pauvreté à cause de la chute des revenus de sécurité sociale et de retraite (Hungerford, 2001) ».