CENTRE D'ACTION SOCIALE
DE LA VILLE DE PARIS

Parcours de vie, parcours de soins des sujets âgés précaires, de l'importance de l'abord psychiatrique et gériatrique.

Dr Martine LE NOC SOUDANI -
Gériatre conseil du Centre d'action de la ville de Paris
SF3PA - Marseille 20/21 septembre 2018

Définitions

Personnes âgées en situation de précarité

- La notion de précarité est **peu précise**. Elle peut être **sociale, psychiatrique, médicale** … ou une intrication de ces composantes.

Cette présentation cible la **grande précarité.**

- **Une personne issue de la grande précarité a vécu une errance dans la *(un parcours de)* rue ou a été orientée via le SAMU SOCIAL et/ou à Paris vers la PSA *(Permanence Sociale d'Accueil)* ?**

- **Mais aussi la précarité d'une personne dont le parcours de vie a été chaotique : longue vie en prison ….**

La Pauvreté / La Précarité

Norme économique

◆définie autour d'un **seuil de ressources suffisantes pour vivre dignement :**

◆seuil monétaire **de 1015 euros** qui correspond à 60% du niveau de vie médian de la population française en 2015 (8,9 millions de personnes).

→ dont 7 % des 75 ans et plus

La Fragilité/ L'instabilité

Selon le CREDOC* et le CRESGE*, 2 notions indépendantes :

- **FRAGILITE** : personnes vulnérables, sur le plan social et économique, aux évènements de la vie.

- **INSTABILITE** : changements fréquents de situation et de statut dans les sphères professionnelles ou privées.

l'instabilité : un rapport incertain à l'avenir !

*CREDOC: centre de recherche pour l'étude l'observation des conditions de vie
*CRESGE : centre de recherche économique sociologique et de gestion

Invisibles / Visibles en institution

- **Le vieux SDF dans la rue devient invisible ;** on détourne le regard
  - 2003 a révélé une autre précarité au domicile : les vieux isolés, inexistants et invisibles
- **Le vieux SDF est l'oublié des recommandations /tarification en EHPA**
- **Paradoxe en EHPA : ils sont visibles et font parler d'eux et se manifestent parfois jusqu'au transfert .** Ils sont perturbés par les conditions de l'EHPA : la stabilité et la sédentarité

Leurs parcours

3/ Des parcours de vie, de santé.

- **Une histoire de vie faite de parcours chaotiques et / ou d'événements traumatisants**

  - Isolement et exclusion
  - Sentiment de solitude, fragilité sur le plan psychologique et social, troubles mentaux
  - Souffrance psychologique, anxiété

Madame B.

- vit en résidence depuis 9 ans après avoir **vécu dans la rue pendant 2 ans ½**

  Suite à la perte de son logement et au décès de son mari.
- Hygiène corporelle très négligée - logement incurique ;
- Risque de chute, d'incendie ….
- Enfant de l'assistance publique ; n'accepte pas son nom transmis par ses parents (la renvoie à ce passé douloureux où ses parents étaient absents).
- Mariée et deux enfants : un adopté, l'autre placé.

une opposition voire un refus aux soins

Son discours **mêle des éléments de sa vie avec des éléments affabulatoires ou reconstruits**.

Il existe un **sentiment de persécution**, une **méfiance de l'entourage** et la **sensation de ne pas être respectée en tant que personne**

M. G.

- 64 ans, divorcé depuis plus de 10 ans - A résidé en foyer d'hébergement d'urgence- ex employé d'usine
- Se déplace en fauteuil roulant mais parvient à franchir des marches et à se rendre dans un café à 1 km
- Agitation et agressivité fréquentes - Ivresses quasi quotidiennes - Incurie.
- Demandeur d'un suivi médical - Un transfert en EHPAD est envisagé
- Synthèse médicale :
  - HTA
  - **Altération cognitive**(pas de bilan MMSE…) + tr comportement (injures)
  - **Insuffisance respiratoire** Tuberculose en 2012 traitement : 1 an - ATCD Tabac+++
  - **Cirrhose éthylique et post virale VHC**
  - Thrombopénie
  - **Varices Œsophagiennes** grade II avec épisode hémorragique en 2013 et ligaturées sept 2014 + **œsophagite** stade II de Savary …
  - Pancréatite chronique
  - **Luxation épaule en 2013 avec paralysie résiduelle**.. Plusieurs fractures (PTH dte)
  - Troubles de la marche et chutes répétées (lors d'ivresse+++)
- Refuse admission en EHPAD

Agitation - agressivité - addiction à l'alcool
Vulnérable et fragile, nécessite une surveillance jour/nuit

M. D.

- **Admission à épisodes** il va et vient hors de l'établissement à sa guise pour retrouver son quartier de prédilection.
- **Ne rentre pas la nuit ou est ramené très alcoolisé très agressif** envers les soignants par le Samu social
- **Les plaintes des résidents** se multiplient car ils ne peuvent plus dormir la nuit et ont peur de ses accès de violence.
- **Risque d'incendie :** Il fume un peu partout dans l'établissement y compris dans son lit alors qu'il s'endort en raison d'un alcoolisation aigue.
- **Maladie psychiatrique identifiée** et suivi psychiatriques (délires +++)

Coopération avec le **SAMU SOCIAL** et les psychiatres
(fugues lors des hospitalisations)

De nombreuses fragilités mais **refus de soins médicaux**

Des soins complexes

Des constats

Quelques données de la littérature

Un vieillissement précoce

Une personne précaire âgée de 50 ans peut être physiologiquement considérée comme gériatrique.

- **Est-ce une Survivante ?**
  - (Collectif les morts de la rue : l'âge moyen est de 50 ans en 2017)

Le « précaire est :

« Trop vieux pour la rue, trop jeune pour la maison de retraite ». De H Decourteux - SDF dans la Sarthe

Des caractéristiques psychologiques :

- **Des symptômes psycho comportementaux perturbateurs inhabituels et donc difficilement évaluables pour un EHPA.**

- **Mais aussi**
  - Une honte, une stigmatisation, voire une culpabilité et un repli sur soi
  - Une perte des trois confiances : en soi, en autrui et en l'avenir
  - Un syndrome d'auto exclusion (Jean Furtos)

Des troubles psychiatriques et une addiction à l'alcool fréquents

◆ Samenta Observatoire du Samu social de Paris + INSERM

Estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans domicile en Ile-de-France

Les troubles, graves de l'humeur, et aux troubles anxieux, dits sévères, touchent 31 % de la population.
La prévalence de **troubles psychotiques est dix fois plus forte** / population générale. (13 % versus 1 %)

Est de 19 % si les personnes dorment dans **l'espace public ou l'hébergement d'urgence.**

21 % sont dépendantes à l'alcool versus 9 % en population générale.

Prévalences des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées dans les douze mois (en %)

	ETUDES						
	ESEMeD (2000) [Lépine et al. 2005)	Anadep (2005)	Baromètre santé (2005)	Kovess et Mangin Lazarus (1996)	Samenta (2009)	Fazel (2009)	Falissard (2004)
Type de population	Pop. générale	Pop. générale	Pop. générale	Pop. SDF	Pop. SDF	Pop. SDF	Pop. incarcérée
Taille de l'échantillon	2894	6498	16883	715	840	5684	800
Lieu	France	France	France	Paris	Ile-de-France	Monde	France
Outils Utilisés	CIDI*	CIDI-S*	CIDI-S*	CIDI-S*	MINI	Méta-analyse	MINI
Troubles psychiatriques				16,0**	13,2	12,7	17
Troubles digestifs majeurs	6,7	5	3,2	23,7	20,3	11,4	24
Anxiété généralisée	9,8	5,1			4		17,7
Troubles dégressifs moyens et légers			4,2 0,4		6 3,9		
Troubles de la personnalité					21,1	23,1	
Dépendance à l'alcool	0,3	10,3	8,5	14,9	21	37,9	11,7
Consommation de drogues				10,3	17,5	24,4	14,6
Consommation régulière de cannabis			2,7		16		

Description des symptômes psycho comportementaux

- **Identification des symptômes avec l'échelle Cohen Mansfield** lors d'une coupe transversale un jour donné à l'EHPAD de Villers Cotterêts / 109 résidents.

- **Focus sur 45 résidents issus de la précarité**

Échelle Cohen Mansfield

Une échelle à interpréter car les items ont une autre signification chez les personnes précaires

EX : Amasse des objets = accumulateurs

Ex: fait des avances sexuelles physiques = personne non consentante

ECHELLE DE COHEN-MANSFIELD (Etats d'Agitation)

Date :
Nom et prénom du résident :
Evaluateur:

		0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	01-Cherche à saisir								
	02-Déchire les affaires								
	03-Mange des produits non comestibles								
	04-Fait des avances sexuelles physiques		X						
	05-Déambule								
	06-Se déshabille, se rhabille								
	07-Attitudes répétitives								
	08-Essaie d'aller ailleurs								
	09-Manipulation non conforme d'objets								
	10-Agitation généralisée			·			X	XX	XX
	11-Recherche constante d'attention								
	12-Cache des objets						X		
	13-Amasse des objets			X					
Agitation verbale Non agressive	14-Répète des mots, des phrases								
	15-Se plaint								
	16-Émet des bruits bizarres								
	17-Fait des avances sexuelles verbales		X						
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups		X						
	19-Bouscule		X						
	20-Mord		X						
	21-Crache		X						
	22-Donne des coups de pied		X						
	23-Griffe		X						
	24-Se blesse, blesse les autres		X						
	25-Tombe volontairement		X						
	26-Lance les objets		X						
Agitation et agressivité verbales	27-Jure						X		
	28-Est opposant		X				X		
	29-Pousse des hurlements						X		
	TOTAL								

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :
- Non évaluable : 0
- Jamais : 1
- Moins d'une fois par semaine : 2
- Une ou deux fois par semaine : 3
- Quelquefois au cours de la semaine : 4
- Une ou deux fois par jour : 5
- Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

RESULTATS:
Cette échelle (score maximal : 203) permet d'évaluer l'état d'agitation d'un patient âgé.

L'intérêt est d'évaluer le patient sur une durée déterminée pour apprécier la mise en place d'un traitement ou des mesures adaptées à ses troubles du comportement.

(Version française(Micas M, Ousset PJ, Vellas B.)

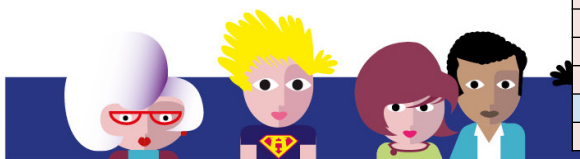
Agitation physique non agressive

28 personnes

cherche à saisir	déchire les affaires	mange des produits non comestibles	fait des avances sexuelles physiques	déambule	se deshabille se rhabille	attitudes répétitives	essaie d'aller ailleurs	manipulation non conforme d'objets	agitation généralisée	recherche constante d'attention	cache des objets	amasse des objets
1	1	1	1	7	1	1	7	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	3	1	5	1	3	6	1	2	5	4	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	7	4	7	7	1	1	1	1	1
1	1		1	2	5	1	3	1	2	2	1	1
1	1	1	1	1	2	5	3	2	2	5	1	2
1	1	2	1	7	1	1	7	1	1	2	3	4
1	1	1	1	5	5	7	1	1	4	7	1	1
2	1	1	1	4	1	4	4	4	4	4	5	1
1	1	1	1	6	1	5	2	1	1	3	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1
1	4	1	1	1	1	1	1	4	1	6	6	6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4
4	0	1	1	7	1	7	0	1	6	7	1	1
1	4	4	1	7	6	6	6	6	5	3	2	1
1	1	6	1	1	4	1	1	1	1	3	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4
1	1	1	1	1	1	7	1	1	3	1	1	1
2	1	1	1	0	1	5	1	3	6	6	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	6
1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	6	6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	5	6	1	1	1	1	6	6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	4
1	1	1	1	1	5	1	1	5	3	1	2	5
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	5	4	4	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	5
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	6	1	6	6	1	6	6	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1
7	7	0	4	7	4	7	4	1	7	7	1	5
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Agitation verbale non agressive

répète des mots des phrases	se plaint	émet des bruits bizarres	fait des avances sexuelles verbales
1	1	1	1
1	4	1	1
5	4	1	1
2	2	1	1
4	4	1	1
1	4	1	1
6	4	1	1
2	1	1	1
7	7	1	1
4	5	1	1
6	2	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	4	1	1
1	1	1	1
7	7	7	1
1	2	7	1
1	4	1	1
1	7	1	1
1	1	1	1
1	4	1	1
1	1	3	1
1	4	1	1
1	2	1	1
1	1	1	1
6	3	1	1
5	3	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
6	6	1	1
1	1	1	1
1	1	4	1
5	1	1	1
1	1	1	1
6	4	1	1
1	1	1	4
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
3	1	1	1
7	7	1	1
1	4	1	1
7	4	7	1
1	1	1	1



Agitation et agressivité physiques

donne des coups	bouscule	mord	crache	donne des coups de pied	griffe	se blesse, blesse les autres	tombe volontairement	lance des objets
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	4	1	7	1	1	2	6	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	1	1	4	1	4	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	4	1	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	2	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	1	1	1	1	4	1	3
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	6	1	1	1
1	1	1	1	1	1	4	1	4
4	4	1	7	1	1	1	1	1
4	4	1	1	4	1	4	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1

Agitation et agressivité verbales

jure	est opposant	pousse des hurlements
1	5	1
1	1	1
1	1	1
1	3	1
1	1	1
4	4	1
2	2	1
1	4	1
3	3	1
2	4	1
1	2	1
4	4	1
1	1	1
1	4	1
1	1	1
7	3	7
1	3	1
2	3	1
4	4	4
1	1	1
2	3	1
5	3	1
3	1	2
1	1	1
4	4	4
7	3	6
1	1	1
1	1	1
1	1	1
1	2	1
1	4	4
1	1	1
3	5	1
1	1	1
1	1	1
1	1	1
6	3	1
1	1	1
1	1	1
1	1	1
1	5	1
1	7	1
7	7	4
4	7	4
7	7	7
1	1	1

Soins complexes pour 35 /45

- **Scores élevés mais troubles peu perturbateurs**
  - **agitation physique non agressive** : déambulation et attitudes répétitives, recherche constante d'attention, amasse des objets
  - **Agitation verbale non agressive** : on retrouve surtout l'item : se plaint
  - **Agitation et agressivité verbales** : « la personne jure », « il est opposant ».

- **Scores peu élevés mais troubles très mal tolérés**
  - **Agitation et agressivité physiques** : troubles intenses très perturbateurs mais pas quotidiens.
  - ..

Publication médicale : 2009

ELSEVIER MASSON

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 57 (2009) 205–211

Article original

Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour

Hospital LOS, medical complexity and deprivation indicators

J. Holstein [a,*], D. Farge [b], N. Tarigh [c], L. Trinquart [d,e], D. Manac'h [f], T. Bastianic [a], G. Chatellier [a,e]

[a] *Département d'information médicale, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 3, avenue Victoria, 75184 Paris cedex 04, France*
[b] *Service de médecine interne, hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France*
[c] *Département d'information médicale, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, France*
[d] *Unité de recherche clinique, hôpital européen Georges-Pompidou, France*
[e] *Inserm, centres d'investigations épidémiologiques, 4, Paris, France*
[f] *Direction des finances, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, France*

Reçu le 2 septembre 2008 ; accepté le 16 février 2009
Disponible sur Internet le 12 mai 2009

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Données 2007 du PMSI du secteur de court séjour des patients de 16 ans de l'assistance publique des hôpitaux de Paris

Résultats. – Parmi 352 721 séjours, la prévalence des indicateurs de précarité variait de 0,71 % pour « sans domicile fixe » à 6,24 % pour « couverture maladie universelle complémentaire ». Les séjours associés à un indicateur de précarité étaient caractérisés par des pathologies spécifiques et par un taux plus élevé de comorbidités ou complications associées. Après ajustement, la durée moyenne des séjours associés à un indicateur de précarité était majorée par rapport à celle de la population globale, de 5 % pour l'indicateur « couverture maladie universelle » à 48 % pour l'indicateur « aide médicale d'état – soins urgents ».

Conclusion. – L'extraction en routine d'indicateurs de situations de précarité depuis les systèmes d'information hospitaliers est faisable. À pathologie égale, ces indicateurs sont associés à des situations médicales plus complexes et à des durées de séjour majorées. Il importe d'introduire la prise en compte des situations de précarité dans le modèle de tarification à l'activité.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Données CASVP

Évaluation des soins requis selon pathos lors de validation par l'ARS IDF

◆Par «soins requis» est entendu les soins utiles, recommandés par les bonnes pratiques, réalisables compte tenu de l'état global du patient, et acceptables par le patient que l'on ait ou non les moyens de le réaliser, avec une notion de persévérance raisonnable.

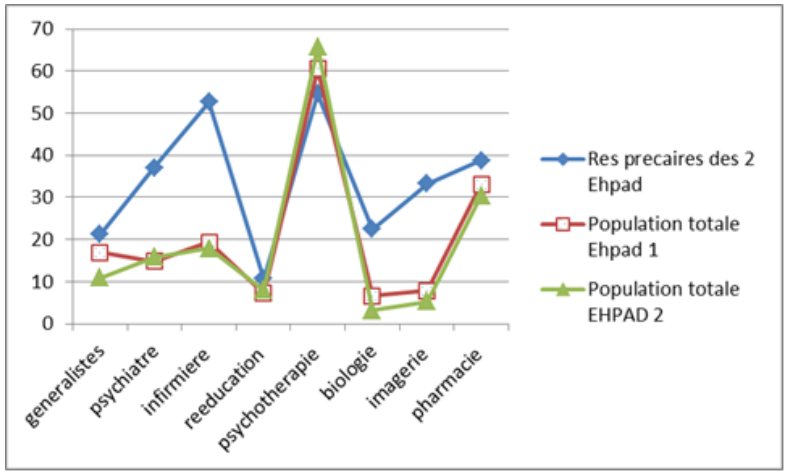
◆ Mais il y a un biais car, au préalable, les états pathologiques doivent être **repérés, identifiés, évalués.**

Données en soins requis - Alice Prin et Huguette Valsecchi (année 2017)

	EHPAD 2 - 17 residents précaires/ 112 résidents							
	generalistes	psychiatre	infirmiere	reeducation	psychotherap	biologie	imagerie	pharmacie
Res Precaires	20,8241176	50,4211765	60,3970588	10,2529412	60,5482353	26,1694118	44,9658824	41,7577778
Ens populatio	10,9	15,78	17,87	7,9	65,71	3,14	5,21	30,42

	EHPAD 1 10 residents précaires / 101 résidents							
	generalistes	psychiatre	infirmiere	reeducation	psychotherap	biologie	imagerie	pharmacie
Res Precaires	22,32	15,6647363	31,1258114	37,5107475	7,20504564	60,2406364	12,9284478	20,8443413
Ens populatio	16,86	14,78	19,32	7,23	60,46	6,55	7,87	33,14

Donc plus de pathologies, et une **sous estimation des soins requis** car, pour un même état pathologique, « *soigner un précaire plus chronophage que soigner une personne de la population générale* ».



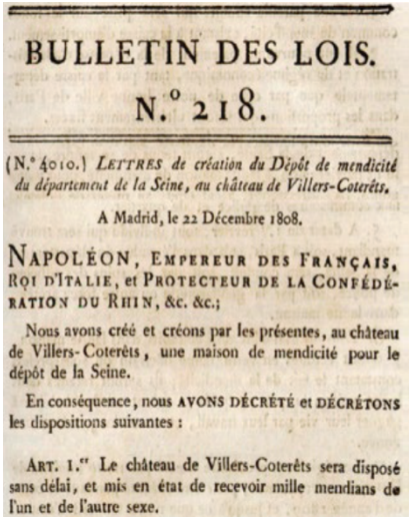
L’hospitalité historique des EHPA publics

Les dépôts de mendicité

Les dépôts de mendicité étaient chargés de mettre à exécution la politique de reprise en main des marginaux valides. Y sont logées plusieurs catégories de population : mendiants, personnes âgées exclues des hospices, vagabonds, adolescents désœuvrés, prostituées…

Ces individus valides dans le besoin, c'est-à-dire sans travail ni domicile avérés, étaient considérés comme vagabonds et susceptibles d'être pénalement poursuivis. La loi sur le vagabondage ne sera qu'en 1992.

Créés sous la **Monarchie**, **théorisés sous la Révolution, étendus à tous les départements par Napoléon Ier en 1808,**
Il s'agissait de leur faire subir, pendant une année, un redressement moral et spirituel



BULLETIN DES LOIS.

N.° 218.

(N.° 4010.) *Lettres de création du Dépôt de mendicité du département de la Seine, au château de Villers-Coterêts.*

A Madrid, le 22 Décembre 1808.

NAPOLÉON, EMPEREUR DES FRANÇAIS, ROI D'ITALIE, et PROTECTEUR DE LA CONFÉDÉRATION DU RHIN, &c. &c.;

Nous avons créé et créons par les présentes, au château de Villers-Coterêts, une maison de mendicité pour le dépôt de la Seine.

En conséquence, nous AVONS DÉCRÉTÉ et DÉCRÉTONS les dispositions suivantes :

ART. 1.er Le château de Villers-Coterêts sera disposé sans délai, et mis en état de recevoir mille mendians de l'un et de l'autre sexe.

Extrait de la loi de création du dépôt de mendicité du département de la Seine au château de Villers-Cotterêts, 22 décembre 1808. Archives du CASVP

L' histoire de la précarité dans les EHPAD publics à travers ceux du CASVP

- **Création de deux dépôts de mendicité dans le département de la Seine :**
  - *le premier à Saint-Denis, transféré à Nanterre en 1887, aujourd'hui le CASH/ hôpital Max Fourestier - AP HP*
  - l'autre à Villers-Cotterêts, dans le château de François Ier construit en 1539 et nationalisé par la Révolution. Aujourd'hui EHPAD Francois 1er CASVP

Le reclus (l'hébergé du dépôt) accumule un pécule, sorte d'argent de poche généré par le travail dans des ateliers.
Puis la vie au dépôt s'adoucit au fil du XIXe siècle : des sorties sont autorisées, l'établissement se dote d'une bibliothèque.
La population change aussi.
•Au fil du temps, elles ne sont plus que des personnes âgées, mais **trop turbulentes** pour intégrer les autres hospices de l'Assistance publique.
•L'augmentation de la mortalité à Villers-Cotterêts qui conduit l'administration à prélever le coût d'un cercueil sur le pécule accumulé par les reclus.

Villers Cotterêts : Avant

Lavabos installés dans la cour intérieure du vieux château, vers 1900.
Archives de la préfecture de police

Tandis que la préfecture de Police continue encore d'être associée au fonctionnement du centre d'accueil et de soin hospitalier (CASH) de Nanterre (côté Ehpad et centre d'hébergement), elle s'est séparée de Villers-Cotterêts en 1947, après presque un siècle et demi de gestion.

En 1889, **le dépôt de mendicité de Villers-Cotterêts devient une maison de retraite** pour vieillards indigents du département de la Seine, rôle conservé, bien que de manière atténuée, jusqu'à nos jours.

Infirmerie de la maison de retraite de Villers-Cotterêts, vers 1900.
Archives de la préfecture de Police

Villers Cotterêts : Après

La plupart des résidents sont d'anciens sans-abri parisiens qui cohabitent maintenant avec des personnes anciennement domiciliées à Villers-Cotterêts ou ses environs. Ils ont quittés leur château du XVIe siècle en 2014 mais ont gardé sa mémoire .

L'EHPAD Francois1er accueille des personnes âgées avec des pathologies neurocognitives ou psychiatriques et toujours des personnes souffrant de pathologies liées à la vie dans la rue.

Deux EHPAD intramuros, qui accueillent également particulièrement une population issue de la précarité, des SDF …

Conclusion

- **Des personnes**
  - **Dont les soins sont complexes** (symptômes psycho comportementaux)
  - **Poly pathologiques**, fréquemment en refus de soins, opposantes / agitées / agressives

- **Nécessitant des ressources inhabituelles pour un EHPA : disponibilité du médecin conseil CASVP, ULP, partenariat Samu Social, GHT psychiatrique , services sociaux…**

- **Et aussi des compétences inhabituelles pour un EHPA : éducateurs, addictologues, surveillance la nuit ….**