



Université
Paris Cité



Hôpital
Corentin-Celton
AP-HP



Sex, Drugs and Rock'n roll : des situations complexes en Ehpad

Présidente : Cécile HANON - Issy les Moulineaux

Sex : qui ne dit mot consent ?

Véronique MANGIN D'OUINCE - Paris

Drugs : le SILENT syndrome

Emmanuel LELEU - Paris

Rock'n roll : de la rue à l'Ehpad

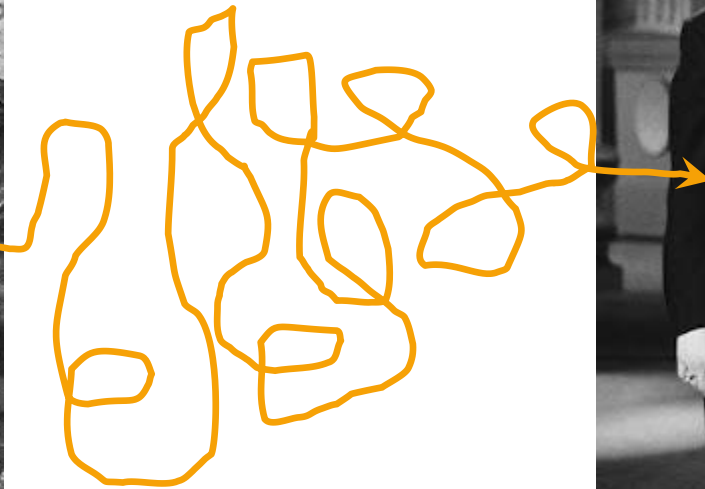
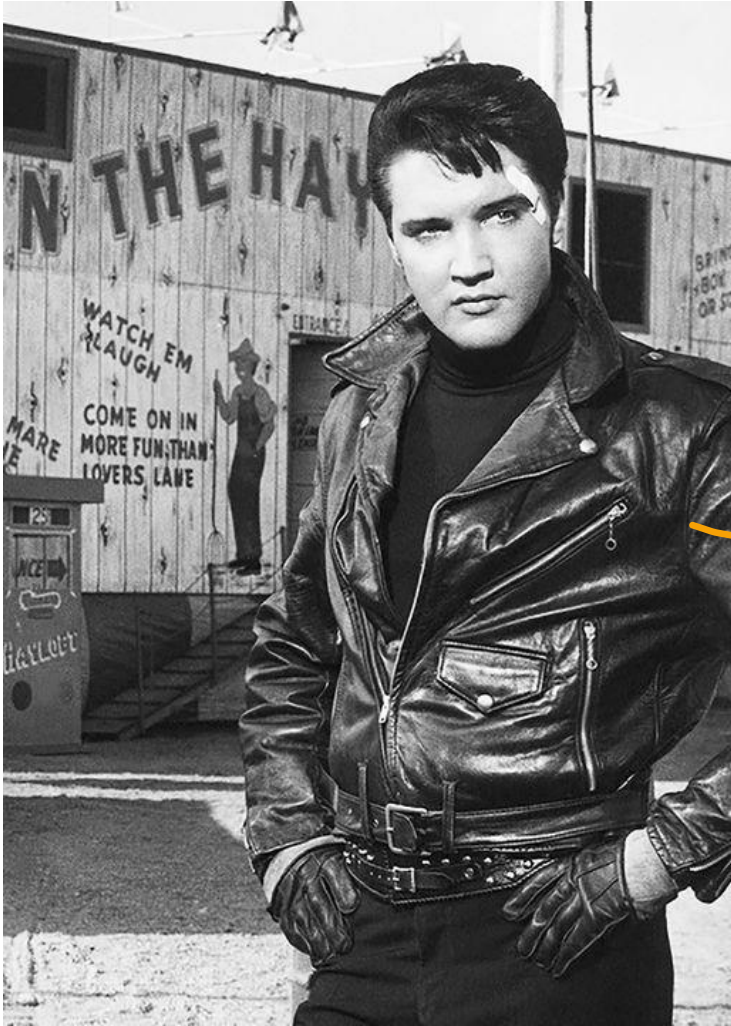
Hugo TIERCELIN - Paris



**Société Francophone de
Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée**

**5^{ème} congrès de la SF3PA
6 et 7 juin 2024 à Montpellier**

Rock'n roll : de la rue à l'Ehpad



histoire et définition
quelques chiffres
normes
renoncement de soi
institution
et concrètement...



Un peu d'histoire

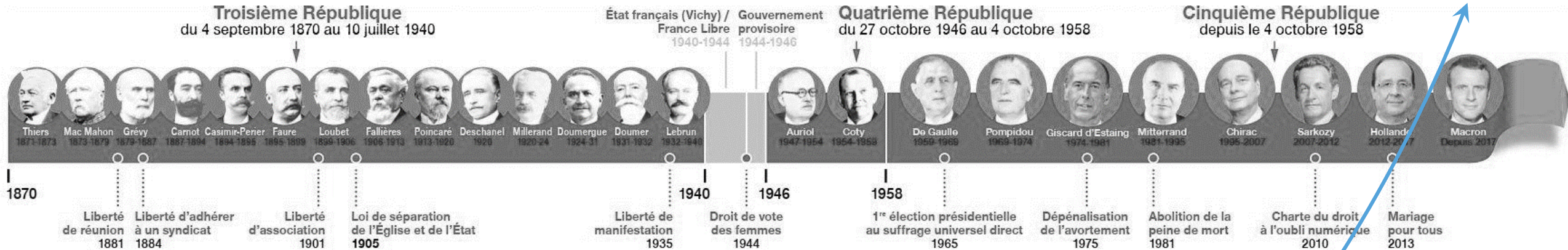
jusque là une prise en charge par la **ruralité** (familles, congrégations etc.)

puis le Conseil général des Hospices civils de Paris (ex-AP-HP) qui distingue, selon la capacité à travailler les **hôpitaux** et les **hospices**

Tournant après 40-45 : le **maintien à domicile**

Dans les années 1970 : fin des hospices, place aux **maisons de retraites** puis aux **EHPAD** (loi 1975) : résidents plus âgés, plus dépendants et malades, arrivée de la médecine gériatrique

...



les **dépôts de mendicités** gérés par la Préfecture de Police en cas de « mauvaises mœurs », fonctionnement carcéral et réhabilitation

Maison de retraite pour « vieillards indigents parisiens » : Villiers-Cotterêts (et Nanterre) délits de mendicité (1975) et de vagabondage (1992)

« les mendiants sont devenus des vieillards infirmes réduits à l'extrême misère, mais auxquels la Préfecture de Police épargne la suprême épreuve de tendre la main, elle ne les recueille non plus au nom du Code pénal comme des prisonniers, mais comme des vaincus de la vie, au nom des principes démocratiques »
Louis Lépine, Préfet de police, lors de sa visite à Villiers-Cotterêts en 1909



EHPAD François 1^{er}
à Villiers-Cotterêts

CENTRE D'ACTION SOCIALE
VILLE DE PARIS

Mais qui sont-ils ? (1/3)

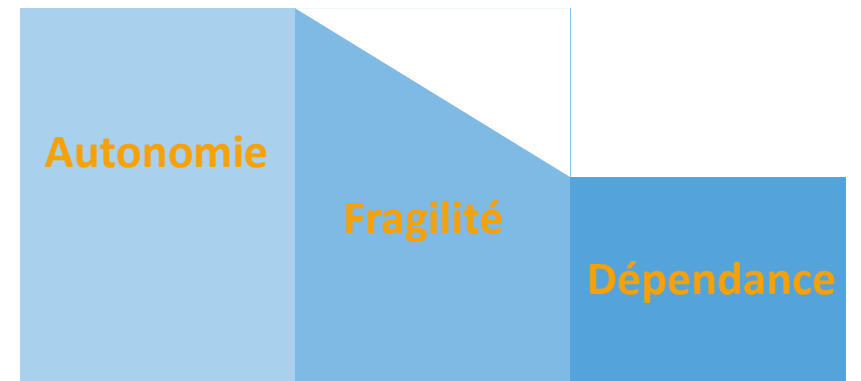
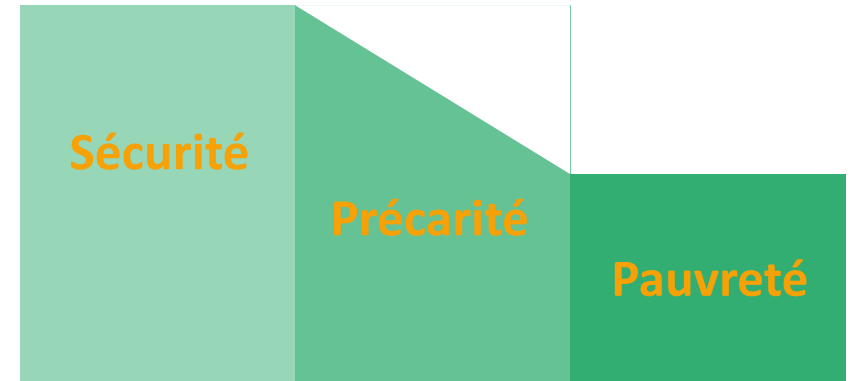
Les « SDF retraités »

S. Rouay-Lambert (et non pas les « retraités SDF ») ou les « **précaires** ».

« La **précarité** est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'**insécurité** qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la **grande pauvreté** quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Définition du Père Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement ATD Quart Monde adoptée en 1987 par le Conseil économique et social français

- + l'**Exclusion**
- + Score **EPICES**
- + 55 ans



Une idée du Dr Patrick Friocourt
(Directeur de rédaction de la Revue de Gériatrie)
présentée lors de la Journée ARS IDF
Précarité en EHPAD

Mais qui sont-ils ? (2/3)

Les « SDF retraités »

Données des « SDF retraités » dans 15 EHPAD du CASVP (10 intra-muros, 5 extra-muros dont l'EHPAD François 1^{er}), 2020

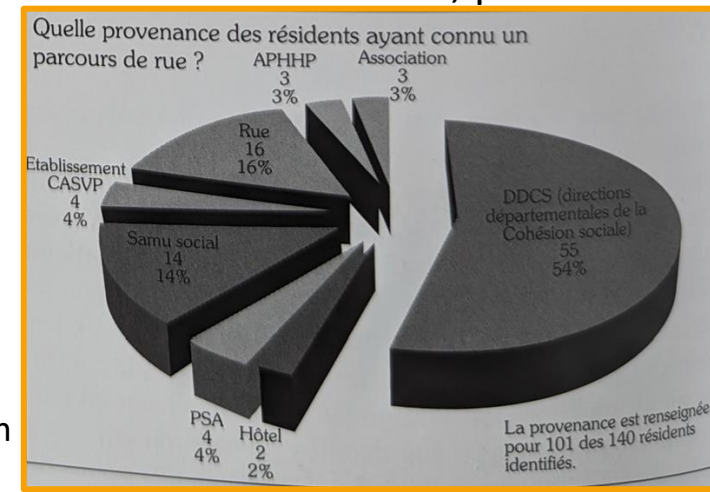
- représentent **6,8%** (140/2073) des résidents (dont 1/3 dans un seul EHPAD)
- un sex ratio plus **masculin** (SR 3:4 vs 1:3 en population générale)
- plus **jeunes** (la moitié < 75 ans) → restent plus longtemps dans les EHPAD, à contrepieds de la tendance actuelle
- plus **isolés** (en termes relationnels et affectifs : plus de célibataires / moins de veufs)
- plus **d'étrangers** / moins de **locaux** (« monter à Paris » = début de l'errance)
- moins de **perte d'indépendance fonctionnelle (GIR)**
- mais plus de **perte d'autonomie psychocognitive** (2/3 sous **protection juridique** vs 50% pour les autres résidents, plus de **maladies neuropsychiatriques** (2/3) et de **problèmes d'alcool** (1/2))

Résultats à nuancer : nouvelle étude commandée par l'ARS portant sur 262 EHPAD d'IDF

43 % accueillait au moins un résident ayant eu un parcours de rue

résultats se rapprochant de la population générale

Ventilation selon le type d'orientation ayant permis l'entrée en EHPAD



Mais qui sont-ils ? (3/3)

Les « SDF retraités »

La **mission Interface** du SAMU Social de Paris : Focus sur les personnes pouvant être orientées en EHPAD

Concerne un public en situation régulière déjà accompagné par un acteur de la veille sociale + travailleur social référent :

- personnes **≥ 60 ans**
- personnes handicapées 18-59 ans avec handicap reconnu MDPH ou perçu par le travailleur social.

En 2022 : 856 personnes accompagnées + 152 situations traitées par téléphone ou mail.

80% hommes - 20% femmes, **âge médian : 67 ans**. 1/3 présentent des troubles psychiatriques sévères, ¼ se sentent limités.

Accompagnement de la personne jusqu'à son entrée en EHPAD (**moyenne d'âge à l'entrée : 72 ans**).

Hors l'âge de décès moyen à la rue est de **48 ans**...

Tensions éthiques (1/3)

« trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite »

S. Rouay-Lambert

- et pourtant, arrivent en moyenne **plus de 10 ans après** les 60 ans requis pour entrer en EHPAD !
- vieillissement accéléré et prématuré
- ont « perdu » une **génération** et se retrouvent dans celle de leur parent → quelle image du futur ?
- hors de la **filière gériatrique** (75-80 ans) alors qu'ils en relèveraient : vieillissement, polyopathologies, vulnérabilités multiples...
- entre les filières EMPP et EMPSA → vers une **EMP...PSA** ?
- pas ou peu de **perte d'indépendance fonctionnelle** par rapport aux autres résidents
mais plus de **perte d'autonomie psychocognitive** (plus de protections juridiques et plus isolés)
souvent différente des troubles neurocognitifs majeurs habituels en EHPAD : plus polymorphes, atypiques et psychiatriques.
- décalage aussi car l'entrée en EHPAD est pour eux une « **ascension sociale** » et non pas un « **déclassement social** »

Tensions éthiques (2/3)

De l'invisible au trop visible...

Invisibilisé durant toutes ces années à la rue (et souvent avant), le « SDF retraité » devient celui que l'on ne peut pas ne pas voir

- **incurie** incompatible et insupportable
- multiples pathologies avancées et ignorées jusque là qui *doivent* désormais être pris en charge par le personnel soignant **refus de soins, renoncement aux soins, rapport distant ou déformé au corps, rechutes, mises en échec du projet de soins**
- jeunesse insolente et « mauvaises mœurs » qui perturbent l'ambiance feutrée des maisons de retraite **troubles du comportement** différents des SPCD, **troubles psychiatriques, addictions, comportements délictueux** etc.
- qui discordent avec une **auto-exclusion** / une « **auto-aliénation** » / une **désafférentation psychique** / une **désobjectivation psychique** / un « **clivage** » voire « **congélation** » du moi (J. Furtos), dépassant la simple invisibilisation que nous percevons.

Syndrome d'auto-exclusion, théorisé par Jean Furtos dans *De la précarité à l'auto-exclusion* 2009 :

- 3 signes dits de disparition : l'(auto)anesthésie du **corps** (insensible), des **émotions** (émoussées) et de la **pensée** (inhibée).
- associés à des signes paradoxaux : relation thérapeutique négative (refus d'aide, incapacité à recevoir), puis rupture active des liens et abandon des relations, puis l'individu se coupe de lui-même (devenir étranger à soi : incurie à domicile, négligence et perte de la « bonne honte » dans les relations avec autrui).
- le produit d'un environnement d'insécurité psychique et sociale globale et une modalité contemporaine de la souffrance sociale.

Qq observations de Charlotte Miot CASVP :

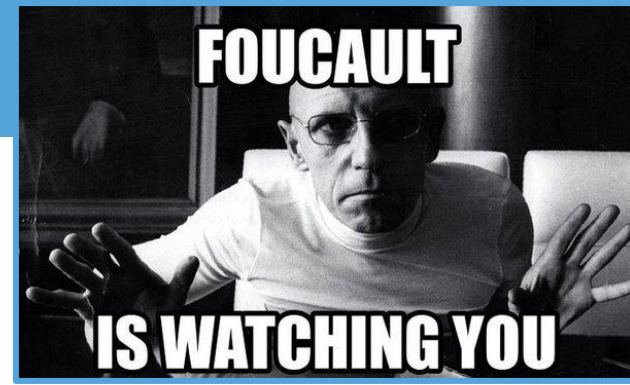
- Parcours de vie jalonnés de **ruptures multiples** (sentimentales, familiales, professionnelles)
- **Identités meurtries** (honte, stigmatisation, culpabilité, repli sur soi, perte de confiance en soi, en autrui, et en l'avenir)
- Renoncement aux soins / refus de soins / prises en soins chronophages



Tensions éthiques (3/3)

...dans une institution qui voit tout !

L'EHPAD comme « **institution totale** » (S. Rouay-Lambert reprenant Erving Goffman)



« un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. »

Erving Goffman, Asiles. 1979

- les résidents et le personnel soumis à **la même autorité** : la direction de l'établissement
- toutes les activités de la vie courante (manger, dormir, se laver, se soigner, s'occuper, parfois travailler etc.) ont lieu dans **le même lieu**, sans séparation des espaces et des règles comme cela est le cas normalement
- enfermés et isolés dans **un seul rôle social** et **une seule identité** : celle de résident en EHPAD, de retraité
- Mais pour le « SDF retraité » cette **acculturation** n'est-elle pas infiniment plus difficile ? Pas de **tiers extérieur**, **méfiances** vis-à-vis des institutions (SAMU Social, hôpital, police, justice, bailleurs sociaux...), **socialisation** ou une désocialisation ? Offre t-elle une **identité** ou uniquement le gîte et le couvert ?
- Place des **adaptations secondaires**, vie « clandestine » des résidents et des personnels pour s'autonomiser et se libérer
- Et les « **troubles du comportement** » alors ? Manifestations caractérielles ? Déviances ? Véritables actes de résistance ?

Certes, mais que faire de ces informations ?

L'entrée en EHPAD, un moment critique :

- souvent dans des moments chaotiques : expulsion, sortie d'hospitalisation, maintien impossible dans les structures d'hébergement etc.
- l'entrée en EHPAD comme une **rupture** supplémentaire, avec différentes expressions « symptomatiques » :
mise à mal des règles de vie communautaire par des conduites transgressives
résignation mortifère s'exprimant par un repli, une passivité, un refus de se faire soigner et de s'alimenter
hospitalisations pour cause de décompensations aiguës (somatiques ou psychiatriques : psychoses vieillissantes, dépression hostile, tentatives de suicide, équivalents suicidaires etc.)
- **surmortalité** observée au cours des premiers mois (également observée dans lors des autres relogements hors EHPAD)
- préparer l'accueil qui doit être **individualisé**, dans la **continuité** de l'accompagnement social, avec les **travailleurs sociaux** (mission Interface) et pourquoi pas en s'appuyant sur des **pairs** lorsqu'ils sont présents et disponibles dès la visite de préadmission (ou « visite de projection ») : il s'agit de « *créer un soupçon de confiance* »
- à un **moment précis** (**Kairos** selon l'éthique aristotélicienne), à un **instant présent** (difficile inscription dans le temps)

Certes, mais que faire de ces informations ?

Le refus de soins :

- Entendre le refus de soins, essayer d'en comprendre les causes tout en le respectant
- Reproposer régulièrement les soins, avec différents interlocuteurs.
- Respecter le cheminement de **réchauffement** après cette « congélation du moi ».
« 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 »
- Mettre en balance le sens, la pertinence, l'urgence de ce soin et son coût éthique, relationnel, humain pour le patient.
- S'interroger sur ses propres limites et sa propre tolérance face à ce refus de soins.
- Trouver un **compromis** acceptable pour tout le monde (soins d'hygiène uniquement ? refus de certains traitements ?)

Certes, mais que faire de ces informations ?

Le résident « SDF retraité » qui « teste le cadre » :

- Dans quoi cela s'inscrit-il ? Qu'est-ce que cela veut dire de **l'individu** (+/- revendication de passe-droits) ? De **l'institution** ? Remettre en question le sens de ce **cadre** (est-ce cohérent ? cela s'applique-t-il à cette situation à ce moment ?)
- **Groupe d'analyse de pratiques** : problèmes de cadre, problèmes cliniques (l'occasion également d'un **compagnonnage**)
- Ne concerne pas que l'institution, mais le **soignant** aussi avec son propre discernement (intelligence collective et individuelle), permettant une **relation duelle**, une souplesse, une confiance voire une résistance vis-à-vis de l'institution C'est la notion de « **soignant-confident** » (P. Delarue, EHPAD François 1^{er} Villiers-Cotterêts) :
= une personne en qui le résident peut avoir confiance, avec une dimension relationnelle au-delà du soin, qui reste régie par un cadre (en 4 mots pivots : correction, négociation, rigidité, souplesse)
pour recréer une forme de lien, de confiance, d'attachement stable : la sincérité est indispensable désigné par le résident, rôle et fonction acceptés par le soignant
- Essayer de trouver un **compromis** ou une **adaptation**.
Ces **adaptations** (sorties, autorisation de fumer en chambre etc.) sont les manifestations de cette souplesse et de cette intelligence quotidiennes tout bonnement humaines, et sont autant de marques de socialisation et d'autonomie.
A **contractualiser** ! Et pourquoi pas, à faire signer par le résident.
Attention toutefois à ne pas dépasser les limites, sinon le contrat moral +/- tacite et la confiance seront rompus : **fuite** ou **fugue**, **rechute**, **rupture de lien** pour le « SDF retraité » / **sanctions** du côté de l'institution

Certes, mais que faire de ces informations ?

La fugue comme exemple de trouble du comportement :

- La **fugue** ou **sortie inopinée** est courante ici (indépendance fonctionnelle, fonctionnement antérieur, impulsivité etc.)
- ≠ de celle du patient avec TNC majeurs : organisée, volontaire, pas un échec de surveillance de la part de l'équipe, pas de famille à prévenir, danger plus au niveau de la sécurité que de la santé des patients
- Mais c'est ce que l'on en dit qui transforme une simple sortie (liberté pourtant élémentaire et fondamentale d'aller et venir) en un trouble du comportement grave. Est déviant ce qu'on dit déviant.
- Concrètement :
 - Empêcher de fuguer ? **Illégale** et **infaisable**.
 - Toujours essayer de comprendre pourquoi (manifestations caractérielles ? déviances ? véritables actes de résistance ?)
 - Le rôle de **l'agent d'accueil** : se renseigner naturellement sur l'heure et le lieu
 - Faire **confiance** et **s'habituer**.
 - Contractualiser**, négocier (rendre personne l'autre, ne pas infantiliser)
 - Dédramatiser**, tempérer, ne pas prendre les choses personnellement
- Le trouble du comportement, quel qu'il soit, peut-être aussi l'occasion d'accéder à des **soins psychiatriques** (co-occurrence troubles psychiatriques et précarité)

Certes, mais que faire de ces informations ?

Le rôle du psychiatre dans tout cela...

- Possiblement le premier domicile sectorisant depuis longtemps (+ lieu de prise en soins) → accès aux **soins psychiatriques** !
- Pas de grandes spécificités au niveau des **thérapeutiques médicamenteuses**



La Ville de Paris et le GHU Paris psychiatrie & neurosciences confirment leur action commune pour la santé mentale des parisiens

Le 15 février 2022, la Ville de Paris, le CASVP et le GHU Paris ont renouvelé la convention qui les unit. Ils poursuivent ainsi leur programme d'actions communes en faveur de l'information, de la promotion de la santé, de la prévention et des soins aux Parisiens dans le champ des troubles psychiques.

Publié le 16 février 2022

- co-occurrence **troubles psychiatriques** et **précarité**
- accès facilité aux EHPAD et lutte contre la stigmatisation
- acteurs **locaux** favorisant une resocialisation
- un lien maintenu entre le patient et le secteur
- qui rassure le patient, les équipes et le secteur.

L'EHPAD à tout prix ?

En ayant connaissance des **tensions éthiques** précédemment évoquées, garder en mémoire que :

- Entrer en EHPAD est la chance et le droit d'avoir une « **dernière demeure** » stable et durable (malgré le terme d'« hébergement »), et de ne pas mourir à la rue comme des centaines d'autres SDF chaque année (624 en 2022).
- **Se retrouver** sur les plans social, psychologique et somatique : **statut social de retraité**, réappropriation de **droits**, renouer avec sa **famille**, retrouver sa **région d'origine** (identité), retrouver une **stabilité**, un **ancrage** (s'autoriser la question de « qu'est-ce que je vais laisser comme trace avant de partir »)
(≠ perte de statut (propriétaire, locataire, voisin), d'identité (désancrage), de ses droits etc. habituellement observé)
- La chambre d'EHPAD comme « premier » chez soi : des **compromis coûteux** (en temps, en énergie, en tolérance, en argent etc.), à négocier et à contractualiser non pas pour **LE** mais pour **LES** résidents « SDF retraités » (au moins 10%)
- Qui seraient peut-être mieux supportés par d'autres **structures** : logements avec services, pensions de famille, un chez soi avec des animations collectives, résidences autonomie ? Ou des solutions type Maisons relais ou Un chez soi d'abord à adosser à un EHPAD ? Ou des structures spécialisées (type maladie de Korsakoff) ? Ou des structures mixtes à inventer ?
- Quoiqu'il en soit : plus de jeunesse, de souplesse, de surprise, de confiance, d'échanges, de conflits, de défis... **de vie** !

Merci...

...et merci !

aux intervenants de la Journée régionale IDF – Précarité en EHPAD du 05/12/2023 (je me suis notamment beaucoup appuyé sur les interventions du Dr Patrick FRIOCOURT, du Dr Alexandre CARON, de M. Paul HENRY, de M. Thomas BAUDE, du Dr Alain MERCUEL, de Mme Vanessa BENOIT, de M. Patrick DELARUE, et de Mère Célia),

à Mme Marie-Pierre Prost, chargée de mission Support, pour ses précieuses notes prises lors de cette journée,

aux auteurs du Dossier Précarité des Personnes Âgées publié dans les numéros de mai et juin 2020 de la Revue de Gériatrie (où se retrouve la quasi-totalité des informations rapportées ici) : Mme Vanessa BENOIT, M. Patrick DELARUE, Dr Xavier EMMANUELLI, Mme Isabelle FAULQUES, Dr Jacques GAUILLARD, M. Paul HENRY, M. Jean-Philippe LEGRAND, Dr Martine LENOC SOUDANI, Mme Marie MALLET, M. Patrick MILHE POUTINGON, Mme Charlotte MIOT, Dr Papa Oumar NDIAYE, M. Guillaume NORMAND et Mme Sophie ROUAY-LAMBERT.