

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 reconnaître 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...).