



HANDICAP ET PRIVATION DE DOMICILE PERSONNEL : LES BESOINS DES PERSONNES ET LEUR PRISE EN COMPTE



**OBSERVATOIRE
DE L'HÉBERGEMENT
ET DU LOGEMENT**

LES CAHIERS DE L'OBSERVATOIRE

Décembre 2024

LA NOTE « HANDICAP ET PRIVATION DE DOMICILE PERSONNEL : LES BESOINS DES PERSONNES ET LEUR PRISE EN COMPTE » est une étude réalisée par l'Observatoire de l'hébergement et du Logement dans le cadre de ses contributions au Rapport sur l'état du mal-logement publié par la Fondation pour le Logement des défavorisés.

REDACTION

Observatoire de l'hébergement et du logement

RELECTURE ET CONSEILS

René Ballain

MISE EN PAGE

Observatoire de l'hébergement et du logement

CREDIT PHOTOS

Service Communication Un Toit Pour Tous

Table des matières

Introduction	4
1. Handicap et privation de domicile personnel, des problématiques particulières qui se cumulent et s'alimentent...	5
a. Pour les personnes sans domicile personnel en situation de handicap : des besoins et des attentes variés en fonction des situations	5
Des personnes privées de domicile personnel davantage touchées par le handicap que le reste de la population, donc pour qui le besoin d'adaptation des locaux est encore plus primordial	6
Un besoin d'accompagnement essentiel pour un accès effectif au droit fondamental de santé, particulièrement pour les personnes à la rue.	8
Des parcours de soins obstrués par une saturation systémique des acteurs du soin, mais plus intensément encore pour les personnes en situation de rue ? Un besoin d'être suivi pour stabiliser sa situation médicale.	9
b. Une « priorisation » non acquise pour les personnes handicapées relativement à d'autres « vulnérabilités » ?	10
2. ... Produisant une exacerbation des inégalités dans l'accès aux parcours de logement	11
a. Un parcours en structures chaotique et sans voie de sortie pour les personnes précaires : la question de l'accès « à un ailleurs » ?	12
Un parcours de structure en structure jonché d'obstacles	12
Des difficultés cumulées dans l'accès au « médico-social ordinaire », particulièrement pour les personnes à la rue	14
Le « médico-social intermédiaire » pour contourner ces difficultés	16
Des exigences administratives qui freinent l'accès à « un ailleurs » et « coincent » des personnes dans des structures non adaptées à leurs besoins, générant des files d'attente de plus en plus longues à l'entrée... ..	18
L'ultime « ailleurs » : l'accompagnement de la fin de vie des personnes en précarité	20
b. Faire entrer l'« adaptation au handicap » dans le secteur de l'AHI et des partenaires de la précarité pour répondre aux besoins spécifiques et permettre le maintien dans ces structures	23
La diffusion nécessaire d'une culture commune du handicap... ..	23
... Mais des équipements qui restent de toute façon inadaptés et des équipes sous-dotées en plus d'être non spécialisées	26
c. Mieux prendre en compte la précarité et infuser les pratiques de l'AHI dans le médico-social	27
Venir à bout de représentations à la vie dure autour du « SDF »	27
Des pratiques et des réglementations non-adaptées pour des personnes ayant vécu des situations d'errance.....	28

Introduction

Les **personnes privées de domicile personnel** constituent, de façon générale, **un groupe particulièrement vulnérable de la population, pourtant souvent invisibilisé dans le débat public et les politiques sociales**. Parmi elles, les personnes qui, en plus d'être déjà dans une situation de précarité très marquée, se trouvent en **situation de handicap sont nombreuses et rencontrent des obstacles supplémentaires qui exacerbent leur précarité**.

S'il est difficile de connaître quantitativement le volume exact de personnes privées de domicile personnel tout en étant en situation de handicap, la Fondation Abbé Pierre en a donné une estimation en 2022 : selon elle, parmi les **300 000 personnes privées de domicile personnel en France, 10 % environ seraient en situation de handicap, soit environ 30 000 individus**¹. Ces chiffres soulignent l'ampleur de la problématique et la nécessité de porter une attention toute particulière sur cette population spécifique, qui souffre – on le voit par la rareté des données chiffrées accessibles – de politiques publiques peu efficaces. Les initiatives actuelles tendent effectivement à être **fragmentaires et insuffisantes**, laissant de nombreuses personnes sans le soutien nécessaire pour retrouver une autonomie et une stabilité durable.

D'autant que ces personnes sont confrontées à des difficultés qui s'ajoutent à celles qu'elles connaissent déjà en raison de leur grande vulnérabilité économique et sociale. L'absence de domicile personnel pour une personne en situation de handicap implique **une marginalisation accrue, limitant l'accès à des services de santé essentiels, à une éducation adaptée et à des opportunités d'emploi**. Une enquête de la Fondation Abbé Pierre révèle que seulement 2 % des structures d'accueil et d'hébergement sont pleinement accessibles aux personnes en situation de handicap². Cela signifie que **la grande majorité de ces personnes se trouvent exclues de l'aide disponible**.

Sont relevées non seulement des difficultés liées à l'accès à un habitat adapté (hébergement ou logement), en raison d'une « non-adaptation généralisée » des équipements et de l'accompagnement, mais également des difficultés, ensuite, pour se maintenir dans cet habitat adapté (en raison, par exemple, de ruptures dans le parcours de soins en institutions spécialisées). Cela pose d'une part le problème de l'adaptation des mondes social et médico-social à des défis liés au handicap pour le premier et à la précarité pour le second, et d'autre part celui de la disponibilité des structures qui sauraient répondre à ces deux injonctions.

Ce sujet invite à une réflexion sur les **besoins spécifiques** relatés par les personnes privées de domicile personnel en situation de handicap, sur les **pratiques professionnelles** des personnes qui les accompagnent dans leur parcours social et de soins, et sur les **politiques publiques** mises en place à leur endroit. Ce cheminement de pensée permettra de mettre en lumière les défis singuliers rencontrés par cette tranche de la population, et de mieux saisir les mécanismes d'exclusion qu'une grande partie subit régulièrement.

¹ Drees, 2014

² Fondation Abbé Pierre, 2023

1. Handicap et privation de domicile personnel, des problématiques particulières qui se cumulent et s'alimentent...

Si la **définition du handicap** pose des enjeux multiples et complexes, elle est d'autant plus nécessaire à établir dans le cas de personnes en situation de grande vulnérabilité vis-à-vis du logement, car c'est elle qui va **influencer en grande partie le niveau de prise en charge de leurs besoins spécifiques ainsi que la mise en œuvre des aides disponibles et adéquates.**

Pour des personnes en situation de grande précarité tout particulièrement, il est important que la **vision du handicap soit globale, intégrant à la fois les dimensions sociales, environnementales et économiques** qui, toutes, façonnent l'expérience qu'ont de leur handicap les individus.

« Et il y a aussi des enjeux à élargir le public concerné par des problématiques de dépendance afin d'être le plus inclusif possible. Dès lors qu'il y a mobilité, la dépendance n'est souvent pas prise en compte car le handicap est souvent associé à la personne à mobilité réduite. Or beaucoup de personnes de l'urgence sociale sont « empêchées » – entre guillemets – et ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie : faire le ménage, changer de vêtements, se doucher, se rendre à un rendez-vous, etc. Ces comportements peuvent être interprétés comme une absence de volonté à se mobiliser alors qu'ils témoignent de mécanismes bien plus complexes. Le public que nous accompagnons se compose de personnes ayant traversé certains processus amenant à la rupture. Le maintien dans cette situation peut entraîner ce que le psychiatre Jean Furtos nomme le « syndrome d'auto-exclusion³ ». » (Dispositif Alliance – Lyon)

« Il est important aussi d'aborder le fait que les conduites addictives au sens large ainsi que des maladies comme l'alcoolisme sont peu prises en compte dans le champ du handicap alors qu'elles ont un réel impact sur l'autonomie quotidienne des personnes. Elles sont même un frein à une entrée en ESSMS⁴. Il est généralement demandé à ce que la personne soit sevrée avant l'entrée : l'approche axée sur la réduction des risques est rarement mise en œuvre. » (Dispositif Alliance - Lyon)

a. Pour les personnes sans domicile personnel en situation de handicap : des besoins et des attentes variés en fonction des situations

« Etant donnée que l'on accompagne des personnes très différentes, elles n'ont pas toutes les mêmes problématiques. » (Dispositif Alliance - Lyon)

³ « Ce syndrome se manifeste par trois signes dits de disparition. Le premier est l'anesthésie du corps. Ce phénomène bien connu chez les sans-abri dont l'insensibilité à des souffrances décrites comme intolérables dans d'autres environnements (ulcères, gangrènes, etc.) a souvent été soulignée. Les autres signes renvoient également à une forme d'auto-anesthésie mais qui concerne cette fois les émotions émoussées et la pensée inhibée. [...] Le refus d'aide qui correspond à une incapacité à recevoir est une des épreuves les plus difficiles pour ceux qui interviennent auprès des personnes en grande difficulté sociale. Après ce paradoxe vient la rupture active des liens, l'abandon des relations. Cet abandon du monde conduit alors l'individu à se couper de lui-même. » (Nicolas Duvoux, « Un syndrome de la précarité », janvier 2021, disponible en ligne sur : <https://laviedesidees.fr/Un-syndrome-de-la-precarite> (vu le 08/11/2024).)

⁴ Etablissement ou Service Social ou Medico-Social.

Parler de personnes privées de domicile personnel, c'est réunir dans un même groupe des profils, des vécus et des trajectoires vis-à-vis du logement totalement différents. De fait, les besoins et les **attentes des personnes en situation de handicap et de vulnérabilité par rapport au logement diffèrent en fonction, justement, de leur situation de vie** : entre ceux qui sont en situation d'errance et qui connaissent la vie à la rue, ceux qui subissent un habitat précaire et dégradé, et ceux qui vivent en hébergement d'urgence (parfois depuis bien longtemps), les appréciations de leurs propres besoins divergent, et surtout, les besoins évoluent au cours d'un parcours.

Une enquête flash portée par la Coordination des Accueils de Jour dans les structures grenobloises (printemps 2024) pour un premier éclairage des besoins (Grenoble)

Au printemps 2024, en lien avec la **Coordination des Accueils de Jour de l'Isère**, l'Observatoire de l'Hébergement et du Logement (OHL) s'est rendu dans **10 accueils de jour de Grenoble** pour réaliser sur place une « enquête flash » auprès des usagers des lieux. Au total, **153 personnes ont répondu au questionnaire**, prévu pour aborder avec elles plusieurs thématiques, dont celle, précisément, de la santé.

C'est ce bloc « santé » que nous analysons ici : conscients des limites liées à ce type de questionnaire « flash », il nous semble cependant intéressant de donner ici les **grandes tendances qui s'en dégagent concernant la santé des usagers des accueils de jour grenoblois**. Elles permettent de toucher du doigt quelques premiers besoins et attentes prioritaires des personnes en situation de précarité dans le logement, particulièrement en ce qui concerne leur santé et éventuellement leur situation de handicap, bien que le format du questionnaire ne nous permette pas de dégager beaucoup d'indicateurs en lien direct avec le handicap.

Sur les 153 personnes ayant répondu au questionnaire, nous choisissons ici de concentrer l'analyse sur les 87 qui déclarent être privées de domicile personnel au moment de l'enquête : parmi elles, 35 sont à la rue (40,2 %), 22 en structure d'hébergement / résidence sociale (25,3 %), 15 en habitat précaire (squat, voiture, école, garage, hôpital) (17,2 %) et 15 chez un tiers (17,2 %).

Des personnes privées de domicile personnel davantage touchées par le handicap que le reste de la population, donc pour qui le besoin d'adaptation des locaux est encore plus primordial

« La rue abîme, et elle abîme fortement. » (Totem⁵)

D'après les données de l'Insee, **l'Isère compte, en 2021, 2,4 % d'allocataires de l'AAH⁶**.

⁵ Extrait du « 12-14 » d'Un Toit Pour tous, mars 2024, « De la rue au logement : quels enseignements retenir de l'expérience de Totem ? », disponible en ligne sur : <https://www.youtube.com/watch?v=iPPfbPIWipM> (vu le 12/09/2024).

⁶ Insee, https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/territoires/40_SOC/45_SHD.

Or parmi les personnes privées de domicile personnel recensées dans l'enquête flash (n = 87), 5,8 % déclarent être allocataires de l'AAH : c'est proportionnellement plus du double. Les allocataires de l'AAH paraissent donc surreprésentés au sein de ce public par rapport à la population générale iséroise. Cela pose une question : ces personnes allocataires de l'AAH sont-elles proportionnellement plus nombreuses chez les personnes privées de domicile personnel en raison du faible montant de cette aide⁷, qui les plonge, de fait, dans la précarité et peut mener rapidement à des situations de grande vulnérabilité vis-à-vis du logement ?

D'autant que ces résultats sont probablement sous-estimés car de **nombreuses personnes en situation d'errance restent bénéficiaires du RSA alors qu'elles pourraient prétendre et bénéficier de l'AAH**. Cette bascule se fait souvent en structure d'hébergement, car pour faire une demande d'AAH, il faut d'une part pouvoir faire compléter un dossier MDPH qui reste une demande complexe, et d'autre part avoir vu un médecin qui connaît bien la personne. Ceci nécessite souvent un accompagnement particulier. Il est également primordial d'accompagner la personne dans son cheminement car **il est souvent difficile pour les usagers de considérer qu'ils sont en situation de handicap**.

Où sont-elles surreprésentées parmi ce public parce que vivre à la rue ou dans des habitats précaires renforce le risque de conforter des problèmes de santé, voire de handicaps, déjà existants, ou d'en développer de nouveaux ? En effet, « le mal-logement provoque de lourdes conséquences sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées. Il entraîne des difficultés de domiciliation, une entrave à l'accès aux droits, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux, des difficultés de suivi de traitement, mais aussi une difficulté à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. Les personnes non ou mal logées contractent des maladies liées à leurs conditions de vie : pathologies dermatologiques, troubles respiratoires, pathologies digestives liées au manque d'hygiène et d'accès à l'eau, prévalence de maladies à potentiel épidémique. Le suivi des pathologies chroniques et de la grossesse est souvent tardif et ponctué de ruptures. »⁸

La réponse doit sans doute mêler un peu des deux hypothèses...

Et en effet, près de 4 personnes privées de domicile personnel sur 10 (n = 33) considèrent être en mauvaise santé (15 jugeant leur état « mauvais » ou « très « mauvais » et 14 « plutôt mauvais »). Parmi elles, un tiers (n = 11) sont à la rue, un tiers (n = 10) sont hébergées dans une structure d'hébergement, et le dernier tiers vit en habitat précaire (n = 6) ou chez un tiers (n = 6).

Et les problèmes de santé (voire handicaps) cités sont variés, pouvant être **moteurs, sensoriels ou encore psychiques**, parfois de plusieurs types à la fois. Parmi les 49 personnes privées de domicile personnel qui ont bien voulu partager leurs problèmes de santé avec l'enquêteur, 3 déclarent être atteintes AU MOINS (plusieurs réponses étaient possibles) d'un handicap moteur, 5 d'un handicap psychique, 6 de dépression, 2 de troubles auditifs, 5 de troubles visuels, 22 d'une

⁷ Actuellement, si la personne n'a aucune ressource, le montant maximal de l'AAH en 2024 est de 1 016,05 € (que le taux d'incapacité soit compris entre 50 % et 79 % ou soit plus important). Le seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian) pour une personne seule s'établit, lui, à 1 216 € en 2022 (Insee). Une personne seule touchant le montant maximal de l'AAH peut donc être considérée comme pauvre aujourd'hui en France.

⁸ Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France – Rapport 2021, p. 78, disponible en ligne sur : https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf (vu le 12/09/2024).

maladie invalidante (arthrose, hypertension, diabète...), 4 d'addictions (cigarettes ou drogues), 8 de problèmes de santé ponctuels (fatigue, mal de tête, problèmes dentaires...). La difficulté, pour les personnes accompagnantes, réside par conséquent dans la nécessité d'être capable de gérer des problèmes de santé et/ou handicaps relevant d'affections variées, et parfois multiples.

« Globalement, on ne peut pas dire qu'il existe un profil particulier. On rencontre à la fois des personnes porteuses d'un handicap psychique engendrant des pertes d'autonomie mais aussi des pertes d'autonomie liées à un handicap moteur, une déficience, des suites d'AVC, des maladies avec une dégénérescence, un handicap de naissance... Nous identifions beaucoup de personnes faisant part d'un mal être psychique et porteuses d'une maladie psychiatrique. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Le **besoin d'adaptation des locaux des structures de l'AH** (Accueil, Hébergement, Insertion) à différents types de handicaps (moteurs, sensoriels, psychiques), chargées de prendre en charge et d'accompagner les personnes privées de domicile personnel, est donc prégnant. Sans cela, **le risque est de générer du non-recours** dû au fait que les personnes ont, à un moment donné, eu une ou plusieurs mauvaises expériences dans un établissement non-adapté à leur handicap et se découragent alors d'y retourner.

Un besoin d'accompagnement essentiel pour un accès effectif au droit fondamental de santé, particulièrement pour les personnes à la rue.

Plusieurs résultats de l'enquête nous font pressentir le besoin d'accompagnement important des personnes privées de domicile personnel, particulièrement celles qui sont hors structures d'hébergement.

D'abord, parmi l'ensemble des personnes privées de domicile personnel, si la majorité déclarent avoir une couverture maladie (65,5 %, n = 57) – Sécurité sociale ou AME – 3 sur 10 – proportion non négligeable – disent ne pas en disposer (n = 26, 29,9 %). Et parmi ces dernières, plus de la moitié (n = 14, 53,9 %) sont à la rue, près de 2 sur 5 (n = 10, 38,5 %) sont hébergées chez un tiers ou vivent en habitat précaire, et seulement 2 sont en structure d'hébergement.

Cela laisse présager que les personnes hébergées en structure, qui disposent donc, dans le cadre de cet hébergement, d'un accompagnement social permettant l'ouverture de leurs droits, sont moins susceptibles que les autres – à la rue, en habitat précaire ou chez un tiers – d'être touchées par le nonaccès au droit fondamental qu'est la couverture maladie.

Si le **besoin d'accompagnement par des professionnels dans l'accès au droit concernant la santé est fort**, particulièrement pour les personnes à la rue, le **réseau personnel des personnes** elles-mêmes peut également être mis à contribution dans l'aide et l'appui aux actes de la vie quotidienne : pour se déplacer quand on est en fauteuil roulant manuel – qu'il faut donc pousser –, pour permettre les « transferts » d'un lieu à un autre (par exemple du fauteuil à l'espace de couchage)... Les amis, la famille, les « compatriotes » sont tous une ressource primordiale dans la vie quotidienne des personnes en situation de rue et en situation de handicap, en tout cas **pour ceux qui sont en mesure de les mobiliser**.

« Je ne connaissais pas beaucoup de personnes. Il y a un ami qui habitait ici et qui travaillait ici. [...] Au début, c'est mon ami qui était ici qui m'a poussé, parce que j'avais pas le fauteuil électrique. [...] Il me déplaçait, et tout. [Pour les transferts du fauteuil à la voiture, dans

laquelle M. A est contraint de dormir, faute d'hébergement] C'était mon ami, toujours la même personne. [...] Ça a duré comme ça pendant 10 mois. Et puis après, à force de continuer comme ça, j'ai été obligé de demander à mon oncle, pour qu'il m'aide et qu'il vienne ici [de Géorgie]. Il est arrivé en 2019. Il est resté avec moi. Parce que mon ami, il était déjà bien fatigué. Et il pouvait pas rester toujours avec moi, parce qu'il travaillait et c'était très difficile. » (M. A)

Des parcours de soins obstrués par une saturation systémique des acteurs du soin, mais plus intensément encore pour les personnes en situation de rue ? Un besoin d'être suivi pour stabiliser sa situation médicale.

De façon générale, les acteurs de terrain déplorent le fait que **les dispositifs et services de soins soient saturés sur le territoire**, particulièrement en ce qui concerne la psychiatrie.

« Les personnes avec des troubles psy, on les prend en charge tant bien que mal. » (Accueil de jour grenoblois)

Les résultats de l'enquête confirment cette tendance générale de délitement du système de santé, avec de grandes difficultés à trouver un professionnel de santé : 3 personnes privées de domicile personnel sur 10 (n = 26, 29,9 %) déclarent n'avoir pas pu voir un professionnel de santé la dernière fois qu'elles en auraient pourtant eu besoin. Plus de la moitié de ces dernières (n = 15, 57,7 %) sont à la rue.

En ce qui concerne plus précisément les troubles psychiatriques, ils sont particulièrement présents chez ce public de personnes privées de domicile personnel : 13 personnes déclarent avoir déjà été hospitalisées dans un service psychiatrique (14,9 %) – donc 1,5 personnes sur 10 – dont 4 vivent actuellement dans un lieu public, 4 dans un lieu d'hébergement, 4 chez un tiers et 1 dans un habitat précaire. *Il convient de préciser ici que ce nombre est sans doute minimisé, de nombreuses personnes n'ayant pas souhaité répondre à la question.* Le bilan de la Coordination des accueils de jour de l'Isère pour l'année 2023 fait d'ailleurs état des difficultés que pose le délitement des structures de prise en charge des personnes relevant de la psychiatrie : « De plus en plus, les **accueils de jour doivent gérer des personnes en situation de fragilité psychique**, de moins en moins bien accompagnées et suivies par ailleurs, du fait du délitement des structures annexes spécialisées dans le domaine psychiatrique. L'accompagnement de ces personnes est difficilement pris en charge, que ce soit pour l'accès et le maintien dans le logement, ou dans le cadre d'une prise en charge et d'un suivi plus global. »⁹ Ces difficultés ont été rapportées à plusieurs reprises lors de nos entretiens avec les professionnels de terrain.

« Les ESSMS [Etablissements ou Services Sociaux ou Medico-Sociaux] spécialisés dans le handicap psychique demandent que la maladie de la personne soit stabilisée, qu'il y ait une observance du traitement et des rendez-vous réguliers avec un psychiatre de référence. Les personnes à la rue et en structure d'hébergement rencontrent des difficultés à se maintenir dans un parcours continu de soins pour des multiples raisons et ça reste un frein à l'entrée en ESSMS. Certaines personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de troubles de la personnalité, qui engendrent des troubles du comportement très importants, n'accèdent pas aux structures médico-sociales. Les seuls endroits où ces personnes trouvent un accueil restent les structures de l'AHJ [d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion] qui tentent de stabiliser ces situations avec des moyens et ressources humaines très limitées. Il s'agit

⁹ Coordination des accueils de jour de l'Isère, *Bilan 2023*, p. 4.

souvent de personnes dans l'incapacité de répondre à leurs besoins quotidiens et pour qui une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne est essentielle. » (Dispositif Alliance – Lyon)

b. Une « priorisation » non acquise pour les personnes handicapées relativement à d'autres « vulnérabilités » ?

De façon générale, **l'offre d'hébergement d'urgence, destinée à accueillir les personnes en situation de grande vulnérabilité par rapport au logement, reste insuffisante pour répondre aux besoins existants**. A titre d'exemple, au 31/12/2021 en Isère, ce sont **1 390 places d'hébergement d'urgence « tout public »**¹⁰ (hors places réservées aux femmes victimes de violence ou hébergements temporaires gérés par des bénévoles) qui sont recensées par le SIAO. Or, une fois que les personnes sont entrées dans le dispositif, la **durée d'hébergement n'est pas limitée** : la fin de la prise en charge ne peut être décidée que si le ménage le souhaite ou si une orientation vers une structure d'hébergement stable ou vers un logement adapté à sa situation lui est proposée. Le parc d'hébergement d'urgence semble donc bien réduit mis en rapport avec les **4 087 ménages distincts qui ont réalisé une demande au 115** pour, justement, un hébergement d'urgence pendant l'année 2022.

C'est cette saturation du système d'hébergement d'urgence qui finit, mécaniquement, par poser la question de la **priorisation des publics à son entrée**, générant ainsi une forte concurrence entre eux. En effet, avec le volume de demandes qui s'accumulent sans pouvoir recevoir de réponse immédiate, il devient inévitable de « critériser les vulnérabilités » pour tenter de déterminer qui sera le plus prioritaire parmi les prioritaires...

Et cette menace qui pèse sur les personnes à la rue de se voir refuser un hébergement au moins pour une nuit provoque chez eux une grande source d'inquiétude et d'angoisse, particulièrement quand, à leur situation déjà instable, s'ajoute le fait qu'ils sont en situation de handicap, et donc encore un peu plus vulnérables que les autres à la rue.

« Parce que j'ai réfléchi. Tous les jours, il faut appeler, pendant une heure : attendre, attendre, attendre. Et après, on souffle quand il y a la place : « Ah c'est bon ! Merci ! » » (M. A)

Dans une note adressée par les services du SIAO de l'Isère aux acteurs de l'hébergement d'urgence du territoire, il est effectivement fait mention des critères de vulnérabilité permettant de prioriser une demande par rapport à une autre. Parmi eux figure bien l'« état de santé dégradé », mais sans que soient apportées plus de précisions sur cette notion.

« A l'exception des femmes victimes de violences, l'orientation vers l'hébergement d'urgence sera déterminée sur la base de critères de vulnérabilités. [...] L'orientation sera priorisée en fonction de la situation de vulnérabilité, du fait de la présence d'enfants en bas âges, d'un état de santé dégradé ou d'une situation de danger avérée. Le 115 basera l'évaluation de ces vulnérabilités à partir des échanges téléphoniques directs avec les demandeurs, les alertes reçues de partenaires, des comptes-rendus des maraudes en convention 115. » (SIAO Isère, Procédure d'orientation en hébergement d'urgence et instauration de la commission Urgence, janvier 2024)

Des professionnels d'autres territoires rapportent le **même manque de finesse dans l'établissement des catégories de vulnérabilités**, en partie dû au fonctionnement des Commissions chargées de statuer sur le niveau de vulnérabilités des ménages demandeurs, qui

¹⁰ Il s'agit d'un stock de places décomptées à un instant T dans le parc d'hébergement, mais pas nécessairement disponibles immédiatement (car occupées).

ne garantissent pas un secret professionnel nécessaire pour entrer dans le détail de chaque situation médicale présentée.

« On a discuté un peu de ça avec le SIAO : il y a une commission Urgence. Donc vulnérables, il y a plusieurs critères, dont la santé. Mais c'est vraiment pas fin du tout : il y a pas besoin de donner un diagnostic, parce qu'on n'est pas dans une commission médicale. [...] On peut pas parler des situations de santé, parce qu'il y a pas de secret professionnel mis en place. C'est pas assez sécurisé pour qu'on en parle. En plus, on ne devrait pas rentrer dans cette spirale de la priorisation. Tout le monde a droit à un hébergement d'urgence : état de santé dégradé ou non. La rue dégrade l'état de santé des personnes. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

Ces notions restées floues créent des situations ubuesques mais pour le moins insupportables, comme celle d'un homme lourdement handicapé – sans jambes et sans bras – n'ayant pas été jugé « assez vulnérable » pour entrer prioritairement en structure :

« Pour vous dire : on a eu un monsieur sortant de soin, il avait pas de jambes à la base ; il a eu un accident – enfin il s'est fait rackets et du coup il a perdu son bras ; et du coup, pas de jambes et un bras en moins, c'était pas encore assez vulnérable pour qu'on puisse lui faire accéder rapidement à une structure d'hébergement. Et du coup, ça a traîné pendant des semaines. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

Dans tous les cas, la **question de la vulnérabilité due au handicap ne résout pas celle du manque d'adaptation généralisée des structures d'hébergement d'urgence**. Donc une personne jugée prioritaire par rapport à une autre en raison de son handicap n'aurait de toute façon pas la certitude d'être orientée sur une place adaptée à sa situation particulière.

« Eh oui, c'est vrai qu'on avait un questionnement sur notre articulation avec le SIAO concernant l'adaptation de l'hébergement aux problématiques de handicap. [...] Et nous, on n'a pas à statuer sur : est-ce qu'elle doit être priorisée ou pas ? Nous, notre question, c'est : comment est-ce qu'on adapte son hébergement ? De travailler justement sur l'adaptation des logements, et pas sur une commission qui se positionne sur un hébergement ou pas. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

Si le système d'accueil ne s'adapte pas aux situations de handicap de ses usagers, les professionnels, eux, essaient de s'adapter au système et établissent des **stratégies visant à contourner les règles établies**, comme ce médecin, anticipant le manque de places adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR), qui préconise aux professionnels qui les accompagnent de ne pas classer en « PMR » des personnes qui ont pourtant des difficultés de déplacement, afin de maximiser leurs chances qu'« on leur bidouille » une solution :

« Il y a peu de places PMR, et au point où – alors c'est une sous-catégorie, mais on a vu la médecin de [nom de la structure], qui nous disait : « Si c'est pas vraiment des PMR mais que c'est juste des gens qui ont des difficultés de déplacement, ne nous les mettez pas PMR. Vous mettez juste qu'ils ont besoin d'un ascenseur, et comme ça on leur bidouille... » Enfin voilà, ils en sont là, quoi : ils en sont à demander à ce que les gens PMR mais qui, par exemple, peuvent se lever de leur fauteuil, on les mette pas PMR parce que sinon ils ont un logement plus tardivement. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

2. ... Produisant une exacerbation des inégalités dans l'accès aux parcours de logement

Pour améliorer **l'accès au droit commun et aux services appropriés** pour les personnes précaires en situation de handicap, il est essentiel de décloisonner les différents secteurs impliqués. Cela implique de **surmonter les barrières entre les services d'urgence sociale et les structures médico-sociales**, donc entre le secteur des partenaires de la précarité et celui du handicap, pour offrir une réponse plus cohérente et adaptée. C'est ce que relève également Médecins du Monde dans son rapport de 2022, qui identifie, « malgré un maillage important de dispositifs destinés aux personnes à la rue (maraudes, accueils de jour, dispositifs d'hébergement, structures médicalisées), trois limites majeures à leur accès aux soins et aux droits : une inadaptation du système médico-social de droit commun, son sous-dimensionnement, et le manque de coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux. »¹¹

Les **difficultés d'orientation** qui découlent de ces barrières disciplinaires génèrent une **conséquence paradoxale** : les personnes les moins autonomes et qui nécessitent les prises en charge les plus lourdes sont celles qui ont finalement le moins de chance de sortir de leur situation d'errance...

a. Un parcours en structures chaotique et sans voie de sortie pour les personnes précaires : la question de l'accès « à un ailleurs » ?

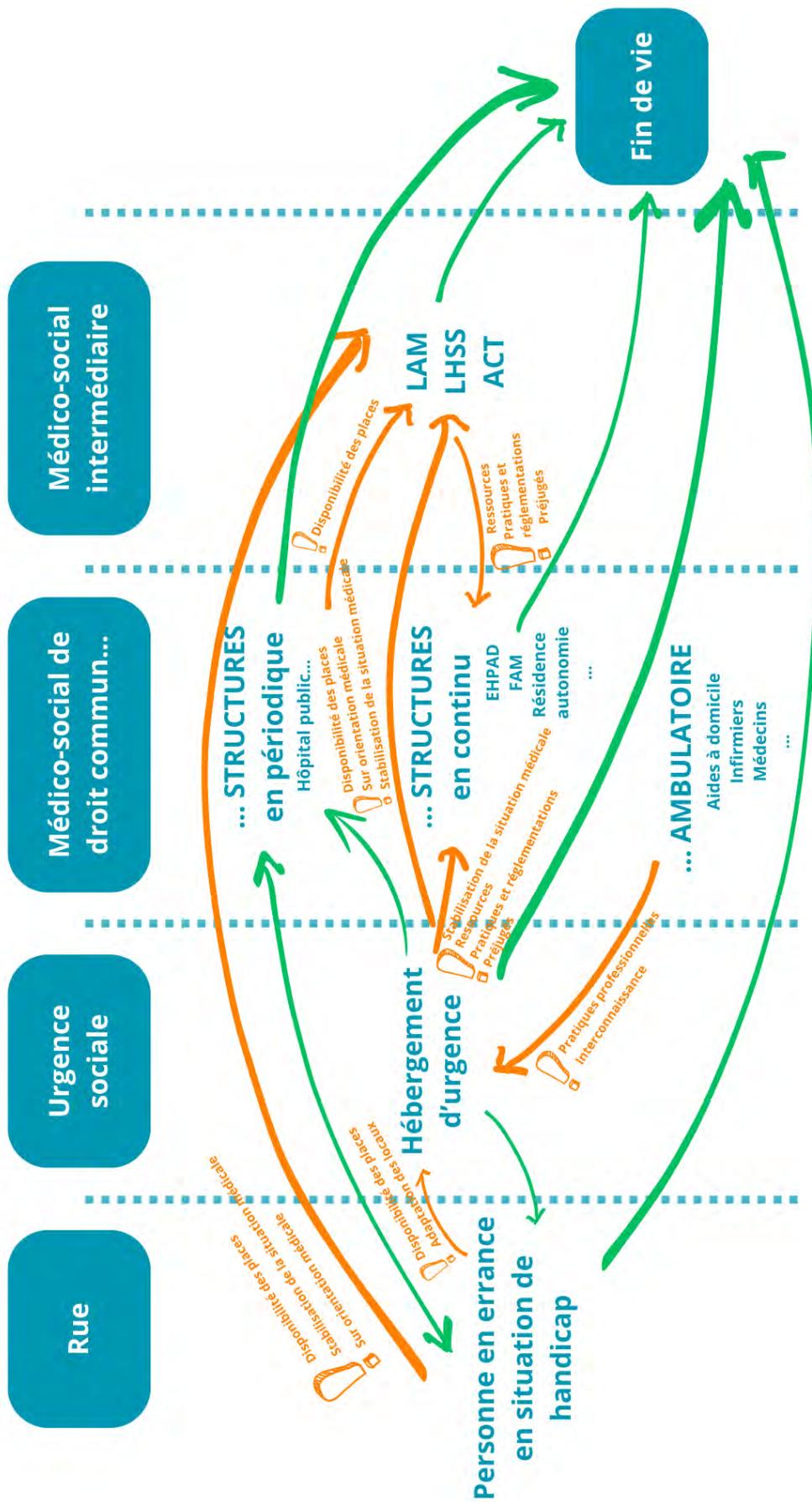
Les professionnels rencontrés lors des entretiens témoignent de la difficulté, pour les personnes privées de domicile personnel, de « circuler » de structure en structure. En effet, si les structures spécialisées dans l'urgence sociale et celles spécialisées dans le handicap existent, **plusieurs obstacles se cumulent sur le parcours des personnes** confrontées à la fois au handicap et à la précarité. Ces difficultés finissent par conduire au fait que certaines personnes restent « coincées » dans des environnements qui ne sont pas capables de répondre à leurs besoins.

Un parcours de structure en structure jonché d'obstacles

Les milieux de l'urgence sociale – habitués à recevoir des personnes en situation de grande précarité – et du médico-social – spécialisées dans l'accueil des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie – ont encore du mal à dialoguer aujourd'hui, et les pratiques en vigueur chez l'un et chez l'autre paraissent scindées, alors qu'elles pourraient se révéler très complémentaires.

L'accompagnement des personnes qui répondent aux critères de prise en charge de ces deux mondes – en situation de handicap et en situation de pauvreté – s'en trouve compliqué, voire le plus souvent impossible.

¹¹ Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France – Rapport 2021, p. 80, disponible en ligne sur : https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf (vu le 12/09/2024).



Des difficultés cumulées dans l'accès au « médico-social ordinaire », particulièrement pour les personnes à la rue

La première difficulté pour parvenir à entrer dans un établissement médico-social est relative à la **situation d'habitat des personnes concernées** : la prise en charge dans le secteur médico-social classique n'aura quasiment jamais lieu pour les personnes « à la rue », dans la mesure où l'évaluation de leur situation médicale et de leur degré d'autonomie y est trop compliquée.

« Nous faisons très peu d'entrées de la rue vers le médico-social. En fait, il est souvent nécessaire que la personne, soit – entre guillemets – un peu stabilisée dans une structure, même si c'est une place provisoire ou quelque chose de provisoire. Il y a de nombreuses démarches administratives à faire et un référent social reste indispensable pour suivre les démarches et préparer une entrée. Pour des personnes qui souffrent de troubles cognitifs et qui ont des difficultés à se repérer dans le temps ou dans l'espace, c'est quasiment impossible de les trouver à un moment précis et les processus d'admission en ESSMS demandent beaucoup de réactivité et de temps de préparation. Mais du coup, ça reste compliqué de travailler de la rue directement... En fait, la marche est trop haute pour travailler vers du médico-social « classique ». » (Dispositif Alliance - Lyon)

En effet, **l'entrée dans un établissement médico-social de droit commun ne peut se faire qu'à la condition d'une stabilisation acquise de la situation médicale des personnes**, qui elle-même suppose d'avoir répondu en amont à plusieurs critères (médecin traitant, diagnostic, suivi régulier en CMP...)

« Mais effectivement, stabiliser une situation médicale est un travail considérable – souvent effectué par les travailleurs sociaux des centres d'hébergement avec des moyens d'action souvent limités. Les équipes mobiles rattachées au Réseau Social Rue Hôpital et les infirmiers coordinateurs des associations sont un réel soutien pour favoriser la reprise d'un suivi médical qui reste un prérequis pour pouvoir déposer un dossier dans le médico-social. C'est déjà un travail de longue haleine. Donc évidemment qu'aux problématiques particulières des publics que l'on accompagne s'ajoutent la saturation des CMP, les limites des hôpitaux et de leurs offres de soins. Tout ça représente déjà des freins pour stabiliser une situation et travailler l'accès au médico-social. On est donc très peu confrontés aux problématiques de disponibilités de places en ESSMS – dans le champ du handicap – même si elles existent, car en réalité on est encore sur le travail en amont consistant à mettre en place ce qui permet le dépôt d'une candidature : accès à un médecin traitant, bilans et évaluations, mise en place d'un suivi administratif et social pour permettre notamment la constitution du dossier MDPH mais aussi un accompagnement global, justifier de soins continus et stables, avoir un engagement du service de référence – en CMP par exemple –, offrir des garanties en cas d'échec, etc... Tout ceci peut prendre des mois et des mois – voire ne jamais aboutir. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Les **personnes privées de domicile personnel** qui ne bénéficient pas d'une place dans une structure d'hébergement d'urgence – donc à la rue, en habitat précaire ou chez des tiers – **cumulent les risques de ne jamais pouvoir intégrer un établissement médico-social même si elles présentent pourtant toutes les caractéristiques pour**. En effet, pour elles, la stabilisation de la situation médicale est peut-être plus incertaine encore que pour celles hébergées en hébergement d'urgence : le **lien de confiance** qui s'établit entre les personnes et le corps médical qui les suit est ici primordial.

« Et quand je suis allé pour faire mon injection, j'ai demandé à mon docteur, et j'ai expliqué toute la situation : que mon oncle allait partir en Géorgie, que j'allais rester tout seul, que je pouvais pas faire la cuisine tout seul, parce que la cuisine commune, elle était trop haute. [...] Donc j'ai expliqué toute cette situation au docteur neurologue. Et il m'a proposé de partir en clinique de réhabilitation quand on trouverait une place pour moi. » (M. A)

Les **conditions de vie insalubres** qu'elles endurent ont nécessairement un impact négatif sur une santé déjà fragilisée. La vie à la rue ou dans des conditions précaires a une probabilité accrue d'aggraver les problèmes de santé déjà existants et peut par ailleurs en provoquer de nouveaux.

« Et avant, quand j'avais les ressources, tous les deux jours, je payais l'hôtel. Et quand j'ai fini l'argent, j'ai été obligé de rester dans un parking. Je dormais dans une voiture. C'était la voiture de mon compatriote. Donc quand j'étais sans 115, sans hôtel, on est partis où ? On est partis sur le parking du McDo, à Gerland. Le grand parking, il est gratuit. J'ai dormi là-bas à peu près 60 nuits. S'il y a la place au 115, j'y vais, sinon le parking. Mais l'hiver, c'était très difficile parce que j'étais avec la veste, ma doudoune. Je me couvrais avec une petite couette que m'avait proposée la Croix-Rouge. [...] J'ai continué encore dans la voiture. De temps en temps je restais aussi... Juste à côté, il y a la Clinique Saint Joseph. Donc j'allais aux urgences. J'avais mal au dos parce que je pouvais pas bouger dans la voiture. Et j'ai dormi comme ça [*mimant l'inclinaison du siège de la voiture*] sur la mousse. Et j'étais comme ça [*en mimant le fait d'être assis sur une chaise*]... Et de temps en temps j'ai dormi comme ça, aux urgences. Parce qu'à l'extérieur il commençait à faire très froid, et j'étais obligé, de temps en temps, de rester là-bas. Dans la voiture aussi, il faisait trop froid. En décembre, en janvier, il faisait vraiment froid. De temps en temps, mon ami m'a proposé sa maison, mais lui, il habitait au deuxième étage, sans ascenseur. Et il devait m'aider en me portant avec les mains, et c'était vraiment vraiment difficile. » (M. A)

En effet, la mobilisation attendue du ménage pour s'occuper de sa santé n'est pas forcément prioritaire parmi l'ensemble des préoccupations et inquiétudes qui pèsent sur sa charge mentale. « Les personnes vivant dans les lieux de vie informels (squats, bidonvilles, campements) vivent dans l'angoisse permanente des expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours de long terme en matière de soins. La recherche incessante de nouveaux lieux de vie est un enjeu prioritaire pour ces personnes, et relègue bien souvent au second plan leur santé et leur accès aux soins qui se limitent alors aux seuls soins urgents. »¹² De fait, suivre un traitement, par exemple, demande une **implication importante du patient**, qui doit penser à prendre tel ou tel médicament à telle ou telle heure de la journée, alors qu'il peut avoir d'autres sujets de préoccupation – s'installer pour dormir, organiser sa sécurité dehors, répondre à ses besoins primaires comme manger ou se laver... – par ailleurs qui l'empêchent d'y penser.

Plus que les autres, **les personnes en errance vis-à-vis du logement** subissent un accès limité aux soins, pourtant absolument nécessaire pour stabiliser leur état de santé. Trouver un médecin traitant est de toute façon une difficulté largement répandue dans la population aujourd'hui, dans des villes où la demande est pressante et l'offre réduite, comme Grenoble. Cette difficulté de recherche est largement accrue pour les personnes à la rue, qui n'ont pas toujours **le temps nécessaire à déployer pour réaliser cette recherche** ou qui n'ont pas toujours le **capital de**

¹² Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France – Rapport 2021, p. 78, disponible en ligne sur : https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf (vu le 12/09/2024).

connaissances nécessaire pour savoir à qui s'adresser. Et si par miracle la personne parvient à trouver un médecin, encore faut-il qu'elle arrive à le conserver dans la durée...

« Et l'accès au droit commun, c'est un premier frein. Il est très difficile, quand on n'a pas de médecin traitant, d'en trouver un... Mais une fois qu'on a trouvé un médecin traitant qui est ok pour prendre un nouveau patient, d'autres difficultés s'ajoutent... Les personnes que l'on accompagne ont la plupart du temps, voir systématiquement, besoin d'être accompagnées aux rendez-vous. Les raisons peuvent être : un problème de mobilité, de repères spatiaux temporels, une incapacité d'expliquer au médecin les raisons de sa venue, une incapacité à faire part de son suivi médical passé ou d'identifier ses douleurs, faire compléter la partie médicale de différents dossiers administratifs, etc... Les médecins généralistes ont très peu de connaissances des spécificités de ce public. Une fois qu'on a levé ce frein-là et trouver, avec difficultés, un accompagnateur mais aussi un véhicule, si besoin, la personne peut ne pas se présenter aux rendez-vous. Les raisons sont souvent multiples et indépendantes de la volonté des personnes car, par exemple, la personne ne se rappelle plus du rendez-vous ou avec qui elle a rendez-vous, elle ne perçoit pas les enjeux ou est prise dans d'autres choses. Il arrive souvent que les personnes en situation de grande précarité ne parviennent pas à déposer la demande au bon endroit et parlent de logement au médecin traitant et de douleurs physiques à l'assistante sociale. Si le rendez-vous est manqué, le médecin peut dire : « Ça fait deux ou trois fois que vous me reprenez un rendez-vous pour une même personne qui ne se présente pas, donc on arrête. » Donc en fait c'est multifactoriel. C'est une addition de difficultés qui fait qu'on n'y arrive pas ou difficilement... Le public de l'urgence sociale a besoin d'un accompagnement bien spécifique car c'est souvent le parcours du combattant. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Or qui dit absence de médecin traitant dit bien souvent absence de diagnostics ou d'évaluation de l'autonomie... Les **bilans de santé inachevés sont légion chez les personnes en situation d'errance**, d'autant plus si la barrière de la langue s'ajoute dans les freins cumulés. Et si, par chance, les personnes en situation d'errance parviennent à trouver une structure de soins pour leur suivi médical, il n'est pas dit que le suivi qu'elles y trouvent soit de qualité, compte tenu de la **saturation du secteur et du manque de personnels** disponibles.

Enfin, elles subissent les **failles de la chaîne d'accompagnement et de soutien dans la santé**, qui reste insuffisante. D'abord, elles sont nombreuses à ne pas être accompagnées par un référent social, qui pourrait pourtant les orienter vers les services adéquats. Ensuite, les services de soutien existants – particulièrement les équipes mobiles d'aller-vers – peinent à répondre à tous et n'apportent souvent pas de solution immédiate, mais plutôt une orientation vers d'autres professionnels, auxquels la personne devra ensuite s'adresser.

« Avec les équipes mobiles, Interface SDF, l'Equipe mobile addiction précarité, l'EMSP, etc., on a quand même des moyens existants sur le territoire, ce que des petites communes n'ont pas forcement. » (Dispositif Alliance - Lyon)

« Sur le territoire, il y a des équipes d'aller-vers – type Interface SDF qui est équipe mobile de psy précarité, ou encore l'ESSIP qui fait des soins infirmiers pour les personnes en situation de grande précarité, le MSP aussi, et la PASS Mobile. Donc il y a pas mal d'équipes d'aller-vers qui font ce travail-là. » (Un-e professionnel·le Référent parcours)

Le « médico-social intermédiaire » pour contourner ces difficultés

La seconde difficulté, et pas des moindres, à laquelle se frottent les personnes en situation de précarité, quel que soit leur statut vis-à-vis du logement, concerne les **ressources exigées pour entrer dans un établissement médico-social de droit commun.**

« Mais on se casse les dents sur la réorientation dans le droit commun parce que c'est des gens qui ont probablement pas de ressources pour y accéder. Parce qu'en fait, il s'agit même pas des droits au séjour, en fait. Parce que finalement on n'a pas besoin d'avoir un droit au séjour pour accéder au médico-social, mais on a besoin de ressources. [...] Les EHPAD, les FAM, les MAS en fait. En fait c'est juste une question de financements, parce que la personne qui n'a pas de droit au séjour, elle pourrait y accéder quand même, finalement. » (Un-e professionnel·le Référent parcours)

Pour contourner cette condition qui écarte la très grande majorité des personnes privées de domicile personnel, des **dispositifs spécifiques** ont petit à petit vu le jour. Ces **dispositifs sont inconditionnels et peuvent accueillir des personnes sans conditions de ressource ou de situation administrative** et proposent aux personnes accueillies à la fois un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique adapté et un accompagnement psycho-social. Il s'agit des Lits Haltes Soins Santé (LHSS), des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

« Les LAM, volet social, c'est sans condition de ressources. Sur les LAM, les LHSS et les ACT, dans la législation, c'est sans condition vis-à-vis du droit au séjour, des ressources... C'est une enveloppe globale qu'on donne aux structures. [...] Les trois dispositifs sont destinés à des gens qui n'arrivent pas à être orientés dans les autres dispositifs. » (Un-e professionnel·le Référent parcours)

Une condition requise est cependant que l'entrée en LAM, LHSS ou LCT se fait **obligatoirement sur orientation médicale**.

Quels sont les dispositifs de l'urgence sociale les plus adaptés aux personnes handicapées ?

Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et Appartements de Coordination Thérapeutique sont des établissements médico-sociaux de soins résidentiels destinés aux personnes sans domicile personnel et ayant besoin de soins à domicile.

Ces dispositifs sont **inconditionnels** et peuvent accueillir des **personnes sans conditions de ressources** ou **de situation administrative** et proposent aux personnes un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique adapté et un accompagnement psycho-social.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) accueillent des 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. Ces dispositifs ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois maximum, renouvelable. Les LHSS peuvent être mobilisés, à titre d'exemple, pour les personnes qui, en sortie d'hospitalisation ont besoin de soins infirmiers et paramédicaux qu'ils/elles ne peuvent recevoir à domicile faute de domicile personnel.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) accueillent des 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, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Les LAM n'ont pas de durée prévisionnelle de séjour.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) proposent un hébergement à titre tempo- raire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils permettent d'assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et visent à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. L'admission en ACT est soumise à un diagnostic médical faisant état d'une pathologie déterminée. L'admission en ACT n'est pas soumise à des conditions de régularité vis-à-vis du droit au séjour **cependant, le modèle économique des ACT prévoit le paiement d'une participation financière** par les personnes, **ce qui peut freiner l'admission des personnes sans aucune ressource dans ces dispositifs.**

L'admission en LAM, LHSS ou ACT est conditionnée à une orientation médicale et les demandes doivent être adressées aux établissements concernés.

Des exigences administratives qui freinent l'accès à « un ailleurs » et « coincent » des personnes dans des structures non adaptées à leurs besoins, générant des files d'attente de plus en plus longues à l'entrée...

On l'a vu, le **parcours d'hébergement** et de logement des personnes cumulant situation de handicap et précarité est **jonché de difficultés**, notamment parce qu'il suppose que **la situation médicale de la personne soit stabilisée**, ce qui pose problème dans des parcours de vie fracturés.

« Les situations de santé non stabilisées restent un point de blocage important. On rencontre souvent des situations qui ne sont pas évaluées – donc s'il y a une rupture dans les parcours de soins, s'il n'y a pas d'évaluation globale de la santé de la personne, avec des diagnostics ou un degré d'autonomie évalué par un professionnel, l'orientation ne pourra pas aboutir. Parfois, il n'y a pas du tout de médecin traitant. Ou des bilans de santé qui sont non finalisés, donc qui ont été entamés, mais qui, pour plein de raisons, ne se sont pas terminés, avec des difficultés d'accès aux services hospitaliers, une barrière de la langue... Ce qui fait que la situation médicale n'est pas suffisamment stable. Et donc ça ne permet pas de remplir un des critères fondamentaux pour présenter une candidature, à savoir un certificat médical complet. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Parfois, en attendant une solution plus adaptée à leur situation de handicap, certains font des **séjours prolongés à l'hôpital public**, qui les prend en charge plus longtemps que prévu pour leur **donner le temps nécessaire à organiser leur sortie**. Mais quand les solutions de sortie manquent, alors la durée du séjour se prolonge indéfiniment dans un environnement qui devient inadapté à la situation des personnes. Initialement prises en charge pour un problème de santé – d'ailleurs pas nécessairement lié à leur handicap – elles y restent plus longtemps, justement en raison de leur handicap, qui empêche qu'elles soient rejetées à la rue sans solution d'hébergement. Mais comme les solutions de mise à l'abri, parfois, n'existent pas ou ne sont pas disponibles au moment opportun, alors elles restent à l'hôpital où elles transitent de service en service en attendant qu'« un ailleurs » se libère.

« Par exemple, nous, en ce moment, en sortie d'hospitalier, on est sollicités par des personnes qui restent plus longuement à l'hôpital parce qu'ils sont en situation de handicap, qu'ils ont des soins, etc., mais qui relèvent pas de LHSS pour X raisons. Je me rappelle d'une situation l'été dernier, qui était un peu criante. Et, nous, on se dit – parce qu'il y a pas mal d'étayage d'équipes mobiles – qu'on peut être réactifs sur les soins de la personne hors hospitalier. Bon, là, la personne était restée 7 mois à l'hôpital alors qu'elle en relevait plus... Enfin bon. L'hôpital était au bout de ce qu'il pouvait faire, avec une personne qui avait des gros troubles du comportement, aussi, et qui mettait un peu en difficulté les équipes. Et du coup, l'orientation en hébergement aurait pu se faire avec un étayage soins, pour une personne qui avait un handicap physique, mais on n'a jamais pu trouver un hébergement. C'est-à-dire que la personne, moi, je l'ai renvoyée sur un autre service d'urgence hospitalière. Alors qu'on pouvait tout mettre en place au niveau équipes mobiles de soins, etc. : il y avait pas trop de soucis à ce niveau-là, mais on n'a jamais pu trouver un hébergement. Donc je l'ai renvoyée sur un autre service hospitalier... Je me suis fait hurler dessus [*rires*]. Voilà. La personne, elle a fait des semaines de l'autre côté, sur un autre hôpital. Du coup, il a passé des mois à l'hôpital faute d'hébergement d'urgence... » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

Pour certains publics qui cumulent des problématiques particulières, les « ailleurs » peuvent se révéler carrément inenvisageables. C'est notamment le cas de tous ceux pour qui les **dossiers administratifs ne sont pas stabilisés**, pour des raisons variées : certains parce que le certificat du psychiatre peine à arriver, d'autres parce que leur situation administrative complexe ne leur ouvre que peu – voire pas – de droits.

« Parfois avant même de pouvoir faire des dossiers d'orientations, il y a à restaurer ou ouvrir des droits de base. C'est notamment le cas pour les dossiers et les ouvertures de droits au séjour qui prennent beaucoup temps. Alors quand la personne accepte d'aller vers du soin, on sait aussi que cela va demander du temps et peut-être plusieurs rendez-vous pour faire remplir l'ensemble des certificats médicaux. » (Dispositif Alliance - Lyon).

Dans des parcours où la part du travail administratif est conséquente, une **situation administrative complexe bloque facilement l'ensemble** de la « chaîne des possibles » en matière d'hébergement adapté au handicap. Les **personnes sans droit ni titre** sont particulièrement touchées par ce manque « d'ailleurs » possibles, ce manque de solutions de sortie après avoir transité notamment dans des établissements du médico-social intermédiaire. Or les places en établissements médico-sociaux intermédiaires ne sont pas légion, et le fait que certaines personnes qui y rentrent n'aient aucune solution pour en sortir crée inévitablement des bouchons et des **files d'attente qui s'allongent à l'entrée**.

« Là où on a des difficultés sur la question du handicap, c'est pour les personnes qui ont pas de droits au séjour, ou qui ont pas de ressources pour accéder aux dispositifs spécialisés, ou même pour accéder à une PCH, pour accéder à un étayage. Du coup, on a quand même des structures type LAM, LHSS, ACT sur le territoire, mais c'est quand même relativement saturé, et surtout on a du mal à faire accéder à un ailleurs après, dans les suites. C'est pour ça aussi que c'est saturé, c'est-à-dire que comme les personnes n'ont pas les ressources pour accéder à un ailleurs, on est en difficulté avec des gens qui ont des gros handicaps ou des grosses pathologies, soit qui n'ont pas accès au LAM et qui sont sur liste d'attente et qui meurent dans des centres d'hébergement non adaptés, soit qui restent en LAM toute leur vie faute de mieux. Et là, on est en difficulté parce qu'ils sont pas au bon endroit, et que c'est pas satisfaisant. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

C'est ainsi que **des personnes restent coincées dans des structures qui ne sont pas adaptées à leurs besoins, par défaut**, faute d'avoir les papiers nécessaires qui leur permettraient d'évoluer dans leur parcours de soins. La **non-régularisation des personnes en situation administrative complexe est en partie à l'origine de l'engorgement des structures intermédiaires** – seules possibilités d'hébergement gérant leur handicap pour des personnes sans domicile d'une part et sans droit ni titre d'autre part – qui devraient être des tremplins vers une prise en charge plus pérenne et adaptée, pourquoi pas dans le droit commun.

« Mais quand les recours ont été épuisés, on a beau faire appel à... on se dit : « Peut-être que la Préfecture pourrait régulariser leur situation dont la santé est critique : ça nous permettrait d'accéder à un ailleurs dans le droit commun. » Mais enfin bon, ça marche pas, quoi. Et donc c'est des gens qui restent en LAM faute de médico-social ordinaire. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

C'est par exemple le cas pour cette jeune femme, sans droit ni titre, et placée en LHSS depuis un an et demi, quand la durée de séjour dans cette structure ne devrait théoriquement pas excéder deux mois, bien qu'elle « reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie. »¹³ Cette durée théorique d'accueil en LHSS explique le fait que le *turn over* des personnes accueillies soit important. Or dans le cas de cette jeune femme porteuse d'un handicap mental, ce qui la rend d'autant plus vulnérable, ce roulement permanent s'avère déstabilisant et potentiellement dangereux, et vient s'ajouter au fait que l'accompagnement de ce lieu ne soit de toute façon pas adapté à son handicap. Cependant, fatalistes, les professionnels précisent que « pour autant, elle est au meilleur endroit au regard de sa situation administrative. En hébergement d'urgence, ce serait encore plus difficile pour elle. »

« Par exemple, la situation d'une personne avec un handicap mental lourd. Et du coup, le LHSS est vraiment pas adapté à sa situation. C'est une jeune personne qui a besoin d'activités de type occupationnel, en tout cas qui a besoin de faire des choses, et le LHSS n'arrive pas à s'adapter à ses besoins... Par exemple, typiquement, cette personne, on n'arrive pas du tout à lui faire accéder à un ailleurs. Et on n'est pas du tout satisfaits de son accompagnement en LHSS. Pour autant, elle est au meilleur endroit au regard de sa situation administrative. En hébergement d'urgence, ce serait encore plus difficile pour elle. Mais voilà. Moi je pense que ça va durer encore... Elle, particulièrement, parce que pour le coup, avec son handicap mental, elle est encore plus vulnérable dans ce lieu. Mais il y en a pas mal d'autres qui ont des situations bloquées au niveau administratif et qui relèveraient d'un FAM ou d'une MAS, et qui restent en LAM, ou qu'on accepte en LHSS parce qu'on se dit qu'en fait ils vont aller où, sinon ? Alors que c'est plutôt du handicap que des profils LHSS quoi. Ça, c'est plutôt dans le médico-social intermédiaire qu'on a ce type de situations. » (Un·e professionnel·le Référent parcours)

L'ultime « ailleurs » : l'accompagnement de la fin de vie des personnes en précarité

Traiter des « ailleurs » possibles pour les personnes en situation de handicap lourd et/ou de perte d'autonomie, c'est également s'arrêter sur leur « ultime ailleurs » avec la question de l'accompagnement lié à leur fin de vie.

Cet enjeu de **l'accompagnement de la fin de vie des personnes handicapées et précaires** est finalement assez peu ressorti lors des entretiens, et pour cause : « le vieillissement, la fin de vie

¹³ Cerema, « Lit Halte Soins Santé », disponible en ligne sur : https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/15_fiche_pratique-les_lits_halte_soins_sante_lhss_-_mai_2021_cle787939.pdf (vu le 12/09/2024).

ou la mort sont des sujets tabous dans notre société, et ce d'autant plus dans le champ du social, dans lequel les professionnels sont formés pour accompagner les personnes vers l'autonomie, le mieux-être ou l'insertion. »¹⁴ Pourtant, cet **accompagnement spécifique et quasi inévitable pose des questions éthiques**, des questions **humaines** et des questions **institutionnelles**, sur lesquelles il faut avoir réfléchi en amont pour que la dignité et les volontés de la personne soient prises en compte jusqu'au bout.

« Sur l'accompagnement en fin de vie, ça pose des questions éthiques, des questions humaines et institutionnelles. Comment on arrive à ne pas mettre à mal les professionnels dans cet accompagnement. » (Groupement des Possibles)

L'accompagnement de fin de vie et de la perte d'autonomie vient donc bousculer les finalités de l'accompagnement social pour les professionnels.

Parmi d'autres¹⁵, l'une des questions à trancher est en effet qu'un salarié, par exemple, puisse être ou non désigné comme « personne de confiance » d'une personne qu'il accompagne. Ainsi, il peut arriver que « l'isolement d'un côté et la construction de liens relationnels forts de l'autre condui[sent] à ce qu'un salarié soit désigné par un résidant afin d'endosser la responsabilité de personne de confiance. »¹⁶ Dans ce cas, « si les professionnel.le.s acceptent, ce mandat sort du cadre professionnel : ils/elles peuvent être appelé.e.s sur leur temps personnel, de congés... et restent personne de confiance si ils/elles changent de poste. Certaines structures du social et du médico-social l'interdisent à leurs salarié.e.s et d'autres leur laissent le choix individuel d'accepter ou non. Il en est de même pour l'accompagnement de fin de vie, lorsque les personnes accompagnées sont à l'hôpital, dans la majorité des structures, l'accompagnement continue à l'extérieur mais cet élément ne fait pas partie des fiches de poste et des missions initiales des travailleur.euse.s sociaux.ales. »¹⁷

« Après, on se pose aussi la question de l'accompagnement en fin de vie : comment c'est pris en considération ? Comment les professionnels peuvent être formés à ça ? Et comment ça pose plein de questions dans nos institutions sur : jusqu'où on va ? La plateforme ViP, elle a fait tout un travail sur la question des directives anticipées, sur la loi sur la fin de vie. Ils ont fait tout un travail sur les questions que ça pose : par exemple la personne de confiance. Est-ce qu'un salarié peut être personne de confiance quand il est sollicité par un résident ? Si oui, qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que l'institution, elle accompagne ça ? » (Le Groupement des Possibles)

¹⁴ Plateforme ViP, vidéo de présentation, en ligne sur : <https://plateforme-vip.org/> (vu le 12/09/2024).

¹⁵ Pour un tour d'horizons des enjeux qui se posent, voir : HAS, Recommander les bonnes pratiques – LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, 2020, p. 60-65, disponible en ligne sur : [Microsoft Word - Recommandation LHSS LAM ACT 08122020](https://plateforme-vip.org/wp-content/uploads/2020/08/RelaisOzanam-OiseauBleu-IFTS-Rapport-de-recherche-action-GRAS2019-Mis-en-page.pdf) (vu le 12/11/2024).

¹⁶ Le Groupement des Possibles, *Les vieux précaires, on en fait quoi ? Bien vieillir et finir sa vie en pension de famille*, 2019, p. 102, disponible en ligne sur : <https://plateforme-vip.org/wp-content/uploads/2020/08/RelaisOzanam-OiseauBleu-IFTS-Rapport-de-recherche-action-GRAS2019-Mis-en-page.pdf> (vu le 12/09/2024).

¹⁷ Plateforme ViP, *Fin de vie. Paroles et besoins des personnes précaires*, 2023, p. 6, disponible en ligne sur : https://plateforme-vip.org/wp-content/uploads/2023/11/Paroles-et-Besoins-des-personnes-precaires_debat-fin-de-vie_ViP_avril2023.pdf (vu le 12/09/2024).

La Plateforme Vieillessement et Précarité (ViP) portée par le Groupement des Possibles (Grenoble)

<https://plateforme-vip.org/>

Conscient que le **vieillessement est un phénomène d'ampleur** à prendre en compte dans ses structures d'hébergement et de logement et dans ses modalités d'accompagnement, le Groupement des Possibles s'est saisi de cette question au travers de sa **plateforme ViP** (Vieillessement et Précarité), née en 2020. Cette plateforme – par la coordination des acteurs, leur sensibilisation et leur formation – vise avant tout à **assurer un accompagnement digne des personnes en situation de précarité dans leur vieillissement et jusque dans leur fin de vie.**

La plateforme s'adresse à l'ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social, sanitaire, gérontologique ou encore funéraire concernés par les questions de précarité, de vieillissement, de fin de vie, de mort ou de deuil, pour :

- développer une meilleure prise en compte des enjeux dans les réponses et les politiques publiques,
- permettre un accompagnement digne des personnes en situation de précarité.

Pour cela, la Plateforme ViP travaille sur :

- **Un accompagnement des structures** de l'AHIL (Accueil Hébergement Insertion et Logement) : formation des professionnel·les, accompagnement internes de structures (évolution des projets d'établissement, prise en compte des enjeux...), ateliers en direct du public, webinaires... Et en miroir développe récemment un accompagnement des structures gérontologiques et santé sur l'accueil de personnes précaires.
- **La création d'outils et supports** pour parler plus facilement de ces sujets : <https://plateforme-vip.org/ressources-2/>
- **Changer le regard de la société** : fait connaître les problématiques spécifiques des personnes précaires en perte d'autonomie et autour de la mort et du deuil : festival la mort vivante, pièce de théâtre et exposition sur les vécus de deuil (<https://plateforme-vip.org/actualites/ils-et-elles-temoignent/>)

La plateforme propose en effet de nombreuses ressources (études, guides, outils) mises à disposition sur son site internet (<https://plateforme-vip.org/ressources-2/>) et qui peuvent intéresser nombre d'entre nous, des personnes concernées aux professionnels de terrain (des secteurs social, médicosocial, sanitaire, gérontologique, funéraire) en passant par les bénévoles des associations.

Destinés aux professionnels, des « 12-14 » – webinaires sur le temps du midi – sont organisés régulièrement sur des thématiques diverses, bien que toutes liées au sujet du vieillissement des personnes en situation de précarité.

La plateforme ViP est également à l'origine d'ateliers avec les personnes concernées par les sujets du vieillissement et de la mort, comme ça a par exemple été le cas avec le projet « photos témoignages » menée en 2023. « Lors des rencontres « Pas sans nous ! », deux ateliers sur le deuil ont été proposés. Il en est ressorti le manque d'espaces pour les endeuillé·e·s en situation de précarité et l'invisibilité, la non-reconnaissance voire le mépris de leurs deuils. »¹⁸

Et à destination de tous, elle organise enfin des événements, comme en juin 2024 le « Festival de la Mort Vivante », visant à penser et à échanger autour de la mort, de la fin de vie et du deuil.

¹⁸ Plateforme ViP, *Rapport d'activité 2023*, p. 13, disponible en ligne sur : https://plateforme-vip.org/wp-content/uploads/2024/06/Rapport-dactivite-ViP_2023.pdf (vu le 13/09/2024).

b. Faire entrer l'« adaptation au handicap » dans le secteur de l'AHI et des partenaires de la précarité pour répondre aux besoins spécifiques et permettre le maintien dans ces structures

L'une des premières solutions d'hébergement pour les personnes privées de domicile personnel est de faire appel aux **structures d'hébergement d'urgence**. Cependant, si ces structures de l'urgence sociale sont souvent **bien adaptées pour répondre aux besoins immédiats des personnes précaires, elles sont rarement conçues pour offrir des soins de santé adéquats**. Leur rôle est principalement de fournir un abri, de la nourriture et un soutien de base, ce qui est crucial mais insuffisant pour répondre aux besoins médicaux complexes des personnes en situation de handicap.

« Après, il y a d'autres sujets qui nous remontent et où on est plus en difficulté : [...] comment on accompagne les gens là où ils sont. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

La diffusion nécessaire d'une culture commune du handicap...

On l'a vu, les trajectoires en structures, dans le cadre du parcours de soins des personnes en situation de handicap et privées de domicile personnel, sont chaotiques et parfois même complètement bloquées. Sortir de ces parcours à impasses régulières demande aux professionnels non experts du handicap et appartenant plutôt au monde de l'urgence sociale de développer leurs connaissances dans ce domaine, que ce soit en matière de droit du handicap, d'interconnaissance des acteurs intervenant dans ce champ ou de montage de dossiers administratifs complexes et bien spécifiques.

« Par exemple entre le sanitaire, une pathologie aiguë, une pathologie chronique, une perte d'autonomie – et du médico-social : ce n'est pas toujours si simple de faire la différence lorsque l'on travaille dans le champ de l'hébergement... » (Dispositif Alliance – Lyon)

« Les champs du handicap et du médico-social sont complexes. Il y a parfois besoin d'avoir des connaissances spécifiques dans certains domaines au niveau technique : connaître les contenus des dossiers, les ouvertures de droits et d'accès aux prestations, possibles, et donc on rencontre souvent des situations où certaines demandes n'ont pas été formulées – des dossiers qui ne sont pas faits, une méconnaissance du droit à la compensation du handicap qui n'est pas connu ou mal connu du travailleur social ou de la structure –, où les structures ne sont pas connues. » (Dispositif Alliance - Lyon)

« Ça peut être aussi une difficulté à penser le bon projet parce que comprendre le champ des possibles dans le médico-social, c'est pas si simple que ça, c'est pas si lisible. Il y a aussi la question des délais de traitement des dossiers et ouverture de droits. [...] On estime que c'est un point de blocage qui relève, presque, de l'outil... de remplir un dossier, le bon dossier – pourquoi ce dossier-là, etc. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Il n'est en effet pas toujours simple de savoir définir précisément les contours de chaque notion : quels sont les cas qui, par exemple, relèveraient d'une prise en charge par un établissement médico-social et quels sont ceux qui n'en relèveraient pas ?

Or ces notions sont importantes pour aiguiller le parcours des personnes vers le type de prise en charge le plus adéquat pour elles. **Sans bonnes notions en la matière, les aiguillages peuvent rapidement dérailler et mener à de mauvais réflexes ou à de mauvais choix, involontaires, de la part des professionnels de terrain** : soit freiner une orientation qui, pourtant, s'avèrerait nécessaire, soit au contraire orienter la personne vers un établissement non adapté à sa situation...

Dans le premier cas, les personnes **sont maintenues en hébergement d'urgence alors qu'elles relèveraient du médico-social**, parce que le professionnel a peur de réduire à néant l'accompagnement social réalisé depuis longtemps, parfois depuis des années, avec la personne. Dans ce cas, l'orientation est vécue comme une rupture dans le suivi social de la personne.

« On sait que certaines situations ont mis du temps à se stabiliser dans l'hébergement. Et on voit bien que parfois il peut y avoir une « peur », une appréhension du travailleur social ou de la structure à travailler un projet d'« ailleurs ». Il y a une « peur » de mettre en échec des années de travail et de voir la situation dégringoler. Et donc on voit qu'il n'est pas toujours évident de repérer les situations qui pourraient relever du médico-social. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Dans le second cas, au contraire, les **personnes subissent des déracinements non nécessaires générés par une orientation vers un établissement médico-social dont elles ne relèvent pas**. L'idéal est toujours, tant que la situation le permet, que le maintien « à domicile » puisse se faire le plus longtemps possible, même si l'on se place dans le cadre de l'hébergement d'urgence, où, de toute façon, les gens restent longtemps.

« Je veux dire : les gens, ils restent, dans l'hébergement d'urgence ; on n'est pas dans un hébergement à la nuitée. Donc il faut accompagner les gens là où ils sont. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

Une orientation précipitée revient à sortir la personne de son environnement et de son lieu de vie habituels pour une période plus ou moins définie, et pour un nouvel environnement pas forcément adapté à sa situation...

« Alliance a pu être interpellé par exemple pour une dame, Madame X, atteinte d'un cancer, en cours de traitement. Pendant ses soins, Madame X aura une autonomie diminuée mais temporairement. Les travailleurs sociaux nous ont demandé de travailler une orientation dans le médico-social. A ce moment, on est plutôt sur une pathologie chronique en cours de traitement avec potentiellement la récupération de son autonomie, Madame ne relevait pas d'une orientation en établissement médico-social de type handicap. Mais madame aurait pu relever d'un LHSS ou d'un SSR. Donc : la différence entre sanitaire, médico-social, avoir un handicap, se consolider avec un handicap, être dépendant... C'est pas des termes qui sont si simples que ça. Or on voit bien que tout ça, derrière, détermine le type d'établissement ou le type de prise en charge auxquels on pourrait penser. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Cela pose également la question de la façon dont les professionnels de l'urgence sociale envisagent la situation des personnes qu'ils accompagnent en hébergement d'urgence. Les

orientations « mal aiguillées » vers le médico-social se font souvent au détriment de la personne elle-même, mais parce que les professionnels de l'urgence sociale peuvent se sentir dépassés par la gestion de situations de handicap.

« Il ne faut pas oublier que pour les personnes qu'on accompagne, le centre d'hébergement c'est leur lieu de vie, leur domicile à eux - entre guillemets. Et effectivement, si on prenait l'exemple d'une personne atteinte d'un cancer vivant dans un domicile classique en première intention, on ne penserait pas à la changer de domicile si un étayage à domicile était possible. Mais dans le champ de l'hébergement, c'est plus compliqué d'accompagner des personnes en perte d'autonomie temporairement ou non, et avec des gros soins. Alors parfois, la première solution qui vient, c'est changer de lieu de vie. » (Dispositif Alliance – Lyon)

Et en effet, les pratiques du monde du handicap sont encore balbutiantes dans celui de l'urgence sociale, alors que, parfois, elles permettraient de maintenir les personnes dans leur lieu de vie habituel, plutôt que de leur faire subir des changements d'habitat réguliers. Des « étayages » issus du droit commun sont possibles directement dans les structures d'hébergement d'urgence – comme par exemple le fait de faire intervenir des aides à domicile ou d'instaurer un SAVS ou un SAMSAH directement en structures – mais encore peu pratiqués par les professionnels du social. D'autant que tout ce qui aura pu être mis en place dans la structure d'hébergement pourra éventuellement suivre la personne dans son logement futur : autant de temps de gagné pour l'avenir.

« Donc nous, généralement, ce qu'on fait, c'est qu'on aide à mettre en place un étayage. Donc on va essayer de travailler sur la mise en place de l'étayage au sein de la structure pour travailler le maintien, et ensuite, normalement, si l'étayage a bien été mis en place, il peut suivre dans son logement. Ça peut être le SAVS, ou le SAMSAH, avec les auxiliaires de vie, tout ça balisé par un plan d'aides. En fait, ce qui a été mis en place dans le centre d'hébergement peut être transposé au domicile. » (Dispositif Alliance - Lyon)

« En fait, l'hébergement d'urgence n'a pas forcément l'habitude – enfin peut-être que ça commence à venir – de faire venir des aides à domicile par exemple dans les murs, ou de la PCH. Et c'est ça aussi que fait Alliance auprès des travailleurs sociaux, c'est que dans un premier temps, les personnes ne vont pas être réorientées dans un dispositif... Donc en attendant qu'elles soient réorientées – ou pas d'ailleurs – il peut y avoir des étayages qui sont mis en place en centre d'hébergement. Et ça, c'est pas acquis non plus de la part des travailleurs sociaux, qui se disent : « Nous, on le fait déjà, ce travail d'accompagnement des gens. » Mais non, ils font pas l'accompagnement spécifique en lien avec le handicap de la personne. Donc du coup, c'est aussi de faire émerger le fait de faire venir le droit commun en hébergement. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

Toutes ces difficultés font que les **structures d'hébergement**, pourtant conscientes des lacunes qu'elles connaissent en matière d'accueil de personnes en situation de handicap, se trouvent rapidement **démunies pour les accueillir**. Et ce sentiment peut, *in fine*, conduire à la stigmatisation de ce public, que l'on préfère ne plus accueillir du tout, faute de pouvoir l'accueillir dignement et dans de bonnes conditions...

« Et en effet, les structures d'hébergement, on voit bien qu'elles se questionnent toutes, parce qu'elles se sentent parfois en manquement dans leur accueil. Et des fois, certaines structures préfèrent dire : « Non on ne peut pas accueillir on n'a pas les moyens. » » (Dispositif Alliance - Lyon)

... Mais des équipements qui restent de toute façon inadaptés et des équipes sous-dotées en plus d'être non spécialisées

A la difficulté d'une culture et de pratiques propres au monde du handicap qui arrivent encore difficilement à s'immiscer dans celui de l'urgence sociale, s'ajoute celle de **l'inadaptation encore étendue des locaux et des bâtis**.

« Parce qu'au foyer, ma chambre était pas adaptée. Les toilettes étaient pas adaptées. La salle de douche était commune. La cuisine était commune. » (M. A)

En France, **la loi impose pourtant des exigences spécifiques pour l'accessibilité des établissements recevant du public (ERP)**, y compris pour les hôtels et autres structures d'hébergement. Bien que ces exigences soient encore assez restreintes dans la mesure où elles restent cantonnées à l'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR), elles sont peu respectées par les structures de l'AHJ généralement peu – ou pas – adaptées aux personnes porteuses d'une déficience motrice.

Bien que les **besoins en places d'hébergement « adaptées PMR » soient « criants »**, l'offre, elle, est **peu fournie**, avec des mises à l'abri rendues impossibles par l'indisponibilité des rares places existantes.

« La question du handicap physique, c'est vraiment particulièrement criant sur notre territoire – et peut-être ailleurs aussi ? – : pour les places pour les personnes avec handicap physique, il y a zéro place, avec zéro solution de mise à l'abri : trois ans d'attente pour une place PMR. Voilà : avec des gens en fauteuil roulant dans la rue, on a zéro solution, quoi. Sur le volet hébergement, la question du handicap physique est très préoccupante. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

« A notre connaissance, il y a peu d'hébergement PMR. Et lorsqu'il y a des ascenseurs, il y a souvent une possibilité qu'ils tombent en panne. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Les obstacles que les personnes en situation de handicap moteur ou sensoriel sont susceptibles de rencontrer dans les structures d'hébergement d'urgence sont principalement de deux ordres :

- « **Le manque d'adaptation du cadre bâti** : présence d'escaliers, absence ou dysfonctionnement des ascenseurs, locaux trop exigus pour le passage d'un fauteuil roulant, chemin d'accès aux dispositifs AHJ inadapté, peu d'adaptation des locaux aux personnes présentant des déficiences sensorielles ;
- **l'inadaptation de certaines règles ou fonctionnements** aux personnes présentant des déficiences : difficulté à se rendre par ses propres moyens sur les sites proposés par le 115, la temporalité imposée par les dispositifs AHJ est parfois inadéquate (difficulté à arriver à l'heure aux rendez-vous, nécessité d'avoir plus de temps pour prendre ses douches), l'organisation et le fonctionnement peuvent également constituer une entrave (les files d'attente par exemple). »¹⁹

En effet, les professionnels interrogés témoignent des nombreux obstacles auxquels sont régulièrement confrontées les personnes en situation de handicap moteur dans les structures

¹⁹ Rapport d'enquête rédigé par Aurélien Carotenuto-Garo, *Les déficiences motrices et/ou sensorielles et le recours aux dispositifs de l'urgence sociale pour les populations sans-domicile de Paris*, octobre 2020, p. 49.

d'hébergement, y compris dans celles qui sont théoriquement équipées : par exemple, **les ascenseurs ont beau être bien présents, il n'est pas rare qu'ils soient inutilisables car en panne**. Cela crée des situations inadmissibles de personnes qui, ne pouvant rejoindre leur chambre, sont réduites à dormir « sur un lit de camp » dans des pièces non prévues à cet effet – comme peut l'être un vestiaire... L'inadaptation « de fait » crée ainsi des situations d'hébergement indignes pour les personnes en situation de handicap.

« Quand il y a un ascenseur, souvent il tombe en panne. Donc une personne qui est en fauteuil roulant, amputée des deux jambes, et qui ne peut pas accéder à sa chambre, ça arrive qu'elle soit obligée de dormir en dehors de sa chambre sur un lit de camps dans une pièce au rez-de-chaussée. Il peut y avoir ça comme conséquences dans le quotidien, donc... » (Dispositif Alliance - Lyon)

Dans la même idée, **l'inadaptation** « de fait » concerne également des chambres qui auraient été adaptées au handicap – installation de barres d'appui, mise à disposition d'une chaise-pot... – sans que l'environnement global de la structure ne l'ait également été. Dans ce cas, les personnes sont vouées à **s'enfermer chez elles**, sans solution aisée d'en sortir sans aide.

« Mais s'il y a besoin d'adaptation de la chambre – il peut y avoir la mise en place d'une aide technique comme des barres d'appui... Après, dans des structures d'hébergement telles qu'on les connaît, on va pas pouvoir refaire le bâti... Souvent c'est des questions qui sont plus globales et plus structurelles. Mais ça n'empêche pas qu'on l'a déjà fait pour certaines situations, à travailler à la mise en place d'aides techniques, une chaise-pot, une barre d'appui... De toute façon, l'ergothérapeute de la MDPH, quand elle vient évaluer l'autonomie de la personne dans le cadre d'une demande MDPH, pour la PCH par exemple, elle évalue aussi l'environnement de la personne et la possibilité de mettre en place des aides techniques. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Les **rare structures** à être totalement équipées et accessibles pour des personnes porteuses de handicaps moteurs sont de ce fait complètement **saturées**. Se met alors en place un phénomène assez paradoxal qui conduit à mettre les « meilleurs élèves » en difficulté du fait, justement, qu'ils font des efforts pour adapter leur accueil aux personnes en situation de handicap...

« Certaines structures sont un petit peu plus adaptées que d'autres. [...] C'est vrai qu'ils sont en difficulté parce qu'on leur oriente beaucoup de personnes en situation de handicap parce qu'ils ont des locaux un peu adaptés. » (Un.e professionnel.le Référent parcours)

c. Mieux prendre en compte la précarité et infuser les pratiques de l'AHI dans le médico-social

Venir à bout de représentations à la vie dure autour du « SDF »

Les **personnes en situation de handicap** vivant à la rue ou hébergées sont, de façon générale, **fréquemment victimes de préjugés**, et « il y a souvent une grande part de stigmatisation associée au fait d'être *sans-domicile* [Pichon, 2010]. »²⁰

²⁰ Rapport d'enquête rédigé par Aurélien Carotenuto-Garo, *Les déficiences motrices et/ou sensorielles et le recours aux dispositifs de l'urgence sociale pour les populations sans-domicile de Paris*, octobre 2020, p. 61.

Cette marginalisation sociale est alimentée par des **représentations négatives et des jugements de valeurs nombreux, particulièrement ancrés chez les professionnels du milieu médico-social**, sur la capacité des personnes ayant connu l'errance à s'intégrer ou à bénéficier des services médico-sociaux.

« Un des freins que nous rencontrons le plus, c'est une représentation des acteurs du médico-social vis-à-vis de la grande précarité : les pathologies psy, les addictions, l'hygiène, et l'errance qui peut être assimilée à un risque de fugue. On voit bien que ces représentations sont aussi liées à un manque de connaissance des publics et peuvent conduire à une forme de jugement négatif et à des appréhensions. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Ces représentations – qui tournent par exemple autour des addictions supposées inévitables, des troubles du comportement vus comme incontournables et générant mécaniquement de l'agressivité, ou de façons de vivre générant une incapacité à se plier à des règles communes – génèrent un double-mouvement : d'une part elles **découragent les personnes concernées** à chercher de l'aide, et d'autre part elles **influencent négativement la manière dont elles sont perçues et traitées** par les services médico-sociaux.

Ces représentations sont d'autant plus bloquantes dans le domaine du médico-social que **les établissements médico-sociaux n'ont aucune obligation d'accueillir les personnes** qui se présentent pour les intégrer. *In fine*, elles provoquent donc, par idées reçues, le rejet d'un nombre important de dossiers provenant de personnes en grande précarité, et ce sans qu'aucun argument n'ait besoin d'être apporté.

« Il y a aucune obligation à accepter des gens dans le secteur du handicap ou de la personne âgée. Donc les dossiers peuvent être refusés de partout, sans que personne ne soit alerté. Donc les publics en situation de grande précarité sont massivement refusés de ces dispositifs parce qu'il y a de grosses stigmatisations, parce qu'ils ont des comorbidités importantes aussi parfois, qui font que c'est compliqué pour les structures médico-sociales de s'adapter à leurs besoins. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

Des pratiques et des réglementations non-adaptées pour des personnes ayant vécu des situations d'errance

Les **structures médico-sociales** sont équipées pour fournir des soins médicaux, mais elles ne sont **souvent pas adaptées**, en termes de pratiques professionnelles ou de réglementations, aux **besoins spécifiques des personnes précaires** ayant connu l'errance et la privation de domicile personnel.

Première difficulté : les **pratiques professionnelles**. Et parmi elles, les pratiques de prévention des addictions et de réduction des risques, qui tendent pourtant à pleinement s'inscrire dans les structures de l'urgence sociale, peinent à s'installer dans le médico-social.

« Typiquement, la question de l'addiction, c'est un frein, parce que la réduction des risques en termes d'addictio, c'est pas très entendu sur le secteur médico-social, c'est pas travaillé. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

Pourtant, la réduction des risques, qui passe par plusieurs moyens – diffusion de messages de prévention, mise à disposition de matériel stérile, expérimentation des salles de consommation à moindre risque, médiation sociale – semble une approche essentielle pour gérer les addictions

et autres problèmes de santé mentale. Ces différences d'approches et de pratiques peuvent engendrer des situations d'incompréhension entre professionnels, particulièrement sur la façon de considérer, et donc de prendre en charge, telle ou telle situation, comme c'est le cas avec la situation rapportée par cette professionnelle provenant de l'urgence sociale :

« Une petite anecdote : lorsque ma collègue a commencé sur le dispositif, elle a pu me faire remarquer la chose suivante au sujet d'une situation à orienter : « Bon ce Monsieur, il n'a pas spécifiquement de problématique d'addiction. » Puis je lui ai répondu : « Et bien si, la cigarette. » « Mais la cigarette, c'est pas une addiction qui pose un problème dans le collectif ». Et en fait si. Dans les établissements médico-sociaux, c'est une consommation qui peut poser problème dans le collectif, parce que les personnes ne peuvent pas fumer dans leurs espaces privatifs, dans leur chambre, par rapport aux risques d'incendie, qui peuvent aussi exister et ces personnes peuvent aussi avoir besoin d'être accompagnées à l'extérieur. Parmi les situations complexes que nous accompagnons, rares sont celles où la personne à « juste » une problématique d'addiction au tabac. Souvent ce sont les situations d'alcoolisations massives qui posent le plus de difficulté en structure sociale. On s'aperçoit donc bien que du côté de l'urgence sociale, il y a plus de tolérance et d'avancés concernant la politique de réduction des risques que du côté du médico-social. » (Dispositif Alliance - Lyon)

De même, certaines notions, comme celle de **l'échec et de son acceptation dans le parcours de vie des personnes**, ne sont pas encore très admises dans le médico-social.

« Dans le médico-social, la question de repartir à zéro, d'avoir une véritable tolérance de là où en est la personne, etc., on n'en est pas encore là. On demande aux personnes de s'adapter à la structure, mais on voit qu'il est plus difficile pour les structures de s'adapter aux personnes. » (Dispositif Alliance - Lyon)

Deuxième difficulté, qui dépasse celle des pratiques : **l'adaptation plus généralisée des projets d'établissement pour l'accueil de personnes** ayant connu des situations de vie chaotiques et des parcours de rue.

En effet, les **réglementations des établissements médico-sociaux sont encore très strictes**, ne laissant que très peu de marge de manœuvre aux publics qu'ils accueillent. Ce manque de souplesse de réglementations institutionnalisées peut générer de la frustration et une gêne chez des personnes qui ont plutôt l'habitude qu'« on ne leur demande pas grand-chose ».

« Ça peut générer des difficultés pour la personne qui a, d'un coup, l'impression d'être parachutée dans une structure très institutionnalisée. Les personnes nous disent : « Au foyer, on ne nous demande pas grand-chose, et nous, ça nous convient. » (Alliance)

En tout état de cause, ces réglementations ne correspondent souvent pas aux besoins et aux pratiques de vie des personnes ayant été longtemps privées de domicile personnel : aller et venir à sa guise en journée, pouvoir accéder à l'espace public, parler fort, fumer...

« Et en plus, dès lors qu'il y a une pathologie psy ou une addiction ou une personne qui a le besoin de sortir la journée pour aller marcher comme elle l'a toujours fait, ça peut être un frein pour l'établissement médico-social à accueillir le public. Un autre point de blocage qu'on retrouve, c'est l'inquiétude vis-à-vis de l'intégration dans l'établissement. L'établissement, la plupart du temps a besoin que la personne rentre dans une forme de comportement qui soit adaptée à la structure. Si un comportement est différent du fonctionnement habituel, cela peut être compliqué pour eux d'accueillir. » (Dispositif Alliance - Lyon)

« Par exemple, là, typiquement, il y a un EHPAD qui serait intéressé pour avoir une aide un peu fléchée sur des publics plus jeunes ayant des comorbidités ou alors en situation de précarité,

et du coup qui pourraient flécher une aide pour répondre à leurs besoins et être plus adapté en termes d'accueil. Par exemple, la question, juste, des personnes qui ont 60 ans et qui ont l'habitude de sortir de l'établissement, ça, les EHPAD, pour eux, c'est très loin de leurs pratiques : ils envisagent même pas que la personne sorte seule du dispositif pour aller se balader, faire un tour. » (Un-e professionnel-le Référent parcours)

Ces règles de vie en communauté nécessitent, de fait, des comportements adaptés à leur fonctionnement : les personnes qui ne parviennent pas à répondre à ces attentes, à se mouler dans cet environnement exigeant, se voient souvent exclues, ce qui empêche leur intégration et la réception des soins dont elles ont besoin.

« Il faut aussi prendre en compte la réalité des structures : les établissements médico-sociaux sont des établissements qui ne sont pas très bien dotés en termes de personnel, et donc une personne qui pourrait être un peu moins dans les clous dans le protocole du matin par exemple – de 7h30 à 10h30, c'est la douche ; de telle heure à telle heure, c'est le temps des activités, le repas ; une personne qui voudrait aller fumer une cigarette, sortir... On voit bien – ils nous le disent – qu'ils n'ont pas les moyens de faire du 1 pour 1 et que ça peut être déstabilisant pour les équipes. On l'a déjà vu, par exemple sur la situation d'un Monsieur – mais là c'était plutôt une personne âgée – qui est rentré dans une maison de retraite : un jour, lors du repas, il était très agité, a crié en salle de repas, les équipes nous ont fait un retour assez négatif mais je pense que ça tenait plutôt au fait que l'équipe a été surprise et a été démunie pour gérer la situation. Il manque aussi probablement des formations, de la sensibilisation pour mieux appréhender ce type de situation. Par exemple, on observe que pour ce Monsieur qui sort peut-être de leur cadre habituel, qu'il a toujours été dans l'errance, qu'il est assez ritualisé, qu'il a eu l'habitude de faire la manche. Il y a une vraie crainte de l'équipe qu'il puisse lui arriver quelque chose lors de ses sorties à l'extérieur. On voit bien que l'équipe est un peu préoccupée. On sait que lorsqu'on présente la situation de quelqu'un qui a besoin de sortir, d'être sur l'espace public, cela peut être un frein. Alors qu'il ne faut pas oublier que ces établissements médico-sociaux, sont des lieux de vie. » (Dispositif Alliance – Lyon)

Le dispositif Alliance porté par le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri, pour coordonner les secteurs de l'urgence sociale et du médico-social (Lyon)

Le dispositif ALLIANCE, porté par Le Foyer Notre-Dame des Sans-Abri depuis 2020, est un dispositif transversal du Réseau Social Rue Hôpital, exerçant en région lyonnaise.

Il s'inscrit dans la lignée des missions Interface, programmes similaires, créé à Nantes en 2008 et à Paris en 2017.

L'objectif d'ALLIANCE est de **faciliter l'accès aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, pour les publics en situation de grande précarité ainsi que leur accès aux soins et dispositifs ambulatoires.**

Dans le cadre d'une politique inclusive, il s'agit notamment d'être en soutien des professionnels sociaux et médico-sociaux pour travailler l'accueil des personnes, ainsi que d'être présents dans les parcours des personnes en amont et pendant leur intégration dans les nouvelles structures accueillantes, les Établissements et Services Médico-Sociaux (ESSMS).

Pour répondre à sa mission, l'équipe :

- **Du côté des publics :** Accompagne les personnes dans leurs parcours d'accès aux ESSMS, organise des visites de projection, reste présent tout au long de l'intégration dans la structure

- **Du côté des acteurs de l'AHF** : Intervient en appui des accueils de jour, centres d'hébergement et dispositifs spécifiques d'accès aux soins (Lits Halte Soins Santé et Lits d'Accueil Médicalisés), aide à l'élaboration des projets, démarches d'accès aux ESSMS
 - **Du côté des acteurs du médico-social** : Développe des partenariats soutenus avec les établissements, propose des journées de sensibilisation à la précarité, soutien les entrées en établissements, élabore avec les équipes des projets de service.
-
-

Portrait de M. A, ayant connu la privation de domicile personnel alors qu'il est situation de handicap moteur (région lyonnaise)

A 38 ans, M. A est atteint d'une maladie rare et génétique : l'amyotrophie spinale héréditaire. Au fur et à mesure des années, M. A voit ses muscles s'affaiblir. Le handicap de M. A l'oblige théoriquement à disposer d'un matériel paramédical bien spécifique – un fauteuil roulant pour se déplacer, un lit médicalisé pour dormir... – et d'une aide humaine importante pour l'aider dans ses gestes du quotidien. Théoriquement seulement, car pendant la majorité de son parcours en France, M. A ne dispose en réalité ni de l'un ni de l'autre, ou en tout cas le plus souvent pas conjointement.

En raison de cette maladie dégénérative et difficile à prendre en charge médicalement, M. A décide de quitter son pays d'origine, la Géorgie, et arrive en France, à **Lyon**, en septembre 2018, pour raisons médicales.

« Dans mon pays [La Géorgie], la situation médicale est trop difficile : il n'y a pas de Sécurité sociale, il n'y a pas d'accès aux médicaments. J'ai une atrophie des muscles génétique. Et là-bas, j'avais pas de traitement. Et je sentais que je perdais la force. J'ai continué à marcher sans béquilles pendant 10 ou 15 ans. Mais ça a continué à se dégrader jusqu'à 2018. » (M. A)

N'ayant pas pu charger son fauteuil roulant électrique dans l'avion (en raison du surcoût qu'aurait représenté son transport), M. A arrive sans, et se procure donc sur place un fauteuil roulant manuel.

« J'ai été obligé de le laisser [le fauteuil roulant électrique]. Je suis arrivé là-bas [à l'aéroport] avec mon fauteuil, mais ils ont dit : « On peut pas mettre le fauteuil dans l'avion. Si vous voulez le prendre, il faut acheter d'autres billets, pour le fauteuil. » Mais c'était très cher : 500 euros. Après, pendant 8 mois, je me suis déplacé avec un fauteuil manuel. » (M. A)

A son arrivée en France, M. A contacte rapidement le 115 et obtient un hébergement à la nuitée, à peu près un jour sur trois. Cette place d'hébergement n'est pas adaptée aux personnes à mobilité réduite. Le reste du temps, tant que ses ressources le lui permettent, M. A paie lui-même une chambre d'hôtel : cette situation d'alternance entre **hôtel « privé » et hébergement à la nuitée en périphérie sud de Lyon** se poursuit pendant environ 1 mois et demi, après quoi les ressources de M. A sont épuisées.

« En arrivant, j'ai tout de suite réservé une place à l'hôtel. Ça m'a coûté 3 000 euros. C'était mes ressources. [...] Parce que j'avais pas beaucoup de ressources financières. Pour manger et tout, pendant à peu près un mois et demi, ça va, mais après commence la galère. » (M. A)

Une fois ces ressources épuisées, c'est désormais sur un **parking** gratuit pas loin de l'hébergement d'urgence, dans une **voiture** prêtée par l'un de ses compatriotes, que M. A s'installe, en conservant toutefois l'alternance avec l'hébergement à la nuitée quand cela est possible. Quand la situation devient plus insoutenable encore – particulièrement en période de grand froid –, M. A se réfugie dans la **salle d'attente des urgences d'un hôpital** situé à proximité, où il passe quelques nuits. Il arrive également que M. A soit **logé chez un tiers**. Cependant, aucune de ces solutions d'hébergement n'est adaptée au handicap de M. A :

- Les locaux de l'hébergement d'urgence ne sont pas adaptés aux personnes circulant en fauteuil roulant ;

« Là-bas, il y a des petits containers. Il y a juste une place, juste un lit. Et pour rentrer et tourner, j'étais obligé de rentrer comme ça... *[en mimant une ligne droite]*. » (M. A)

- Les nuits dans la voiture supposent l'assistance de proches – M. A n'étant pas capable d'effectuer seul ses « transferts » d'une position assise à une autre, donc du fauteuil roulant au siège de la voiture – et provoquent des douleurs supplémentaires au dos en raison de l'inclinaison du siège, ce qui est également le cas des nuits dans la salle d'attente des urgences. Pour répondre à ses besoins médicaux, M. A devrait normalement bénéficier d'un lit médicalisé.

« Et avant, quand j'avais les ressources, tous les deux jours, je payais l'hôtel. Et quand j'ai fini l'argent, j'ai été obligé de rester dans un parking. Je dormais dans une voiture. C'était la voiture de mon compatriote. Donc quand j'étais sans 115, sans hôtel, on est partis où ? On est partis sur le parking du McDo, à Gerland. Le grand parking, il est gratuit. J'ai dormi là-bas à peu près 60 nuits. S'il y a la place au 115, j'y vais, sinon le parking. Mais l'hiver, c'était très difficile parce que j'étais avec la veste, ma doudoune. Je me couvrais avec une petite couette que m'avait proposée la Croix-Rouge. » (M. A)

« J'ai continué encore dans la voiture. De temps en temps je restais aussi... Juste à côté, il y a la Clinique Saint Joseph. Donc j'allais aux urgences. J'avais mal au dos parce que je pouvais pas bouger dans la voiture. Et j'ai dormi comme ça *[mimant l'inclinaison du siège de la voiture]* sur la mousse. Et j'étais comme ça *[en mimant le fait d'être assis sur une chaise]*... Et de temps en temps j'ai dormi comme ça, aux urgences. » (M. A)

- Le logement de l'ami de M. A qui le loge quelquefois est situé au deuxième étage d'un immeuble sans ascenseur, ce qui suppose de porter M. A ainsi que son fauteuil dans les escaliers pour l'atteindre...

« Dans la voiture aussi, il faisait trop froid. En décembre, en janvier, il faisait vraiment froid. De temps en temps, mon ami m'a proposé sa maison, mais lui, il habitait au deuxième étage, sans ascenseur. Et il devait m'aider en me portant avec les mains, et c'était vraiment vraiment difficile. [...] Il demandait à son ami, parce que pour une personne, c'est très difficile de monter les escaliers avec moi. Il pouvait pas tout seul. » (M. A)

Pendant toute cette période, M. A poursuit ses appels quotidiens au 115, avec toute l'énergie que cela demande, et toute la pression que représente l'incertitude de l'attente de la réponse positive ou non pour un hébergement.

« En plus, quand j'ai demandé l'asile, j'ai demandé à la Préfecture : « Je pars où, maintenant ? » [...] Ils ont dit : « Vous pouvez appeler le 115 parce qu'on a des places. » Donc j'ai contacté le 115 le 14 septembre. Et tous les jours j'ai appelé le 115. Toujours il fallait attendre 40 minutes ou une heure. [...] Tous les jours, il faut appeler, pendant une heure : attendre, attendre, attendre. Et après, on souffle quand il y a la place : « Ah c'est bon ! Merci ! » » (M. A)

Dès son arrivée en France, il parvient à mobiliser l'aide et l'assistance d'un ami, qui l'accompagne pendant une dizaine de mois, notamment pour ses déplacements en fauteuil roulant manuel et pour ses « transferts ».

« Au début, c'est mon ami qui était ici qui m'a poussé, parce que j'avais pas le fauteuil électrique. » (M. A)

Courant 2019, durant un mois (non déterminé au cours de l'entretien), M. A bénéficie d'un arrangement tacite avec l'un des opérateurs du 115, qui, à chacun de ses appels – donc tous les jours –, l'oriente sur une place d'hébergement à la nuitée.

« Il y a eu quelque chose de très intéressant : par exemple, quand j'ai appelé le 115 tous les jours, c'est l'opérateur que je connais bien qui répondait : « Ah ! Bonjour Monsieur A. » *[Rires]* C'était une période où j'ai été accepté tous les jours pendant un mois. C'était très beau pour moi parce que j'avais juste à appeler et : « Ah, vous êtes M. A., alors OK, vous pouvez rentrer. » Mais cette période n'a duré qu'un mois, parce qu'un jour son directeur était pas content. Il m'a dit : « Pourquoi vous venez tous les jours ici ? » Je lui ai dit : « J'ai pas le choix. Je pars où sinon ? » Et après, l'opérateur m'a contacté pour m'expliquer que je devais arrêter ça. » (M. A)

En avril 2020, dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire due au Covid 19, M. A bénéficie du plan « zéro remise à la rue » et intègre un **hôtel social à Meyzieu**. Il est alors hébergé au même endroit que son oncle, arrivé en France pour l'aider dans sa vie quotidienne en juillet 2019 et prendre le relais de son ami, mais chacun dans une chambre individuelle et séparée. Bien que la chambre soit adaptée aux personnes à mobilité réduite, le fait d'être séparé de son oncle représente une difficulté pour M. A.

« C'était mieux quand on était ensemble, parce que je peux demander directement quand j'ai besoin de quelque chose. Parce que quand on était chacun dans notre chambre, j'étais obligé d'appeler par téléphone : « J'ai besoin de ça ; j'ai besoin de ça. » Alors que sinon, il dormait juste à côté de moi. » (M. A)

En juin 2020, M. A et son oncle sont déplacés dans un second **hôtel social à Vaulx-en-Velin**, où les conditions de vie sont précaires – sans espace pour cuisiner, sans chauffage fonctionnel – voire indignes (présence de cafards dans les chambres, humidité...). Ils sont de nouveau logés dans deux chambres individuelles séparées. M. A bénéficie pour la première fois de la visite régulière d'une aide à domicile, sans apporter de précision sur la mise en route de cette aide.

« C'était la première auxiliaire que je voyais. Elle venait m'aider tous les matins, pour m'habiller et me déplacer dans le fauteuil. Juste ça. Mais ça m'a beaucoup aidé, et j'étais vraiment content. » (M. A)

En juillet 2022, M. A et son oncle rejoignent le **Foyer Les Grandes Voisines à Francheville**. Ils intègrent alors une chambre non adaptée au handicap de M. A – salle de bain commune, toilettes non adaptées pour un usager en fauteuil roulant – mais double, ce qui facilite l'aide et l'accompagnement qu'apporte son oncle à M. A (pour ramasser des objets tombés au sol par exemple).

« Là-bas c'était mieux parce qu'ils nous ont proposé une chambre pour deux personnes. J'y ai été avec mon oncle. » (M. A)

« Parce qu'au foyer, ma chambre était pas adaptée. Les toilettes étaient pas adaptées. La salle de douche était commune. La cuisine était commune. Elle était trop haute. » (M. A)

Début mars 2023, l'oncle de M. A est contraint de quitter la France et de rejoindre son pays d'origine, la Géorgie. M. A se retrouve alors seul pour gérer les actes de la vie quotidienne, dans un foyer éloigné de Lyon et totalement inadapté à sa situation de handicap. M. A fait part de cette situation complexe à son médecin neurologue – qui le suit depuis son arrivée en France – qu'il voit en rendez-vous le 6 mars 2023. En prenant acte, le médecin l'oriente alors vers une **clinique de réhabilitation à Marcy-l'Etoile**, où M. A arrive le 10 mars, pour quatre mois.

« Donc il a été obligé de partir. Et après, je suis resté tout seul. Et à cette période, c'était mon rendez-vous à la clinique neurologique : le 6 mars. Et mon oncle, il est parti le 14. Et quand je suis allé pour faire mon injection, j'ai demandé à mon docteur, et j'ai expliqué toute la situation : que mon oncle allait partir en Géorgie, que j'allais rester tout seul, que je pouvais pas faire la cuisine tout seul, parce que la cuisine commune, elle était trop haute. [...] Donc j'ai expliqué toute cette situation au docteur neurologue. Et il m'a proposé de partir en clinique de réhabilitation quand on trouverait une place pour moi. » (M. A)

« C'est vraiment une bonne clinique. C'était comme l'hôtel. Parce qu'il y a la chambre pour deux personnes, mais ils sont gentils, calmes. Et il y a juste à côté la salle-de-bain avec des lavabos qui sont bien adaptés. En plus toute l'équipe – infirmières, docteurs – ils sont vraiment gentils. Et c'était pendant 4 mois. C'était vraiment tranquille, bien. Ils me proposaient tous les jours de faire du kiné, du sport. [...] C'était une très bonne période. J'étais tranquille, au calme, pas tout seul. Si j'avais besoin de quelque chose il fallait juste appuyer et sonner, et il y a quelqu'un qui venait aider. » (M. A)

La clinique est évidemment équipée et adaptée pour les personnes circulant en fauteuil roulant (chambre, toilettes, douches), et M. A peut profiter sur place de séances de sport et de kiné pour entretenir ses muscles.

Le 5 juillet 2023, en sortie de clinique, M. A est orienté sur une place en **LHSS (Lit Halte Soin Santé) dans le 7^e arrondissement de Lyon** : ce service médico-social intermédiaire est situé au 4^e étage d'un foyer d'hébergement d'urgence « généraliste ». M. A dispose ici de l'accompagnement en journée d'une aide à domicile et d'une infirmière.

« Parce qu'au 4^e étage, les auxiliaires et infirmières sont hyper gentilles. Elles me parlaient, elles m'aidaient à me déplacer du lit, à prendre mes médicaments. Elles travaillaient toute la journée, jusqu'à 20h le soir. » (M. A)

Cependant, si le LHSS occupe un étage dédié de la structure d'hébergement, ses sanitaires sont régulièrement « squattés » par les personnes hébergées dans les étages inférieurs de la structure, générant des troubles et de « la saleté ».

« Mais le problème, c'est que plusieurs personnes buvaient beaucoup d'alcool et prenaient beaucoup de médicaments. Ils étaient pas corrects. Ils tapaient sur la table. Ils faisaient pipi sur eux. Quand ils étaient à côté, je pouvais pas respirer. C'était vraiment galère. Mais on n'a pas d'autre solution. J'ai été là-bas jusqu'à... à partir du 5 juillet, j'ai été placé là-bas : XX, rue XXXXXXXXX. J'ai jamais pu oublier cette adresse ! Pour moi, c'était un grand avantage d'être au quatrième étage, avec toutes les personnes différentes. » (M. A)

« C'était dans une petite chambre, juste avec un lavabo pour se brosser les dents. Mais quand tu as besoin des toilettes et des douches, c'est collectif. C'était PMR mais c'était collectif. Et c'était encore le même problème : très sale. Parce que ceux qui habitaient au 4^e étage, ça allait, ils étaient propres, mais la nuit, ceux du 2^e et du 3^e étage montaient parce que dans leurs étages c'était déjà très sale. Donc pour eux c'était mieux, mais pour nous c'était plus sale. » (M. A)

En fin d'année 2023, titulaire depuis avril 2023 d'un titre de séjour valable pour un an, M. A intègre le dispositif lyonnais ALLIANCE qui le met en lien avec le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) renforcé, porté par Odynéo et accessible sur orientation de la MDMPH (Maison Départementale et Métropolitaine des Personnes Handicapées) : M. A bénéficie alors d'une période en « **appartement de stage** » dans le **9^e arrondissement de Lyon**, dans lequel il reste 1 mois – du 13 novembre au 8 décembre – et qui lui permet d'évaluer, en lien avec des professionnels, ses capacités à vivre seul dans un logement autonome.

« La première fois, ils m'ont proposé de tester la vie en logement, si j'étais d'accord. Donc on m'a proposé un logement : c'est l'entreprise Odynéo [SAVS] qui a proposé. Et ils m'ont expliqué qu'il fallait rester tout seul, comme quand tu es chez toi. C'était très bien adapté : la chambre, les toilettes, la cuisine. C'est un logement autonome. Il y avait juste des auxiliaires pour m'aider, le matin et le soir. Et si j'étais d'accord : « On fait un essai, un test, comme un stage. Et après, si tout se passe bien, on cherche un logement adapté pour vous. Sinon on cherchera d'autres foyers mieux, plus propres. Mais si vous ne pouvez pas rester tout seul, alors ce ne sera pas un logement individuel. Si vous ne pouvez pas vous débrouiller pendant la journée, on est obligés de chercher un foyer. » J'ai dit : « OK. » Pour moi aussi ça a été très intéressant. [...] Ils m'ont proposé un très beau logement, à Lyon 9, à côté du métro. C'était très bien placé : à Lyon, juste à côté du métro Gare de Vaise. Par exemple, là-bas, du métro à chez moi, j'avais besoin de 2 minutes avec le fauteuil : c'était très proche. Et pendant la journée, je circulais beaucoup. Je faisais du sport, du kiné, et tout. C'était trop facile. Pour venir ici [dans les locaux d'Alliance], avec les transports, c'était vraiment facile. » (M. A)

A la fin de sa période en « appartement de stage », M. A est finalement jugé trop autonome pour intégrer les différents dispositifs d'accompagnement d'Odynéo. Alors que cet essai avait suscité chez lui beaucoup d'espoirs, M. A doit finalement retourner au **foyer de Lyon 7**.

« Ça a continué pendant un mois. J'étais heureux ! Et après, ils m'ont dit : « OK. Vous pouvez rester tout seul dans la journée. Vous pouvez cuisiner des choses sans problème pendant la journée. » Ils ont pas proposé de logement parce que c'était une entreprise spécialiste pour des personnes dans des situations plus difficiles. Par exemple, quelqu'un qui sait pas quoi faire pendant la journée, ou qui sait pas où regarder si ses auxiliaires s'en vont, ou quelqu'un qui veut aller se promener mais qui ne peut pas y aller seul. Et cette entreprise, elle aide beaucoup. Et ils m'ont dit : « Vous êtes assez autonome. Pour nous, on n'a rien à faire. Vous avez besoin d'un logement individuel adapté, avec des auxiliaires, et c'est tout bon pour vous. Et pendant la journée, vous êtes tranquille. Si vous avez besoin d'un médicament, vous le cherchez bien à la pharmacie. Vous pouvez contacter, au téléphone, plusieurs personnes qui sont à proximité : des amis, des compatriotes, et tout. Vous vous déplacez bien en transports en commun. Vous avez pas toujours besoin d'un coup de pouce. Désolés, mais on peut rien vous proposer... » [...] Oui, donc ça m'a... On avait rempli tous les dossiers. J'ai été obligé, encore, de revenir au foyer rue XXXXXXX [Lyon 7]. [...] J'ai beaucoup stressé pour ça. Parce que j'espérais qu'ils allaient proposer quelque chose. Mais la dernière fois, ils ont dit : « Non, non. Vous êtes pas notre patient. Désolés. » » (M. A)

En février 2024, après avoir déposé une demande de logement social et répondant aux critères de ce dispositif, M. A bénéficie enfin d'un logement dans le cadre du dispositif ACIA-MVS²¹, dont le but est de prioriser l'accès à un logement social pour les personnes en hébergement, en logement temporaire ou à la rue mais qui remplissent les conditions d'accès à un logement social.

« Je suis allé là-bas. J'ai trouvé de la place. Et ils ont proposé un appartement adapté PMR : pour les toilettes et la douche, c'était adapté. Mais j'ai dû acheter frigo, cuisinière, et tout. [...] Il y a un lit médicalisé. Et les auxiliaires, elles sont gentilles. » (M. A)

« Mes voisins, j'en suis très content. On a aussi un très joli jardin. C'est vraiment un joli jardin. Et la nuit, c'est calme : il y a pas de bruit de voiture. Mais la difficulté, c'est le transport : pour le suivi médical et tous mes amis sont ici [à Lyon]. » (M. A)

Au moment d'accepter ce **logement, adapté PMR** mais situé à **Mions**, donc à 1h30 en transports en commun de Lyon, où M. A continue de se rendre régulièrement (pour ses rendez-vous médicaux, pour ses séances de musculation en salle, pour ses séances de kiné, pour rencontrer ses amis...), M. A a dû faire un choix sous contraintes : choisir la distance et donc des trajets fatigants – qui impliquent d'emprunter trois types de transports (métro, tram, bus) – et inconfortables pour des déplacements en fauteuil roulant, plutôt que prendre le risque de refuser ce logement – ce qui implique de revenir au foyer d'hébergement d'urgence jusqu'à une nouvelle proposition de logement, avec des durées d'attente très longues.

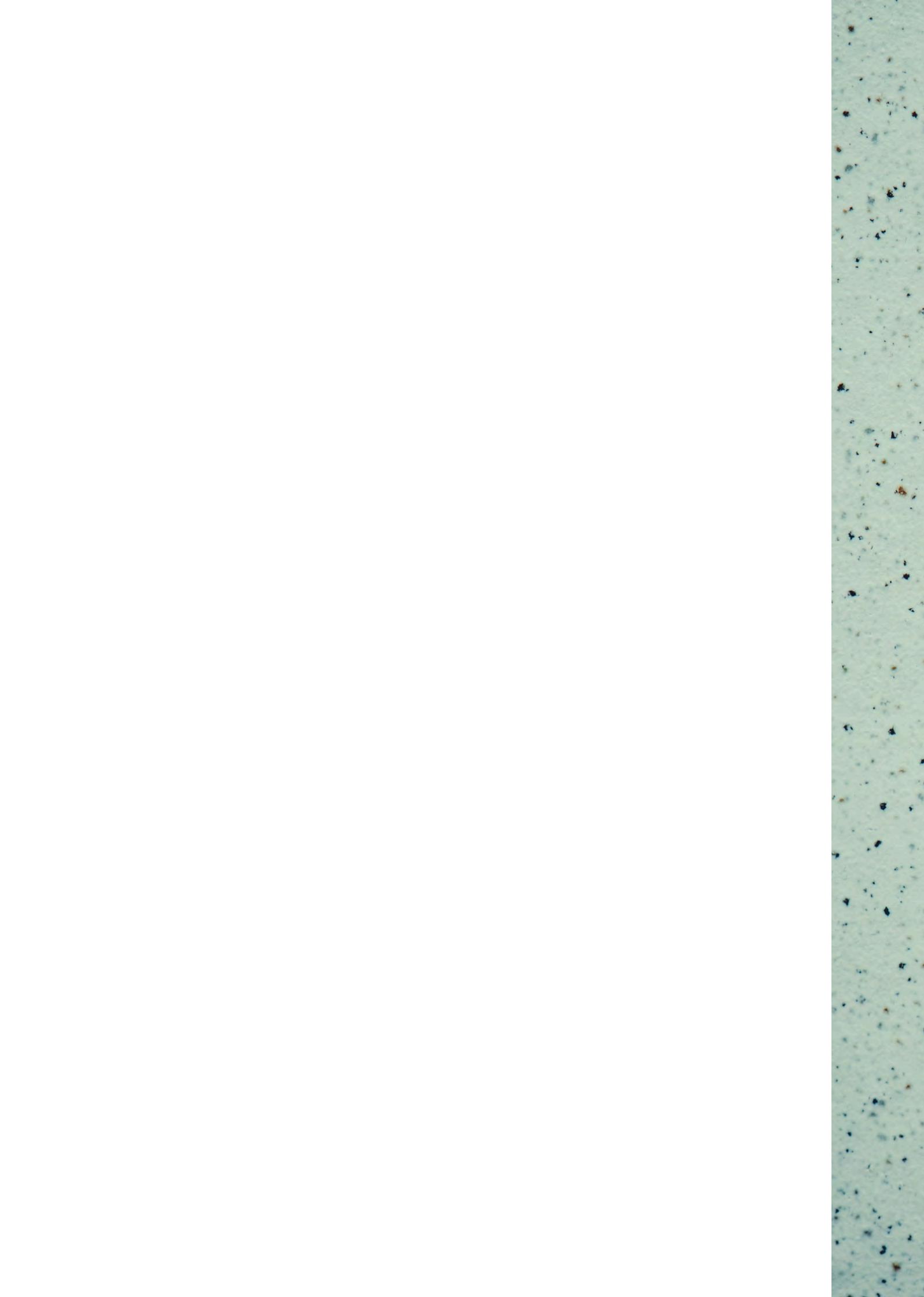
« Pour moi, c'était pas grave, parce que j'étais à l'abri. S'ils avaient même proposé à 100 km, j'étais obligé de partir, parce que j'étais trop fatigué. [...] Quand j'ai trouvé ce logement, j'ai pensé à tout ça. Pour la première proposition, si vous êtes d'accord, ok, sinon vous avez le droit de refuser pour chercher un autre logement, mais vous pouvez encore attendre 6 mois, 7 mois, un an... On sait pas en fait. Pour moi, c'est pas facile, mais je préfère rester là-bas [à Mions] trois ou quatre ans, plutôt que de devoir rester au foyer 3 ou 4 mois. Parce que là-bas, c'est propre, c'est calme. C'est difficile pour les trajets, mais... » (M. A)

« La salle de sport, quand j'ai fini de travailler, je suis assez fatigué, et pour rentrer chez moi j'en ai encore pour 1h30, et en plus je dois emprunter trois transports : tramway, métro et bus. Le bus, c'est trop difficile, parce qu'il a plusieurs arrêts, et toute les minutes : [il mime les secousses d'un arrêt brusque]. Déjà que je travaille beaucoup, et c'est très difficile. » (M. A)

En avril 2024, lorsque son titre de séjour expire, M. A, obtient un récépissé valide jusqu'à fin octobre. A partir de cette date, la situation est incertaine et, sans renouvellement de son titre de séjour, M. A risque de connaître d'importantes ruptures de droits, particulièrement concernant les APL, qui le placent temporairement dans une situation financière compliquée.

« J'ai un récépissé valide jusqu'au XX octobre. Et après, c'est l'assistante sociale du SAMSAH qui travaillait chez moi qui a rempli un dossier et qui l'a envoyé pour que le suivi soit prolongé. Elle l'a envoyé le 24 septembre, donc un mois avant, mais on n'a pas eu de réponse. Après, elle les a contactés par téléphone. Et ils ont dit : « Oui. Son dossier est en train d'être étudié et traité. » Mais là ça a traîné pendant 4 semaines, et la galère des Caf, et tout, a recommencé. La dernière fois, ça a été payé le 5 octobre, mais pour le 5 novembre, je sais pas si ça va marcher... » (M. A)

²¹ Pour plus de détails sur le dispositif ACIA-MVS, voir : <https://www.habiter.org/media/pages/publications/etudes/le-logement-choisi-applique-au-dispositif-des-acia-mvs/85cfc52d6f-1697017593/le-logement-choisi-applique-au-dispositif-des-acia-mvs.pdf>





POUR EN SAVOIR PLUS

OBSERVATOIRE DE L'HEBERGEMENT ET DU LOGEMENT

17b avenue Salvador Allende,
38 130 Echirolles

CONTACT

observatoire@untoitpourtous.org

04 76 22 66 05 / 07 84 03 92 89



Décembre 2024

Conception :

Observatoire de l'Hébergement et
du Logement