

CREAHI d'Aquitaine



Etude sur la prise en charge et le devenir des personnes sans domicile vieillissantes

Octobre 2009

103 ter, rue Belleville
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 36 50
Télécopie : 05 57 01 36 99
info@creahi-aquitaine.org
www.creahi-aquitaine.org

Etude réalisée pour :
La DDASS de la Gironde et la DRASS d'Aquitaine
Espace Rodesse — 103 bis rue Belleville
33000 BORDEAUX

**ETUDE
SUR LA PRISE EN CHARGE
ET « LE DEVENIR »
DES PERSONNES
SANS DOMICILE VIEILLISSANTES**

**Etude réalisée par Mariame LY
Conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine**

Octobre 2009

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	6
<u>PARTIE I : CONTEXTE DE L'ETUDE</u>	7
1. LE CADRE LEGISLATIF.....	8
1.1. Contexte national : De la loi de Lutte contre les exclusions au Grand Chantier Prioritaire 2008-2012	8
1.2. Contexte Départemental : Le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) 2008-2010 et le Schéma Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion	10
2. LA PRECARITE : CONTEXTES NATIONAL, REGIONAL, DEPARTEMENTAL	11
3. QUELQUES DONNEES SUR LES PERSONNES SANS DOMICILE EN FRANCE.....	13
4. LES DISPOSITIFS DE L'OFFRE D'HEBERGEMENT ET DE LOGEMENT EN GIRONDE.....	15
4.1. L'urgence	15
4.2. L'Hébergement temporaire	15
4.2.1. Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	15
4.2.2. Les places de stabilisation	16
4.3. Les Maisons Relais	17
4.4. Le logement en ALT et en Sous Location	17
<u>PARTIE II : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE</u>	19
1. LES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS	20
2. LES ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES « SANS DOMICILE VIEILLISSANTES »	21
3. LE RECUEIL DE DONNEES QUANTITATIVES	22

PARTIE III : RESULTATS DE L'ENQUETE :

ASPECTS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS.....27

CHAPITRE 1^{ER} : QUI SONT LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES ?29

1. LA POPULATION SANS DOMICILE VIEILLISSANTE EN GIRONDE : APPROCHE QUANTITATIVE.....	29
1.1. Composition de la population repérée	29
1.2. Lieux de vie des personnes sans domicile repérées	30
1.2.1. Lieux de vie fréquentés par la population	30
1.2.2. Lieux de vie des personnes Sans Domicile Vieillissantes au 1 ^{er} Avril 2009	31
1.3. Situation matrimoniale et familiale de la population, et situation déclarée lors des demandes d'hébergement	35
1.4. Les personnes possédant un animal de compagnie	36
2. UNE POPULATION HETEROGENE : DES PROFILS VARIES SELON LES PROFESSIONNELS.....	38
2.1. Profils de personnes, de parcours de vie, ou profils de situations	38
2.1.1. De nouveaux profils de personnes Vieillissantes Sans Domicile	38
2.1.2. A la marge	39
2.1.3. Les personnes en situation de grande précarité sur des périodes plus ou moins longues	39
2.1.4. Les personnes « sans domicile vieillissantes » en milieu rural	40
2.2. A situations diverses, problématiques diverses ?	41
2.2.1. Des ressources précaires ou inexistantes	41
2.2.2. Des situations sociales lourdes	44
2.2.3. Des états de santé fragiles ou dégradés	45

CHAPITRE 2 : LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES : LA MISE EN ŒUVRE

D'UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE AUJOURD'HUI ?54

1. PROFILS DE PERSONNES VIEILLISSANTES ACTUELLEMENT PRISE EN CHARGE	
DANS LES DISPOSITIFS DEDIES AUX PERSONNES SANS DOMICILE	54
1.1. Les hébergements d'urgence	54
1.2. Les CHRS et les hébergements de stabilisation	54
1.3. Les Maisons Relais	55
1.4. Les ALT et Sous location	55
2. LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PERSONNES SANS DOMICILE	
VIEILLISSANTES EN HEBERGEMENT ET EN A.L.T.	56
2.1. Travailler la notion de projet avec les personnes sans domicile vieillissantes : une question de temps	56
2.2. Dépasser le déni et les refus : une gestion quotidienne	57
2.3. L'accès aux soins et l'accompagnement des soins	57
2.4. L'accompagnement vers l'emploi et le deuil de l'insertion par l'emploi	58
2.5. Evaluer l'autonomie et accompagner en conséquence	60
2.6. Accompagnement à la sortie des dispositifs	62

3. LE SUIVI SOCIAL.....	64
3.1. Eléments recueillis à propos des suivis sociaux de la population	64
3.2. Démarches de recherche d'hébergement ou de logement	65
 <u>CHAPITRE 3 : PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES ET LONG PARCOURS D'ERRANCE,</u>	
<u>« LES GRANDS PRECAIRES », « LES MARGINAUX » ET « LES CHRONICISES » :</u>	
<u>APPROCHE QUANTITATIVE</u>	69
1. QUI SONT LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES EN ERRANCE « LONGUE DUREE » ?	69
2. LA SANTE DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES AVEC DE LONGS PARCOURS D'ERRANCE	70
3. SUIVI SOCIAL, REVENUS ET MESURE DE PROTECTION DES MAJEURS.....	72
4. LIEUX DE VIE ACTUELS CONNUS ET DEMARCHES DE RECHERCHE D'HEBERGEMENT ET DE LOGEMENT.....	72
 <u>CHAPITRE 4 : LES BIAIS ET LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PERSONNES</u>	
<u>VIEILLISSANTES SUR LES DISPOSITIFS EXISTANTS :</u>	
<u>DES ACTEURS QUI METTENT DE COTE MALGRE EUX ?</u>	75
1. DES FREINS SUBJECTIFS A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES.....	75
2. DES FREINS OBJECTIFS A LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES VIEILLISSANTES SANS DOMICILE.....	77
3. ESTIMATION DES BESOINS DE PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION PAR LES PROFESSIONNELS ET SOUHAITS EXPRIMES PAR LA POPULATION AUPRES DE CEUX-CI.....	78
3.1. Estimation des besoins de prise en charge par les répondants	78
3.2. Types d'habitat souhaités par la population selon les professionnels	81
 <u>CHAPITRE 5 : PAROLES D'ANCIENS: DES PROJETS, DES ENVIES,</u>	
<u>DES SOUHAITS, DES ATTENTES.....</u>	85
1. INFORMATIONS GENERALES.....	85
2. PARCOURS DES PERSONNES RENCONTREES.....	86

3. LE QUOTIDIEN DES PERSONNES RENCONTREES.....	88
3.1. Les personnes en hébergement d'urgence	88
3.2. Les personnes en hébergement temporaire en CHRS et en foyer de stabilisation	89
3.3. Les personnes en hébergement à visée curative	91
3.4. Les personnes logées en Maisons Relais	91
4. ATTENTES DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES VIS-A-VIS DES DISPOSITIFS D'HEBERGEMENT EXISTANTS OU A VENIR.....	94
5. SOUHAITS EXPRIMES POUR L'AVENIR PAR LES PERSONNES RENCONTREES.....	96
6. QUE SIGNIFIE SE SENTIR CHEZ SOI POUR LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES RENCONTREES ?	97
7. DES PERSONNES VIEILLISSANTES... MAIS DE QUI ET DE QUOI PARLE-T-ON ?.....	99
7.1. La variété des conceptions de la vieillesse	100
7.2. Bien vieillir, mal vieillir, le vieillissement : une remise en question des projets de vie ?	101

RECOMMANDATIONS **105**

1. CADRE DES ACTIONS PROPOSEES	107
2. REPONDRE AUX BESOINS PAR L'ADAPTATION DE L'OFFRE EXISTANTE.....	110
3. LA CREATION D'HABITATS ADAPTES POUR AMELIORER LES PRISES EN CHARGE.....	112
4. LA NECESSITE D'UNE LARGE CONCERTATION PARTENARIALE.....	119

REMERCIEMENTS **121**

BIBLIOGRAPHIE	123
----------------------	------------

GLOSSAIRE	124
------------------	------------

INTRODUCTION

Depuis quelques années, aussi bien dans les politiques publiques que dans les institutions et associations, émerge une interrogation sur la question de l'avancée en âge de la population sans domicile en errance et/ou accueillie sur les dispositifs d'accueil, d'hébergement d'urgence et temporaire. La population « sans domicile vieillissante » est peu à peu définie dans quelques départements en tant que « *public prioritaire* » ou « *population spécifique* » par les Schémas d'Accueils, d'Hébergement et d'Insertion et les Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées, tel est le cas du département girondin.

Ainsi, « *l'amélioration de la qualité de la prise en charge des populations spécifiques* » est définie comme « *un des enjeux majeurs* » dans le cadre du Schéma Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion de Gironde.

C'est pourquoi, le CREAHI, à la demande de la DDASS Gironde et de la DRASS Aquitaine a réalisé une étude sur le « *public spécifique des personnes sans domicile vieillissantes, leurs besoins et sur les modalités de réponses à construire ou à adapter pour une meilleure prise en charge* ».

Dans cette optique et suivant les recommandations de l'IGAS¹, l'ensemble de l'étude s'appuie sur des données à la fois quantitatives et qualitatives recueillies auprès des personnes sans domicile vieillissantes et des acteurs locaux.

L'étude propose donc :

- un état des lieux de la situation actuelle des personnes concernées sur le département,
- une analyse des besoins de cette population spécifique et de ceux des acteurs intervenant auprès de celle-ci,
- des pistes d'actions et de réflexions « *en termes d'habitat dit « adapté ou spécifique* » », permettant, à terme, d'aller vers une adaptation de l'offre actuelle par le développement de réponses adéquates.

¹ CHAMBAUD, L., « La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri », Rapport Initial, IGAS, Octobre 2007.

PARTIE I

CONTEXTE DE L'ETUDE

1. LE CADRE LEGISLATIF

1.1 Contexte national : De la loi de Lutte contre les exclusions au Grand Chantier Prioritaire 2008-2012

La ***Loi d'Orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998*** est le point de départ d'une série de lois et de programmations définissant les cadres d'action aux plans national, régional et départemental. « *La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* ».

Elle définit trois grands axes : garantir l'accès aux droits fondamentaux dont l'accès au logement, prévenir les situations d'exclusion, agir collectivement contre les exclusions. Ce dernier axe a engendré la création de Comités Départementaux de Coordination des Politiques de Prévention et de Lutte Contre les Exclusions.

Cette loi vise à garantir, sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

Les lois de ***Programmation de la Cohésion sociale (Loi PCS, 2005)*** et ***d'Engagement National pour le Logement (Loi ENL, 2006)*** orientent respectivement les actions en faveur des personnes les plus démunies vers « *l'accès au logement à loyer accessible* » puis vers les logements locatifs sociaux. Or, le projet de loi PCS soulignait déjà en 2005 que seulement **30% des personnes accueillies dans le dispositif d'hébergement d'insertion présentaient l'ensemble des conditions requises pour accéder à un logement autonome**.

La loi ***DALO (Droit Au Logement Opposable)*** de mars 2007, opère alors un tournant et vient apporter une nouvelle façon de considérer les actions à mettre en place vis-à-vis des personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement d'urgence et d'insertion. Cette loi prend en compte plusieurs dimensions des difficultés d'accès au logement dont le contexte de crise du logement, la précarisation des situations d'emploi, et surtout elle différencie les personnes immédiatement en capacité d'accéder à un logement autonome et celles qui ne le sont pas. Ainsi deux principes sont posés :

- Article 1° : « Le droit à un logement décent et indépendant est garanti par l'Etat à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans des conditions de permanence définies par décret en Conseil d'Etat, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir. »
- Article 4 : « Toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation. »

Le P.A.R.S.A. (Plan d'Action Renforcé en direction des personnes Sans Abri, 19 mars 2007) représente la mise en œuvre concrète du principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans domicile, initié par le 4^{ème} article de la loi D.A.L.O. Au-delà des avancées que ce principe représente pour les populations concernées, un des objectifs du P.A.R.S.A. est de « *desserrer la pression sur les structures d'urgence et d'insertion et de recréer de la fluidité dans les dispositifs* ». Ainsi avec le P.A.R.S.A. les populations fragilisées, les plus éloignées de l'accès

immédiat à un logement autonome sont dès lors prises en compte. En janvier 2008, le bilan du dispositif publié par le C.N.L.E.² met en évidence une offre nationale composée :

- de 7093 places de stabilisation d'hébergement par création ou transformation de places existantes en C.H.R.S. et Centre d'Hébergement d'Urgence, contre 6000 attendues ;
- de 37 220 places en C.H.R.S. ce qui représente une augmentation d'environ 6000 places du 31 décembre 2006 au 31 décembre 2007 ;
- 10 877 places d'hébergement d'urgence contre 13 131 un an avant, avec une mobilisation accrue du parc hôtelier.

Les propositions du **Rapport Pinte**, du 25 janvier 2008, tendent à amplifier les politiques menées par le PARSA et de la loi DALO et définissent trois axes :

- « Ne plus condamner à la rue : une politique de prévention » comprenant l'identification des besoins en hébergement et/ou logement intermédiaire des populations les plus vulnérables ou précaires, l'identification des besoins d'insertion par le logement des jeunes majeurs ex-« ASE », la résorption de l'habitat indigne (hôtels dits « sociaux » en particulier).
- « Sortir de la rue : offrir des solutions dignes » dont la mise en œuvre passe par un accompagnement budgétaire de dimension nationale, d'un travail de réflexion sur le travail des équipes de rue (« maraudes »), une rénovation et humanisation des centres d'hébergement (notamment pour ceux passés du statut d'urgence à stabilisation), **l'expérimentation d'opérations atypiques, adaptation ou recherche de solutions innovantes aux personnes présentant des cumuls de ruptures.**
- « Se donner les moyens d'appliquer la loi DALO : dégager une offre adaptée de logements » par l'accroissement de créations de Maisons Relais (notamment en mobilisant la DDE dans ses relations avec les bailleurs sociaux), l'augmentation de l'offre des propriétaires privés avec une réflexion sur la création d'Agences Immobilières à Vocation Sociale départementales ou locales.

Enfin, **le Grand Chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri et mal-logées** traduit, dans un premier temps, le rapport Pinte en 6 chantiers prioritaires :

- Généraliser la prévention des expulsions locatives,
- Renforcer la lutte contre l'habitat indigne,
- Prévenir l'errance à la sortie des établissements de soins, de détention, de Protection Judiciaire de la Jeunesse, et à la fin des prises en charge A.S.E.,
- Offrir des solutions dignes d'hébergement,
- Mobiliser l'ensemble du parc de logements existants (par l'intermédiaire des différents contingents),
- Tenir les objectifs du PARSA et du Plan de Cohésion Sociale à propos du développement de l'offre de logements très sociaux et en maisons relais.

Et dans un second temps, **il intègre les propositions du rapport Pinte en ce qui concerne l'élaboration d'un diagnostic local partagé du dispositif d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile ; et le déblocage de crédits au profit du développement de projets innovants.**

² Conseil National de Lutte contre les Exclusions

1.2 Contexte Départemental : Le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) 2008-2010 et le Schéma Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion

Les publics concernés par le PDALPD 2008-2010 sont définis en cohérence avec la loi DALO et le Schéma Départemental AHI.

Le public prioritaire du Plan est ainsi défini : « *Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions de vie* ». Sont pris en compte parmi les ménages prioritaires du Plan : « *les ménages hébergés en structures ou logés temporairement* », « *les ménages dépourvus de logement* », « *les ménages en situation de handicap incompatible avec la situation actuelle de logement* », « *les ménages en situation de rupture familiale et conjugale (conduisant à la perte du logement)* », « *les ménages en situation de violences et atteintes à la personne* », « *les ménages non autonomes cumulant des problèmes sociaux et de comportement* ».

Dans ce dernier PDALPD, le logement des personnes défavorisées est défini comme une priorité. Il souligne la **nécessité d'élargir l'offre, « notamment du segment situé entre le logement autonome et les structures médico-sociales »**. L'un de ces objectifs est de développer l'offre d'hébergement et de logements de transition sur l'ensemble du département, pour répondre aux besoins des publics et à la saturation du parc par les personnes ayant des difficultés d'accès à un logement autonome.

Bien que le Schéma Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion³ (A.H.I.) ne soit pas disponible dans une version réactualisée, il apporte des précisions quant au développement de l'offre à mettre en œuvre. Le Schéma AHI définit 4 actions dont **l'augmentation de places en CHRS, le développement d'une politique territoriale, la création de solutions novatrices pour des publics difficiles à accompagner vers du logement autonome**. Outre ce développement de l'offre, il se donne pour objectif une **meilleure articulation des prises en charge médicales, psychologiques et sociales pour les publics concernés**.

Par ailleurs, le Schéma AHI 2001-2003 souligne **le caractère prioritaire des réponses à apporter « aux familles et adultes seules avec enfants, aux jeunes très désocialisés sans ressources, aux publics spécifiques (toxicomanes, sortants de prison, prostituées) et personnes SDF vieillissantes »** ainsi définis comme publics prioritaires.

³ Schéma A.H.I. 2001-2003

2. LA PRECARITE : CONTEXTES NATIONAL, REGIONAL, DEPARTEMENTAL

Les informations suivantes sont essentiellement basées sur le rapport de l'ONPES⁴ 2007-2008.

A l'heure où le **taux de pauvreté monétaire⁵ national 2004⁶ s'élève à 13%**, l'ONPES montre que le taux de pauvreté par département atteignait **9,7% à 11,7% pour la Gironde la même année**, et c'est ainsi pour tous les départements Aquitains.

L'intensité de la pauvreté est un indicateur qui permet d'évaluer l'amplitude des écarts entre le niveau de vie médian des ménages pauvres et le seuil de pauvreté. Aussi, « *plus le taux de pauvreté est élevé dans un département, plus les personnes pauvres y sont éloignées du seuil de pauvreté* ». Ainsi, le rapport souligne que l'intensité de la pauvreté en Aquitaine est élevée et oscille entre 16% et 18%, à l'exception du département des Landes où elle est la plus basse (entre 13 et 16%).⁷ **Le département de la Gironde a lui une intensité de la pauvreté comprise entre 16,9 à 18% en 2004 à l'instar du reste des départements aquitains.**

Le rapport souligne que « la part de personnes pauvres vivant dans les zones urbaines a augmenté au cours de la dernière décennie ». Il montre également que malgré le recul de la population pauvre dans les communes rurales, « 23% des personnes pauvres vivent dans une commune rurale en 2005. »

Le rapport met en évidence deux facteurs aggravants (entre autres) qui nous intéressent dans cette étude : l'isolement des personnes et l'âge.

Il relève que « les personnes isolées sont particulièrement exposées à la pauvreté » autrement dit les personnes célibataires, veuves, et les parents isolés. Il note que les personnes de 30 à 59 ans sont « *2,1 fois plus exposées au risque de pauvreté que l'ensemble de la population* » et que ce risque a sensiblement augmenté depuis 1996⁸. Il note que **les personnes âgées de plus de 60 ans ont un taux de pauvreté supérieur de 40% à la moyenne de la population. Ainsi, au 1^{er} janvier 2006, les personnes pauvres de plus de 60 ans représentaient 20% de la population.**

D'autre part, la solitude est mise en avant comme un « *facteur essentiel de la pauvreté chez les personnes âgées [...]* Trois personnes de plus de 65 ans sur 4 vivent seules » et sont le plus souvent des femmes.

De plus, le rapport constate que de nouvelles populations pauvres apparaissent « *A côté de la pauvreté des femmes âgées et isolées, de nouveaux foyers de pauvreté semblent aujourd'hui se développer. Parmi ces « nouveaux visages de la pauvreté » figurent notamment les personnes sans domicile fixe vieillissantes et les immigrés âgés en foyer. Comme l'a montré l'étude menée par des associations⁹ en 2006 sur les personnes âgées, le vieillissement isole et ce processus est amplifié par d'éventuelles difficultés financières* »¹⁰.

Par ailleurs, le rapport montre que l'accès au logement autonome des « *personnes bénéficiaires de minima sociaux a diminué de 24% entre 2003 et 2006, notamment en raison d'un accès réduit au parc*

⁴ Observatoire National de la Précarité et de l'Exclusion Sociale

⁵ Pourcentage de ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

⁶ L'INSEE vient de publier le taux de pauvreté monétaire national 2007 : 7,2%

⁷ Cf. Annexe 1 : Carte de l'intensité de la pauvreté en France (Rapport ONPES 2007-2008)

⁸ 1,4 fois plus que l'ensemble de la population en 1996

⁹ Lapierre-Marot A., *Inégalités de revenus et pauvreté chez les personnes âgées*, master 2 « Économie et gestion des activités sociales et médico-sociales », université Paris-Dauphine, 2006.

¹⁰ Op.cit. p. 76

locatif social ». Ainsi, « **un quart des bénéficiaires du RMI, API, ASS ne disposent pas de leur propre logement. Ils habitent dans un logement prêté par des proches, sont hébergés par des amis ou des parents, vivent en hôtel, dans un abri de fortune, ou sont sans domicile** »¹¹. Le rapport permet de constater que 30% des personnes allocataires de minima sociaux ont été menacées de coupures des fluides ou d'expulsion entre décembre 2004 et le printemps 2006, et note qu'elles sont « *plus souvent effectives dans le parc privé que social* ». De plus, 80% des personnes se sont endettées auprès de proches, d'organismes d'aide ou de banque « *ce qui n'a pas toujours permis de régulariser la situation. Les difficultés de maintien dans le logement semblent s'être aggravées entre 2003 et 2006, une proportion croissante de ceux qui ont des difficultés de paiement jugeant ces difficultés insurmontables* ».

Les données suivantes sont issues des travaux de la Plate-Forme d'Observation Sanitaire et Sociale (POSS) d'Aquitaine sur les indicateurs de précarité en 2007.

Indicateurs	National	Aquitaine	Gironde
Bénéficiaire du RMI	38, 7‰	37,4‰	39,1‰
Bénéficiaire AAH	23,5‰	27,7‰	26,6‰
Bénéficiaire Allocation supplémentaire du minimum vieillesse	53,7‰	59,9‰	53,4‰
Bénéficiaire de l'ASS	7,6‰	10,5‰	10,8‰
Bénéficiaire de la CMU Complémentaire	65,6‰	57,4‰	59,1‰
Taux de chômage (à la fin du 2 ^{ème} Trimestre 2007)	8%	7,8%	8,2%
Chômage Longue Durée	27,2%	27%	26,8%
Chômage des plus de 50 ans	15,5%	15,5%	14,4%

¹¹ Op.cit. p. 131

3. QUELQUES DONNEES SUR LES PERSONNES SANS DOMICILE EN FRANCE

Globalement, le rapport de l'ONPES affirme le rôle décisif de l'emploi et de la structure familiale dans la perte du domicile et dans « *l'entrée dans la pauvreté* ». Ainsi, les personnes seules sans activité professionnelle représentent 45% des personnes sans domicile et les personnes âgées seules n'ayant pas eu d'activité professionnelle, 2% des effectifs. Certaines caractéristiques dans les trajectoires des personnes sans domicile sont surreprésentées. Le tableau ci-dessous récapitule les caractéristiques relevées par l'étude, « Devenir sans domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? »¹².

Difficultés dans l'enfance ou la jeunesse	20% ont quitté le domicile parental avant 16 ans 30% ont connu des difficultés économiques avant 18 ans 23% ont connu des placements au cours de l'enfance (contre 2% de celles qui disposent d'un logement)
Evènements ayant conduit à la perte de domicile	Départ du domicile conjugal : 26% Fin de vie commune des parents : 21% Arrivée sur le territoire national : 19% Survenance de difficultés économiques : 16%

De plus, ce rapport donne quelques éléments qui permettent de situer les résultats de la présente étude qui seront exposées dans la partie suivante.

« Les anciens sans-domicile interrogés dans le cadre de l'enquête décennale Santé ont connu des durées très variables de privation de logement : **21% des anciens sans-domicile interrogés lors de l'enquête sont restés en centre d'hébergement moins de trois mois au cours de leur vie adulte, mais 15 % y sont restés plus de trois ans ; 25 % ont séjourné dans la rue ou dans un abri de fortune pendant moins de deux semaines, tandis que 28 % y ont passé un an ou plus.** »

« Les disparités entre personnes sans domicile concernent aussi leurs modes d'hébergement. **21% des personnes interrogées lors de l'enquête de 2001 font l'objet d'un hébergement de courte durée en hébergement regroupé (moins de deux semaines),** tandis que **42% relèvent d'un hébergement de longue durée avec procédure d'admission ; 29% disposent d'un logement dans le cadre de l'hébergement dispersé, tandis que 8% sont accueillies en chambre d'hôtel ou en foyer-logement au titre de l'urgence.** »

« On observe une corrélation entre le mode d'hébergement et les caractéristiques sociodémographiques des personnes accueillies : les femmes, les personnes vivant en couple ou avec des enfants sont ainsi surreprésentées dans le logement aidé stable et sous-représentées parmi les personnes dormant dans la rue. Les personnes seules, elles, sont plus fréquemment hébergées dans des structures collectives.

Les parcours de logement des personnes sans domicile mettent en évidence la forte porosité entre situations de logement et de non-logement : ainsi, 32% des personnes interrogées lors de l'enquête Insee de 2001 disposaient en janvier 2000 d'un logement autonome, mais elles n'étaient plus que 13 % en janvier 2001. À l'inverse, 36 % des personnes interrogées étaient accueillies en centre d'hébergement en janvier 2001, alors que seulement 16 % d'entre elles l'étaient en janvier 2000. La moitié des personnes disposant d'un logement au moment de l'enquête déclaraient avoir dormi au moins une fois dans la rue par le passé. »

¹² Op.Cit. p.137-138, données issues de l'article de Cécile Brousse, « Devenir sans domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? », *Économie et Statistique*, n° 391-392, 2006.

Ce rapport souligne également que parmi les **travailleurs pauvres 63% sont quasi exclusivement accueillis en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (C.H.R.S.), « ce sont pour une large part des hommes, des personnes isolées et des français [...] 4% des hébergés sont principalement accueillis en Maisons Relais, où les personnes de plus de 60 ans sont surreprésentées, de même que les personnes isolées et de nationalité française »**¹³.

Les conditions de vie difficiles, le stress, une mauvaise alimentation, le manque de sommeil, (etc.), fragilisent la population et favorisent le risque d'être malade. L'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds en janvier 2001¹⁴ et l'enquête "comportements vis-à-vis de la santé"¹⁵ le montrent.

Ainsi, **quelle que soit la maladie somatique, sa prévalence est toujours plus importante que dans l'ensemble de la population.** Concernant la santé mentale des personnes Sans Domicile, elles sont exposées à un certain nombre de problèmes psychologiques. **Elles souffrent dix fois plus de troubles du sommeil que l'ensemble de la population. Un quart présente des états dépressifs et dépressions graves, un sur dix ont des maladies du système nerveux et 5% souffrent de troubles mentaux.**

Ces quelques données épidémiologiques mettent en évidence le fait qu'il existe une prévalence assez importante des troubles somatiques et psychiques chez les personnes Sans Domicile. Les caractéristiques de leur mode de vie et l'accumulation de pathologies (souvent traitées au dernier moment, aux limites du supportable) amènent régulièrement les pouvoirs publics à s'interroger sur ce problème de santé publique et à tenter d'adapter les modalités de réponses aux besoins accrus de cette population.

¹³ Op.cit. p.

¹⁴ Etude SD 2001 BROUSSE et al., 2002, « Hébergement et distribution de repas chauds : Qui sont les sans domiciles usagers de ces services ? », I.N.S.E.E. Première n° 824

¹⁵ Partie variable de l'enquête Permanente sur les Conditions de Vie, mai 2001, INSEE

4. LES DISPOSITIFS DE L'OFFRE D'HEBERGEMENT ET DE LOGEMENT EN GIRONDE¹⁶

4.1 L'urgence

Les Foyers d'hébergement d'urgence proposent généralement un accueil inconditionnel. En Gironde, la majeure partie des places en urgence sont distribuées et coordonnées quotidiennement par le dispositif 115. Les places se trouvent généralement au sein de CHRS de la Communauté urbaine de Bordeaux (CUB). Pour les places hors CUB, à l'exception de Libourne, Sainte Foy La Grande et Castillon-la-Bataille, la plupart sont ouvertes ponctuellement à la demande du 115, du CCAS de la ville ou d'une MDSI, et se trouvent dans des salles polyvalentes, des accueils pour pèlerins, ou des locaux aménagés à cet effet.

Les places d'hébergement d'urgence sur dispositif pérenne dans la CUB :

- 35 places à la Halte de Nuit (Halte 33)
- 22 places à la Maison de Nuit (Halte 33)
- 152 places au Centre d'Accueil en Urgence Leydet¹⁷ (CCAS Bordeaux)
- 20 places en Hôtels (115)
- 4 places au CHRS Saint Vincent de Paul¹⁸ (« Revivre » à Cenon)
- 33 places au CHRS MAMRE¹⁹ (Diaconat de Bordeaux)
- 7 places au SAMU Social (PRADO 33)²⁰
- 14 places Lits Halte Soins Santé (CAU Leydet- CCAS Bordeaux)

Les places d'hébergement d'urgence hors CUB sur dispositif pérenne :

- 9 places au « Local Sans Abri » de Sainte Foy La Grande
- 2 places d'urgence au CHRS Le Lien (Lien Libournais)²¹
- 2 places au « Refuge » de Bazas (Secours Catholique)
- Le « Refuge » de Castillon
- quelques places à la demande dans des locaux prévus à cet effet dans d'autres communes rurales

4.2 L'Hébergement temporaire

4.2.1 Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Historiquement, c'est avec la loi du 30 juin 1975 que les établissements sociaux financés par l'aide sociale sont reconnus en tant que Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale. Dès 1980, les C.H.R.S. se spécialisent dans l'accueil des personnes Sans Domicile. Ce sont des lieux de plus en plus ouverts où se côtoient toutes sortes de problèmes sociaux. L'instauration du RMI, ainsi que la loi Besson sur le logement, annoncent un tournant pour ces structures. En effet, leurs fonctions d'insertion et de réadaptation sociale et professionnelle sont renforcées par les pouvoirs publics. Le sigle C.H.R.S. devient progressivement Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Pris entre le traitement de l'urgence sociale et l'action à long terme (insertion sociale et professionnelle), les C.H.R.S. amorcent un changement de cap et conforté par la loi du 2 janvier 2002, cette tendance se généralise finalement. Ils refusent ou limitent l'accueil en urgence au nom du travail de réinsertion à long terme avec les usagers.

¹⁶ Données issues de l'Observatoire Départemental du logement d'urgence et temporaire et du 115 Gironde (CAIO Bordeaux)

¹⁷ Sur les 152 places CHRS en Urgence (hors Lits Halte Soins santé), l'attribution journalière de places par le dispositif 115 se fait sur 29 places (24 places « hommes »/5 places « femmes »), les autres places sont attribuées pour une durée de 1 mois (renouvelable) par la structure. Ces dernières places sont dites « en carte ».

¹⁸ Places attribuées pour une durée de 15 jours (renouvelable une fois) par concertation 115-CHRS Saint Vincent de Paul

¹⁹ Places attribuées pour une durée de 1 mois (renouvelable) par concertation 115-MAMRE

²⁰ Places exclusivement attribuées par le SAMU Social en fonction de l'évaluation de l'état de santé prioritairement, et de problématiques psycho-sociales complexes.

²¹ Places attribuées essentiellement par le Lien Libournais et le CCAS de Libourne (service médiation sociale)

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles (article 3), sont définis C.H.R.S. : « les structures et services comportant ou non un hébergement, assurant avec le concours de travailleurs sociaux et d'équipes pluridisciplinaires l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien et l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou familles en détresse ». Les C.H.R.S. n'ayant pas obligation de remplir chacune de ces missions. « Il n'y a pas de modèle unique de C.H.R.S., car ils interviennent à différents moments du processus d'exclusion et/ou d'insertion, depuis l'accueil de première urgence jusqu'à la prise en charge à plus long terme, des personnes les plus gravement désocialisées²² ».

Pour les CHRS qui suivent, l'hébergement est conditionné par un contrat de séjour entre la structure d'accueil et la personne hébergée. Ce contrat de séjour explicite le type d'accompagnement personnalisé mis en œuvre pendant la durée de l'hébergement. Dans la plupart des C.H.R.S., l'accompagnement prend forme autour de l'accueil, d'une évaluation de la situation personnelle et professionnelle de la personne, de l'élaboration d'un projet, de la mise en œuvre du projet, d'un suivi et d'une évaluation régulière. A chaque personne est attribué un travailleur social référent chargé du suivi de la démarche d'insertion.

L'objectif de cet accompagnement est d'aider les personnes à recouvrir une autonomie personnelle, sociale et économique. Il consiste à favoriser, dans la mesure du possible, l'accès à la formation professionnelle, à l'emploi, au logement. De plus, les C.H.R.S. mènent depuis longtemps des actions d'accompagnement vers le système de soin, ainsi qu'un travail de dépistage et de traitement au sein même des structures dans le but de favoriser l'insertion des personnes.

Les 486 places en CHRS en Gironde (Hors places CHRS du CAU Leydet, et places Lits Halte Soins Santé) se répartissent entre :

- Foyer MAMRE (Diaconat de Bordeaux), CHRS des Capucins (Diaconat de Bordeaux), ARESJC (PRADO), CHRS « Porte de la Monnaie » (Diaconat de Bordeaux), CHRS Nansouty (CCAS Bordeaux), CHRS Emmaüs, CHRS de l'APAFED (public : femmes victimes de violences conjugales), CHRS du Lien Libournais, CHRS Ozanam (public : femmes), CHRS Saint Vincent de Paul, CHRS Le Petit Ermitage (Association le Petit Ermitage), Le CHRS du CEFR²³, « Le Lion d'Or » (CAIO-places de stabilisation agrémentées CHRS).
- CHRS hors champs de l'étude : Foyer JONAS (public : moins de 30 ans), APRRES (public : moins de 25 ans), ASJ/APRRES (places de stabilisation agrémentées CHRS)

4.2.2 Les places de stabilisation

Ces places ont été créées dans le cadre de la loi PARSA en 2007/2008.

Les 51 places en Stabilisation (hors Lion d'Or, ASJ/APRRES) se répartissent entre :

- le Foyer Noutary, les foyers Emmaüs Bacalan et Bouliac,
- hors champs de l'étude : la « Maison Sainte Catherine » du Secours Catholique (public : femmes de moins de 26 ans avec ou sans enfants).

²² LALLEMAND, D., CATAHIER, S., 2004, *Guide des C.H.R.S. : Références et évolutions*, Edition ASH, Paris, p.29

²³ Centre d'Entraide aux Français Rapatriés

4.3 Les Maisons Relais

Les Maisons Relais sont issues d'une expérimentation généraliste lancée en 1998 d'une vingtaine de « pensions de famille » et sont une variante des résidences sociales. Leur cadre réglementaire est fixé par la circulaire du 10 décembre 2002²⁴. Elles suivent la même réglementation que les résidences sociales et doivent donc recevoir un agrément préfectoral attestant de l'aptitude du gestionnaire et de sa compétence dans le suivi des publics en difficulté.

Les maisons relais constituent « *une offre alternative de logement pour les personnes en situation de grande exclusion. Elle doit permettre une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté* ». Dans ce cadre, l'hôte joue un rôle primordial dans la régulation et l'animation de la vie quotidienne au sein de la Maison Relais. Le public y est accueilli en logement individuel sans limitation de la durée de séjour. « *La maison-relais est destinée à l'accueil des personnes à faible niveau de ressources, dont une situation d'isolement ou d'exclusion, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire* ». Une certaine vigilance doit être apportée à la diversification de ces publics « *des profils et des parcours suffisamment variés pour dynamiser la vie sociale interne à l'établissement et favoriser son ouverture sur l'extérieur* ».

Les 66 places en Maison Relais se répartissent entre :

- Les Maisons Relais du Diaconat de Bordeaux : « Béthel », « Sichem » ; La Maison Relais du PRADO (à Langon) ; La Maison Relais du CCAS de Bordeaux « Martin Videau » ;

4.4 Le logement en ALT et en Sous Location

Les Logements ALT ont été rebaptisés depuis la Loi de Lutte contre les Exclusions de 1998, « Aides aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées », mais le terme ALT perdure pour désigner ces logements dits aussi « très sociaux ». Ces logements servent à loger des personnes défavorisées au sens de la Loi Besson : « *personnes éprouvant en raison de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, des difficultés particulières pour accéder à un logement ou s'y maintenir* ». Ces personnes doivent être en situation régulière. Il s'agit donc du public prioritaire du PDALPD.

Cette aide est destinée aux associations conventionnées, à but non lucratif dont l'objet est l'insertion ou le logement pour des durées limitées et dans l'urgence de personnes défavorisées, ainsi que les CCAS et CIAS. Ceux-ci peuvent être propriétaire ou locataire des logements en question.

Ce dispositif est mis en place par convention passée entre l'association ou le CCAS/CIAS, la DDASS et la DDE. L'aide forfaitaire est versée par la CAF et financée par la CNAF.

Ces logements sont fournis en théorie pour environ 6 mois en fonction des situations et des perspectives de sortie du dispositif pour les personnes. Les associations gestionnaires assurent un suivi social des personnes logées en ALT. La majorité des personnes accédant au logement en ALT est orientée vers le logement autonome avec une ouverture des droits aux A.P.L. (Aides Personnalisées au Logement). Notons qu'avec la crise du logement, la durée de séjour tend à s'allonger de 7 à 9 mois selon ce que nous ont déclaré certains acteurs du logement en ALT en Gironde.

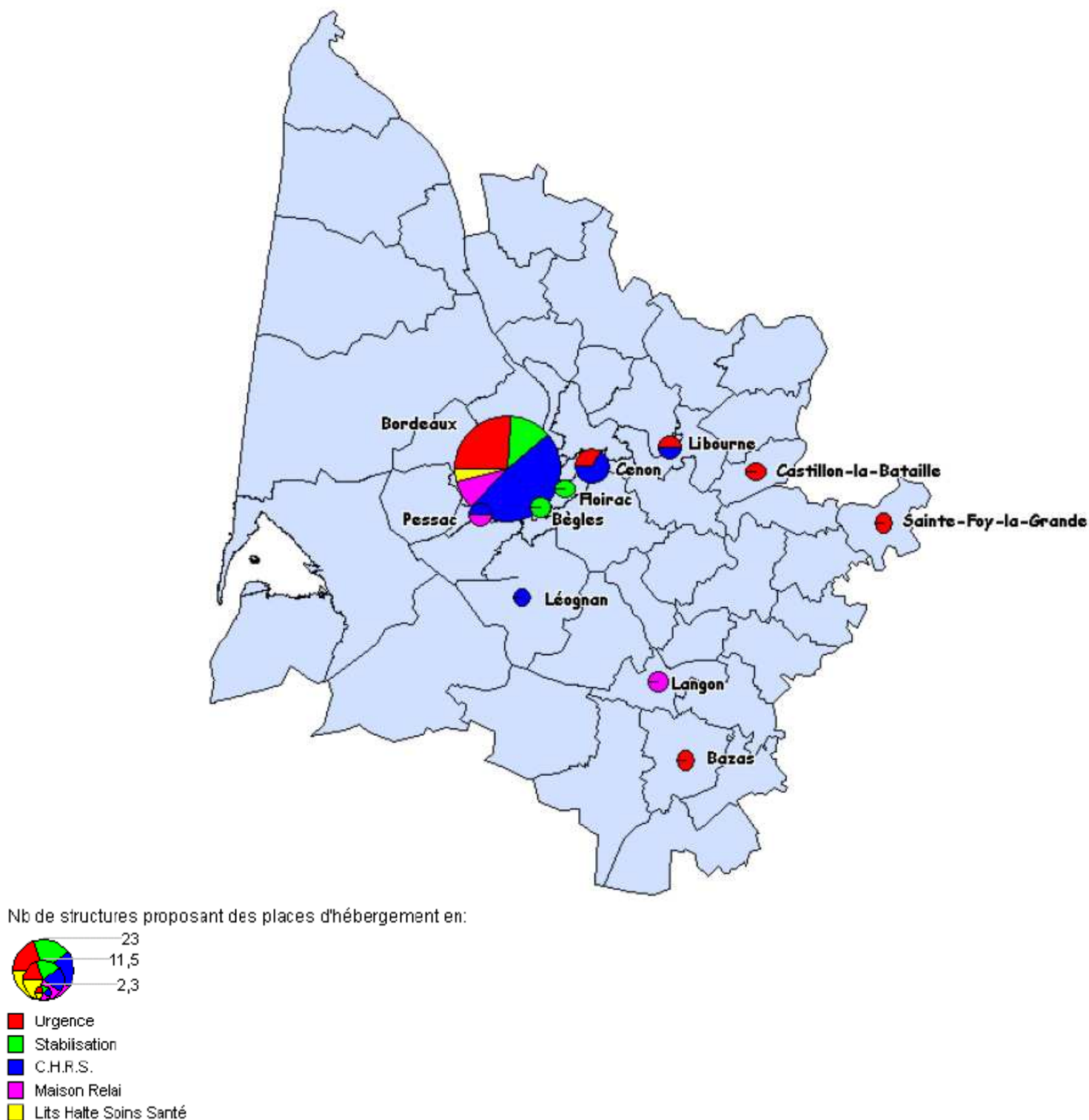
Sur le territoire de la Gironde, plusieurs associations et CCAS proposent des logements en ALT. C'est un parc fluctuant au gré des différents avenants pouvant être signés sur une année entre gestionnaire et Etat. **En 2008, le parc a fluctué entre 1019 et 1227 places en ALT.**

²⁴ Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002

- Les Toits du Cœur ; Emmaüs Bacalan ; Le Réseau Paul Bert ; Le Petit Ermitage, MAMRE, Société Saint Vincent de Paul ; places mises à disposition par divers CCAS/CIAS, le PRADO Modil, le Lien Libournais, le Diaconat de Bordeaux

Le dispositif de sous-location²⁵ offre au 1^{er} Novembre 2008 : 426 logements.

Les dispositifs d'hébergement en Gironde (Octobre 2009)



²⁵ Source : Observatoire Départemental du logement d'urgence et temporaire et Fonds Solidarité Logement Gironde

PARTIE II

METHODOLOGIE

DE L'ENQUETE

Afin d'obtenir un état des lieux à propos de la population sans domicile vieillissante en Gironde et des pistes de réflexion en termes d'habitat « adapté ou spécifique », nous avons choisi d'utiliser deux types d'instruments d'observation : des entretiens et un questionnaire. Ceux-ci ont permis de recueillir un large panel d'informations qualitatives et quantitatives concernant la thématique en question. Nous les présenterons dans la partie suivante.

1. LES ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS

Nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs car nous voulions instaurer un temps d'échange, où les interlocuteurs pourraient s'exprimer sur le sujet librement, et à partir de leur propre cadre de référence. Ces entretiens²⁶ devaient permettre :

- d'approfondir la connaissance de la population « Sans Domicile Vieillissante »,
- de déceler les difficultés rencontrées par le public,
- de comprendre les actions constitutives de l'accompagnement actuel de cette population dans les dispositifs existants,
- de cerner les freins et besoins exprimés par les professionnels,
- de recueillir leurs points de vue sur une éventuelle adaptation de l'offre d'hébergement en direction des personnes vieillissantes.

Généralement, pour les services d'hébergement interrogés lors de la pré-enquête, les réactions étaient positives et quasiment toutes les structures d'hébergement girondines ont été interrogées. En revanche, nous avons rencontré quelques difficultés pour que la demande d'entretiens soit relayée aux bons interlocuteurs avec les services sociaux, notamment aux responsables de CCAS. L'ébullition provoquée par la mise en œuvre imminente du R.S.A., lorsqu'a débuté l'enquête, est en partie responsable.

Finalement, nous avons pu nous entretenir avec les responsables et/ou les travailleurs sociaux de :

- 19 structures d'hébergement d'urgence, temporaire, du logement en ALT et sous location,
- 20 services sociaux de droit commun (dont MDSI/CCAS/MSA/CLIC), et du CAIO de Bordeaux,
- quelques autres associations ont été interrogées.

Les entretiens avaient lieu pour la plupart en face à face à la demande des personnes, ou par téléphone.

Les personnes interrogées ont manifesté leur **enthousiasme à être consulté, et leur intérêt pour la question**. Beaucoup ont exprimé une curiosité légitime sur les implications de l'étude à court ou moyen terme. Certains demandaient si un appel à projet ferait suite. Elles ont aussi manifesté leur incrédulité quant à la prochaine mise en œuvre d'actions spécifiques à ce public. En effet, elles mettent globalement en avant que c'est une thématique soulevée depuis plusieurs années au sein du réseau, portée devant les pouvoirs publics, et qu'à ce jour rien de bien déterminé n'a vu le jour... Donc, la première réaction des plus sceptiques a été de dresser un bilan de ce qui existe, d'apporter un regard critique sur les politiques publiques. Puis comme, les enthousiastes, spontanément ou non, ils proposaient les éléments leur semblant les plus importants à prendre en compte si des actions

²⁶ Trames en Annexe 2 pour les structures d'hébergement, et en Annexe 3 pour les services sociaux.

spécifiques devaient être entreprises. Quelques uns ont même évoqué les projets de leur structure ou association à ce sujet.

Globalement, les acteurs ont manifesté leur volonté de participation à l'enquête et, au-delà de celle-ci, puisque beaucoup ont souligné **l'intérêt d'une concertation entre les différentes structures concernées par l'accueil de ce public**. D'autres faisaient référence à des groupes de travail ou de réflexions. Quelques-uns ont même évoqué leur capacité de montée en charge, si un appel à projets était lancé. En effet, la plupart des acteurs pensent que l'âge moyen d'accueil dans les dispositifs d'accueil d'urgence et temporaire a sensiblement augmenté ces dernières années ; tandis que d'autres évoquent l'augmentation moyenne des durées de séjour liées aux personnes vieillissantes hébergées.

2. LES ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES

Afin de réaliser un état des lieux de la situation des personnes sans domicile vieillissantes, solliciter la participation des premiers concernés semblait évident. La mise en place de cette phase de l'enquête n'a pourtant pas été simple.

Les entretiens²⁷ avec les personnes sans domicile vieillissantes ont pour objectif de compléter les informations recueillies dans les phases précédentes de l'enquête en répondant aux questions suivantes. Les personnes sans domicile vieillissantes expriment-elles un projet de vie ? Si oui, comment l'expriment-elles ? De quelles difficultés, inquiétudes, attentes, et de quels souhaits font-elles part ?

Nous avons demandé à rencontrer ces personnes par l'intermédiaire de structures qui avaient participé à l'enquête par entretiens et par questionnaires. Nous avons privilégié les structures d'hébergement pour ce faire. Bien que l'intérêt d'une telle approche n'ait pas échappé aux acteurs interrogés en entretien, lorsqu'il a été concrètement question d'interroger les personnes hébergées, quelques structures se sont désistées. Les raisons étaient variables : les personnes de plus de 50 ans auxquelles les interlocuteurs pensaient avaient quitté l'hébergement entre temps, elles avaient changé d'avis, ou voulaient rester anonymes... Compte tenu de ces limites pour réunir l'échantillon escompté de 30 personnes, nous avons revu à la baisse l'objectif, et tenté de réunir un panel de 10 personnes vieillissantes avec des profils variés. Or, dès que les premiers entretiens ont été réalisés, la situation s'est rapidement débloquée. Il a bien fallu se rendre à l'évidence que des filtres étaient à l'œuvre de la part de quelques structures, pour protéger les personnes hébergées (saisonnièrement exposées à la presse friande de leur histoire de vie). A l'issue des entretiens réalisés, on peut également constater que bon nombre de personnes, sans domicile ou non, étaient circonspectes quant à la teneur des entretiens et aux objectifs sous-jacents de ceux-ci. Il paraît donc opportun de remercier chaleureusement les volontaires (structures comme interviewés) pour leur participation décisive à cette phase de l'enquête et, particulièrement les tout-premiers pour avoir fait fonctionner le « bouche à oreilles » ! Au total, 29 personnes se sont finalement portées volontaires pour participer aux entretiens.

Une date était déterminée, puis les professionnels organisaient les rendez-vous avec les personnes volontaires ou les rendez-vous étaient pris directement avec les personnes volontaires.

En ce qui concerne les personnes accueillies en hébergement d'urgence, une date a été déterminée avec les responsables pour la réalisation d'entretiens sur place pendant les heures d'ouverture de l'accueil de nuit. Dans ces cas, ce sont les professionnels qui ont sollicité la participation des personnes au fur et à mesure de leur arrivée, et nous ont présenté les volontaires. Les entretiens se sont déroulés dans la foulée.

²⁷ Trame d'entretien en Annexe 4

Pour deux structures, des rencontres collectives ont été organisées avec les personnes hébergées. A l'issue de ces réunions, des rendez-vous ont été pris en fonction de la disponibilité des personnes.

Les entretiens étaient réalisés sur le lieu d'hébergement des personnes, soit dans leur espace personnel, soit dans des locaux mis à disposition à cet effet.

Les entretiens n'étaient pas enregistrés, mais faisaient l'objet d'une prise de notes.

En s'en tenant à la grille d'entretien, ils devaient durer environ 20/30 min. Cependant, les entretiens étant semi-directifs, la durée moyenne de ceux-ci avoisine finalement 1h30. Cela s'explique aussi par le fait que nous ne nous attendions pas à ce que les personnes parlent spontanément et aussi librement de leur histoire de vie, sans que nous leur demandions. Ces éléments permettent d'ajouter une perspective intéressante à l'analyse des entretiens, et donnent du relief aux réalités vécues par les personnes.

La plupart des volontaires étaient curieux de connaître les questions et les objectifs de celles-ci, enthousiasmés par le fait que leur parole soit prise en compte, et surpris que les pouvoirs publics s'intéressent à la situation des sans domicile les plus âgés. Pour une minorité, les tenants et aboutissants des entretiens sont restés plutôt obscurs, voire pas dignes d'intérêt : *« peu importe pour qui, pourquoi, posez vos questions, on verra. J'ai l'habitude, on fait que ça répondre aux questions des assistantes sociales, des travailleurs sociaux, des médecins, du 115, alors... »*. Ou ils étaient confondus avec ceux menés par les multiples travailleurs sociaux avec qui ils sont en lien, et ce, malgré des explications répétées.

3. LE RECUEIL DE DONNEES QUANTITATIVES

Les données recueillies ont été obtenues à partir d'un questionnaire. Celui-ci avait pour objectif de quantifier et localiser la population de personnes « Sans Domicile Vieillissantes » dans et hors dispositifs d'hébergement, sur le département de la Gironde, au 1^{er} Avril 2009. De plus, il s'agissait de la qualifier de manière plus précise.

En accord avec le comité de suivi de l'étude, la population cible de ces travaux a donc été déterminée en deux temps pour définir ce que recouvraient pour les membres, les termes « Sans Domicile » puis « vieillissants ».

Aussi, les termes « sans domicile » comprennent :

- les personnes qui dorment dans un lieu non prévu à l'habitation,
- les personnes qui occupent sans titre et sans accord du propriétaire une habitation (squats),
- les personnes accueillies par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation,
- les personnes logées en ALT.

Une réflexion menée avec le comité de suivi, a permis de préciser le terme, vague et subjectif, « vieillissante » qui désigne la population étudiée, et qui au premier abord semblait concerner les personnes de plus de 60 ans. Prenant en compte l'espérance de vie, les conditions de vie, les parcours des personnes sans domicile, ainsi que les constats des professionnels (recueillis lors de la phase exploratoire), toute personne « sans domicile » (telle que définie plus haut) de plus de 50 ans devait être systématiquement incluse dans le champ de ces travaux. De plus, afin d'éviter d'exclure une partie de la population en limitant la notion de « vieillissant » au seul critère d'âge, nous avons donc laissé à l'appréciation des professionnels la possibilité d'inclure des personnes de moins de 50 ans présentant les caractéristiques d'un vieillissement « prématuré » ou « avancé » indépendamment de leur âge réel, notamment les personnes dont l'état de santé général est fortement dégradé.

Ceci étant, nous avons donc envoyé ce questionnaire à toute structure girondine susceptible d'accueillir ou de connaître des personnes Sans Domicile. Dans de nombreux cas, des contacts avaient déjà été pris, et les interlocuteurs déjà sollicités pour participer aux trois volets de l'enquête. Le questionnaire était destiné à être rempli non pas par la population concernée elle-même, mais par les professionnels et bénévoles auxquels il était envoyé. Le délai de retour était annoncé au 27 avril, puis une relance a été adressée par la suite en étendant le délai de retour au 12 juin, étant donné l'indisponibilité de nombreuses structures lors de la première période de collecte.

Le questionnaire²⁸ a été construit en se basant sur quelques travaux²⁹ actuellement disponibles à propos des personnes sans domicile, même si les critères de population diffèrent d'une enquête à l'autre.

Il se compose de six parties. La première regroupe des informations générales sur la personne. Les initiales étaient uniquement demandées afin d'attribuer un identifiant au questionnaire. Ainsi, associées à la date de naissance, cela a permis de réduire considérablement les possibilités de double-comptes. Les parties suivantes sont destinées à mieux appréhender les situations psycho-sociales de la population : les problématiques relatives à la santé des personnes ainsi que leur couverture sociale, les suivis sociaux en cours et les mesures de protection des majeurs, les types de revenus de la population, et leurs difficultés financières. Les deux dernières parties étaient centrées sur les lieux de vie des personnes, actuels et passés, puis sur les démarches de recherche d'hébergement et de logement entreprises.

Concernant les lieux de vie de la population, nous avons distingué les places d'hébergement d'urgence en 2 catégories :

- les places d'hébergement d'urgence à la nuit que nous appelons « accueil de nuit ». La spécificité de ces places réside dans le fait que les structures hébergent la personne pour une nuit donnée sans pouvoir garantir le renouvellement de cette place le lendemain.
- les places temporaires en hébergement d'urgence. Ces places sont attribuées pour des durées variant de 15 jours à 1 mois en moyenne et sont éventuellement renouvelables, selon les structures.

Par ailleurs « hébergement à visée curative » désigne les structures proposant un hébergement thérapeutique, en logement individuel ou collectif, tel que celui de l'association SOS Habitat et Soins, et n'inclut en aucun cas les Lits Halte Soins Santé des hébergements d'urgence.

Enfin, dans le but de recueillir des informations sur les types d'habitat qu'occupe actuellement la population hébergée dans les dispositifs existants en Gironde, nous nous sommes basés sur la nomenclature des formes d'habitat de l'enquête INSEE SD2001.

Deux parties « commentaires » ont été insérées dans le questionnaire. Les éléments recueillis là, ont constitué une aide considérable lors du traitement des questionnaires, de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats. Dans plusieurs cas, les répondants s'en sont servis pour expliquer leur réponse dans les questions à choix multiples ou pour ajouter des réponses qui n'étaient pas proposées dans le questionnaire. Les commentaires les plus fréquemment rencontrés relataient le parcours de la personne, souvent des éléments de son histoire de vie (rupture familiale, conjugale, lieu de vie d'origine, expériences professionnelles, etc.), explicitaient les problèmes de santé et les causes probables ou avérées associées, l'explication des souhaits ou des attentes de la personne, des refus, des échecs, des avancées dans ses projets, etc. Ces commentaires ont permis d'explicitier des situations très complexes qui, sans eux, auraient rendu nombre de questionnaires incongrus ou obscurs.

²⁸ Questionnaire en Annexe 5

²⁹ Rapport de la MIPES 2008, Enquête INSEE SD2001, Enquête ES 2004 sur le volet « clientèle accueillie en urgence dans les CHRS »

Au cours de l'analyse, pour faciliter la compréhension des situations d'hébergement des personnes, quelques lieux de vie sont regroupés sous la même catégorie en tenant compte de la pertinence de ces associations. Cela permet de mieux discerner les personnes qui sont dans des situations de stabilité dans un dispositif d'hébergement social (places temporaires et places pérennes) de celles qui sont dans une situation d'errance ou dans des lieux de vie hors dispositifs dédiés aux personnes Sans Domicile. Ainsi :

- la catégorie « Stabilisation/CHRS » comprend les personnes accueillies dans les hébergements temporaires à visée d'insertion et réadaptation sociale (CHRS et assimilés dont ALT) et dans les hébergements moyen terme de stabilisation (dont CHRS et ALT).
- la catégorie « Errance » regroupe à la fois les personnes qui cumulent plusieurs lieux de vie au 1^{er} avril 2009, ainsi que les personnes accueillies en accueils de nuit, en accueils temporaires en hébergement d'urgence, dans des lieux impropres à l'habitation et les occupants de « squats ».
- la catégorie « Autres » regroupe les personnes qui, et ce de manière exclusive, sont logées ou hébergées à titre gratuit par des tiers ou des proches, qui louent une chambre d'hôtel, vivent en caravane, en Mobil Home ou sont dans des locations officielles d'habitat de fortune. Y sont parfois comprises, les personnes en hébergement à visée curative, ces cas sont précisés dans les analyses en questions.

Taux de couverture de l'enquête et participation des structures sollicitées

Sur les 208 structures contactées en Gironde, 34 ont répondu positivement à l'enquête et 11 ont fait savoir qu'aucune personne de la population cible n'était connue de leur service au 1^{er} avril 2009. Le taux de participation globale à l'enquête s'élève donc à 22% et le taux de réponses effectives à l'enquête (réponses avec envoi de questionnaire(s)) s'élève donc à 16 % pour l'ensemble de la Gironde.

Pour l'essentiel, les répondants sont des structures de la Communauté Urbaine de Bordeaux(C.U.B) dont :

- ~ une dizaine de structures d'hébergement temporaire et du logement en ALT girondines,
- ~ des associations proposant un service social et un hébergement : CAIO et Diaconat (instructeurs RMI), Emmaüs, SAMU Social,
- ~ des services sociaux de droits communs : les CCAS d'Ambarès, Bordeaux, Bruges, Gradignan et Talence et la MDSI Bordeaux St Michel,
- ~ le CLIC de Bordeaux
- ~ les PASS du CHU Pellegrin, du CHS Perrens, de l'Hôpital St André (Centre d'Albret),
- ~ les services de tutelles ATI et AOGPE.

Quelques structures hors CUB ont aussi répondu. Généralement, chacune a renvoyé un ou deux questionnaires :

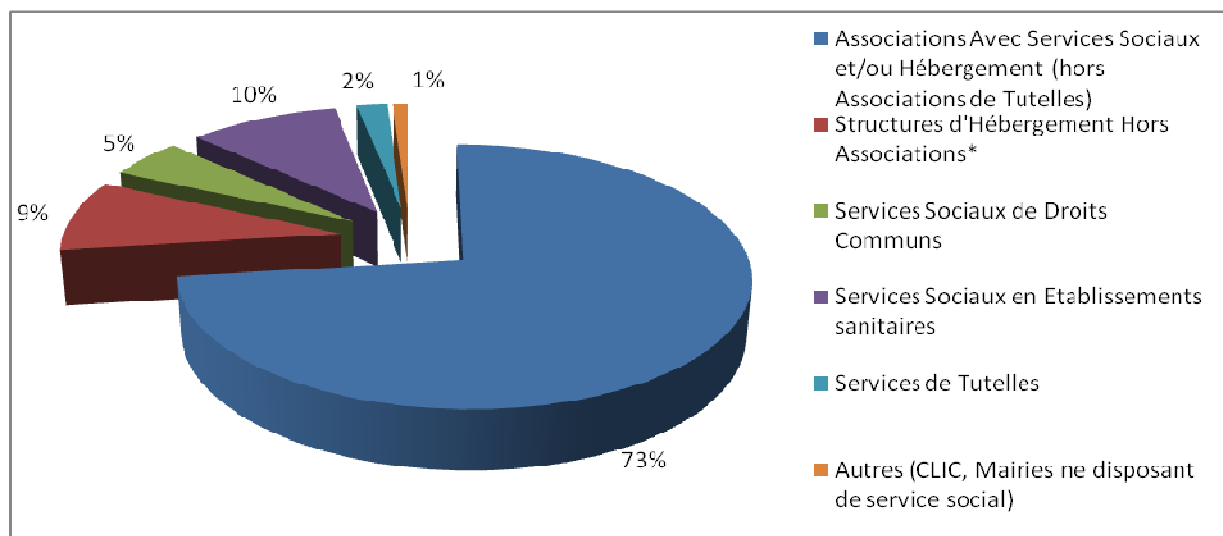
- ~ des services sociaux de droit commun : 3 CCAS (Coutras, Lège Cap Ferret, Gujan Mestras), la MDSI de Bazas,
- ~ les mairies de St Jean d'Illac et de Talais,
- ~ la MSA de Blaye,
- ~ le service social du CHS Cadillac,
- ~ l'association Le Lien Libournais (Libourne et Coutras) et le PRADO Modil (Langon).

Par ailleurs notons que, mis à part à Libourne, il n'existe pas de structure d'hébergement d'urgence sur la plupart des communes des structures répondantes hors CUB.

Au total, 339 questionnaires ont été collectés sur la période du 27 avril au 1^{er} juillet 2009. La majeure partie des questionnaires provient de structures associatives (73%). En effet, elles gèrent la plupart des

hébergements destinés aux personnes Sans Domicile et 4 associations proposent à la fois un service social et un service d'hébergement et/ou de logement. Notons que 50% des questionnaires reçus des associations proviennent d'un même service social : le CAIO. Viennent ensuite les établissements sanitaires et les structures d'hébergement hors associations. Il y a eu très peu de retours de la part des services sociaux, nous avons contacté toutes les MDSI et les CCAS en Gironde, et quelques mairies en l'absence de CCAS. Moins d'une dizaine ont clairement fait savoir qu'ils ne suivent ou ne connaissent pas de personnes vieillissantes Sans Domicile dans leur secteur ou communes. Exception faite de 2 structures de la CUB (CCAS du Haillan et CLIC de la Rive Droite), ce sont surtout des mairies et CCAS en milieu rural qui ont fait cette démarche. Finalement, en comptant les services sociaux qui ont fait savoir qu'ils ne connaissaient pas de personnes de la population-cible, 12% des services sociaux contactés ont répondu. Ainsi, 9% de l'ensemble des CCAS, 5% de l'ensemble des MDSI et 7% de l'ensemble des MSA ont renvoyé des questionnaires. D'autre part, quelques-uns ont fait savoir informellement, après la période d'enquête, leur manque de disponibilité à ce moment là, et ont néanmoins indiqué la présence sur leur territoire de personnes correspondantes à la population étudiée, en particulier sur les communes de la CUB. La faible participation des services sociaux de droit commun n'est toutefois pas surprenante au regard des règles plus ou moins implicites concernant l'orientation et les domiciliations de personnes sans domicile dans et, surtout, hors CUB. Quelques services sociaux expliquent de plus que les personnes Sans Domicile ne restent pas longtemps sur les communes dépourvues d'hébergement d'urgence. Or, la plupart des hébergements d'urgence se trouvent dans la CUB et plus précisément à Bordeaux. Ce qui explique également en partie, le taux de réponses important du CAIO, partenaire privilégié du 115 et qui prend en charge et domicilie les personnes en errance, autrement dit celles qui sont sans résidence stable depuis plus de 3 mois.

Proportion de réponses effectives³⁰ fournies par les structures répondantes



Exprimée en pourcentage de questionnaires reçus avant apurement de la collecte.

Données sources en Annexe 9 tableau 1

* Cette catégorie comprend les structures d'hébergements gérées par le CCAS de Bordeaux (CAU Leydet, CHRS Nansouty et Maison Relais Martin Videau). Les autres CCAS peuvent également proposer des hébergements ponctuels, cependant les questionnaires renvoyés par ceux-ci ne mentionnent pas explicitement une structure en particulier et dépendante du CCAS. Par conséquent, ces derniers ont été classés dans la catégorie « services sociaux ».

Afin de procéder au traitement des données, il a été nécessaire de faire une sélection stricte des questionnaires à traiter. Il s'agissait d'éliminer les questionnaires en double provenant de différentes structures, les questionnaires incomplets, ou inexploitable par manque des identifiants (date de naissance et initiales de la personne).

³⁰ Réponses avec envoi de questionnaire(s)

Ainsi sur 339 questionnaires reçus, un premier tri a permis de repérer **310 personnes, distinctes, Sans Domicile Vieillissantes en Gironde au 1er avril 2009**. Après le second apurement de la collecte sans les questionnaires incomplets, **302 questionnaires sont finalement** exploitables pour traiter les données recueillies sur la population étudiée, ce qui représente un **taux de déperdition de seulement 2% de l'ensemble des questionnaires reçus**.

Le tableau ci-dessous récapitule les taux de participation effective et le nombre de questionnaires reçus. Il existe un flux de population important entre les différentes structures d'hébergement associatives, non associatives et les services sociaux en établissements sanitaires. C'est, par conséquent, entre ces trois catégories que les questionnaires en double étaient les plus nombreux. D'une part, parce qu'elles comprennent l'essentiel des structures d'hébergement d'urgence, et des services sociaux plus ou moins désectorisés, et d'autre part parce que les PASS travaillent en collaboration étroite avec les services d'urgence des hôpitaux. Ces 3 entités travaillent dans un partenariat étroit autour de la situation globale des personnes qu'elles accueillent, reçoivent, soignent et hébergent. Notons également le taux de participation particulièrement faible des services de tutelles, qui pourtant, nous le verrons plus tard, ont à leur charge une part non négligeable de la population étudiée. Nous ne pouvons en expliquer les raisons à ce jour.

Tableau récapitulatif des Niveaux de participation effective³¹

	Nb de réponses effectives/ Nb de structures contactées	Taux de participation effective	Nb Questionnaires reçus
SERVICES SOCIAUX dont			
CCAS	8/92	8,7%	12
MDSI	2/39	5,1 %	3
MSA	1/15	6,7 %	2
SERVICES DE TUTELLES	2/11	18,2 %	6
ASSOCIATIONS dont			
Structures d'hébergement	12/22	54,6 %	87
Services sociaux	1/2	50 %	123
Services sociaux et d'hébergement	4/4	100 %	38
STRUCTURES D'HEBERGEMENT HORS ASSOCIATIONS ⁽¹⁾	3 / 3	100 %	31
SERVICES SOCIAUX EN ETABLISSEMENTS SANITAIRES	3/5	60 %	34
Autres (CLIC, mairie)	2/15 (4 CLIC + 11 mairies)	13,3%	3

(1): cf. * graphique 1

³¹ Participation avec envoi de questionnaires

PARTIE III

RESULTATS DE L'ENQUETE :

ASPECTS QUALITATIFS

ET

QUANTITATIFS

Les trois premiers chapitres présentent les informations recueillies auprès des professionnels rencontrés et des structures qui ont participé à l'enquête par questionnaire. Approches qualitatives et quantitatives y sont exposées conjointement.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des entretiens réalisés auprès de personnes sans domicile vieillissantes.

CHAPITRE 1^{er} :

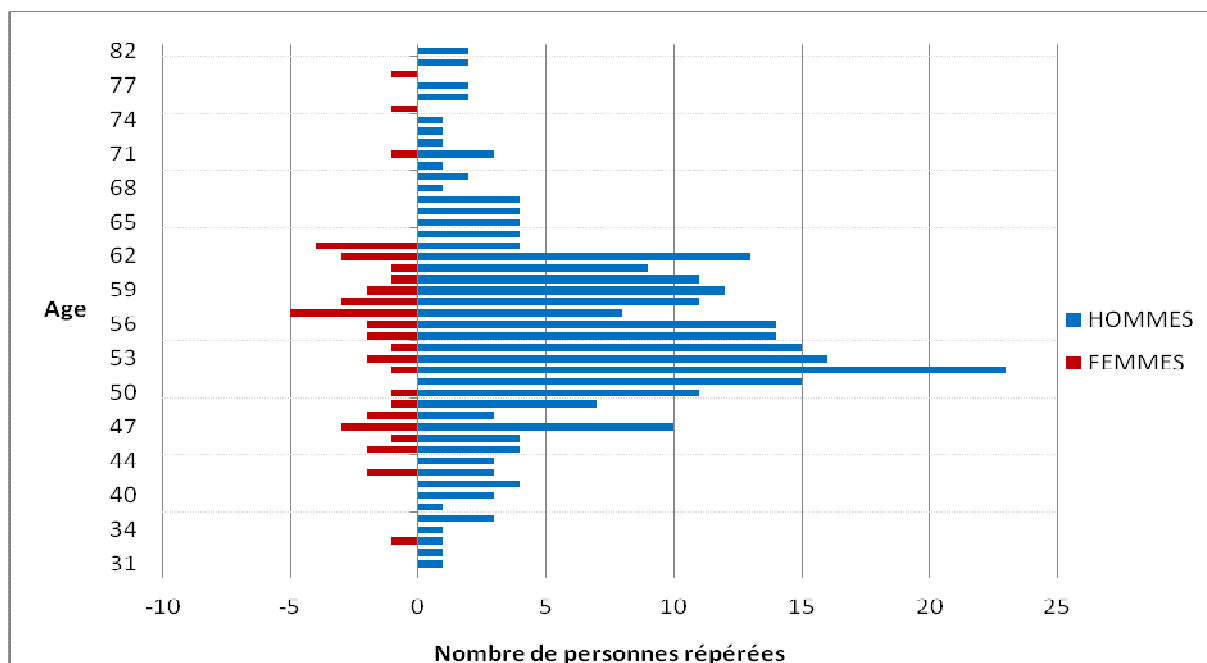
QUI SONT LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES ?

1. LA POPULATION SANS DOMICILE VIEILLISSANTE EN GIRONDE : APPROCHE QUANTITATIVE

1.1. Composition de la population repérée

L'enquête quantitative a permis de repérer 302 personnes Sans Domicile dites vieillissantes grâce aux différents acteurs qui y ont participé. La population repérée se concentre sur la tranche d'âge de 45 à 65 ans ce qui représente 81% de l'effectif total. Elle se compose de **14% de femmes et de 86% d'hommes**. Plus de la moitié de la population masculine est âgée de 50 à 59 ans, tandis que plus de la moitié de la population féminine est âgée de 55 à 65 ans. Notons par ailleurs que **les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 27% de l'ensemble des personnes repérées**³². Le Graphique ci-dessous montre la répartition de la population par sexe et par âge.

Pyramide des âges des personnes Sans Domicile dites « Vieillissantes » en Gironde au 1^{er} Avril 2009

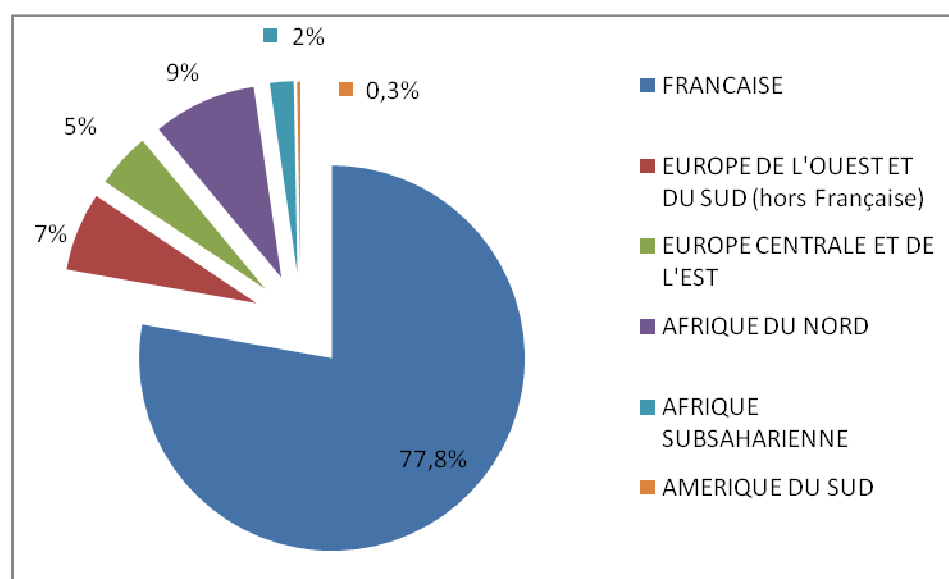


Données Sources Tableau 3 en Annexe 9

La population est essentiellement composée de personnes de nationalité française. Les personnes de nationalité étrangère représentent 22% de l'ensemble de la population.

³² cf. Données sources Tableau 2 en Annexe 9

Nationalités des personnes repérées



Exprimés en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 10

1.2. Lieux de vie des personnes sans domicile repérées

1.2.1. Lieux de vie fréquentés par la population

Comme les professionnels le déclaraient, la population a tendance à rester sur le même lieu de vie, lorsque la structure d'accueil le permet. Seulement, 10% de la population fréquentent plusieurs lieux de vie en même temps au 1er Avril 2009. Le tableau ci-dessous présente les différents types de lieux de vie fréquentés par la population³³. Ainsi 38% de la population fréquentent les accueils d'urgence (accueils de nuit et temporaires en hébergement d'urgence) et 17 % des lieux non prévus à l'habitation.³⁴

³³ Constats basés sur les lieux de vie déclarés au 1^{er} avril 2009 par les répondants au questionnaire, plusieurs choix étaient possibles. Le Tableau récapitulatif indique donc le pourcentage de population fréquentant chaque type de lieux de vie en en tenant compte. Il n'est pas dans ce cas fait référence aux fréquentations des structures sur une période donnée.

³⁴ Cf. Détails des fréquentations de l'hébergement temporaire en urgence, Tableau 45 et 45 bis ; des établissements sanitaires Tableau 46 ; des « Autres » lieux de vie, Tableau 47 en Annexe 9.

TYPES DE LIEUX DE VIE FREQUENTES	% de la population
ACCUEILS DE NUIT	26,2
ACCUEILS TEMPORAIRES EN HEBERGEMENT D'URGENCE	11,9
HEBERGEMENT TEMPORAIRE A VISEE D'INSERTION ET READAPTATION SOCIALE	10,9
HEBERGEMENT MOYEN TERME DE STABILISATION	7,6
HEBERGEMENT A LONG TERME Sans limite de la durée de séjour	7
HEBERGEMENT A VISEE CURATIVE	2,3
ETABLISSEMENTS SANITAIRES	3
LOGEMENT A TITRE GRATUIT PAR TIERS/PROCHE	11,6
CHAMBRE D'HOTEL LOUEE SEUL OU A PLUSIEURS	2,7
HABITATION SANS TITRE D'OCCUPATION ET SANS ACCORD DU PROPRIETAIRE (Squats)	6,3
LIEUX NON PREVUS A L'HABITATION	17,2
AUTRES	4

Récapitulatif des fréquentations par la population de chaque lieu de vie

Exemple de lecture : 26,2 % de la population fréquentent les accueils de nuit.

1.2.2. Lieux de vie des personnes Sans Domicile Vieillissantes au 1^{er} Avril 2009

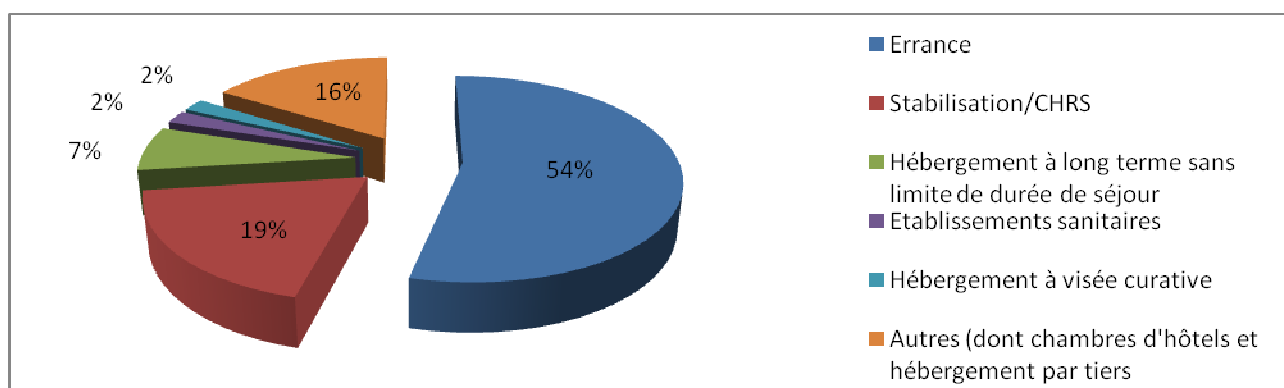
En considérant les occurrences entre les différents lieux de vie pour une même personne, on peut remarquer que les personnes fréquentant des structures d'urgence alternent nuits dans des lieux impropres à l'habitation, hébergements précaires (logement chez des tiers ou proches), chambres d'hôtels, squats et parfois établissements sanitaires.³⁵ Les seuls lieux de vie qui ne sont jamais associés à d'autres sont les hébergements temporaires à moyen et long terme, ainsi que les caravanes, Mobile Home, location officieuse d'habitat de fortune³⁶.

A partir de ces occurrences, nous avons pu définir la catégorie « Errance » qui comprend à la fois les personnes qui cumulent plusieurs lieux de vie au 1^{er} avril 2009, les personnes accueillies en hébergement d'urgence, dans des lieux impropres à l'habitation et les occupants de squats. La constitution de cette catégorie permet d'observer plus aisément la répartition par lieux de vie de la population, mais surtout de mettre en évidence le fait que **plus de la moitié de la population Sans Domicile Vieillissante est dans une situation d'errance et 16% vivent dans des conditions d'hébergement très précaires et/ou en dispositifs mobiles.**

³⁵ Cf. Tableau 48 et 49 en Annexe 9

³⁶ Rappel méthodologique : ces types d'hébergement sont classés dans la catégorie « Autres »

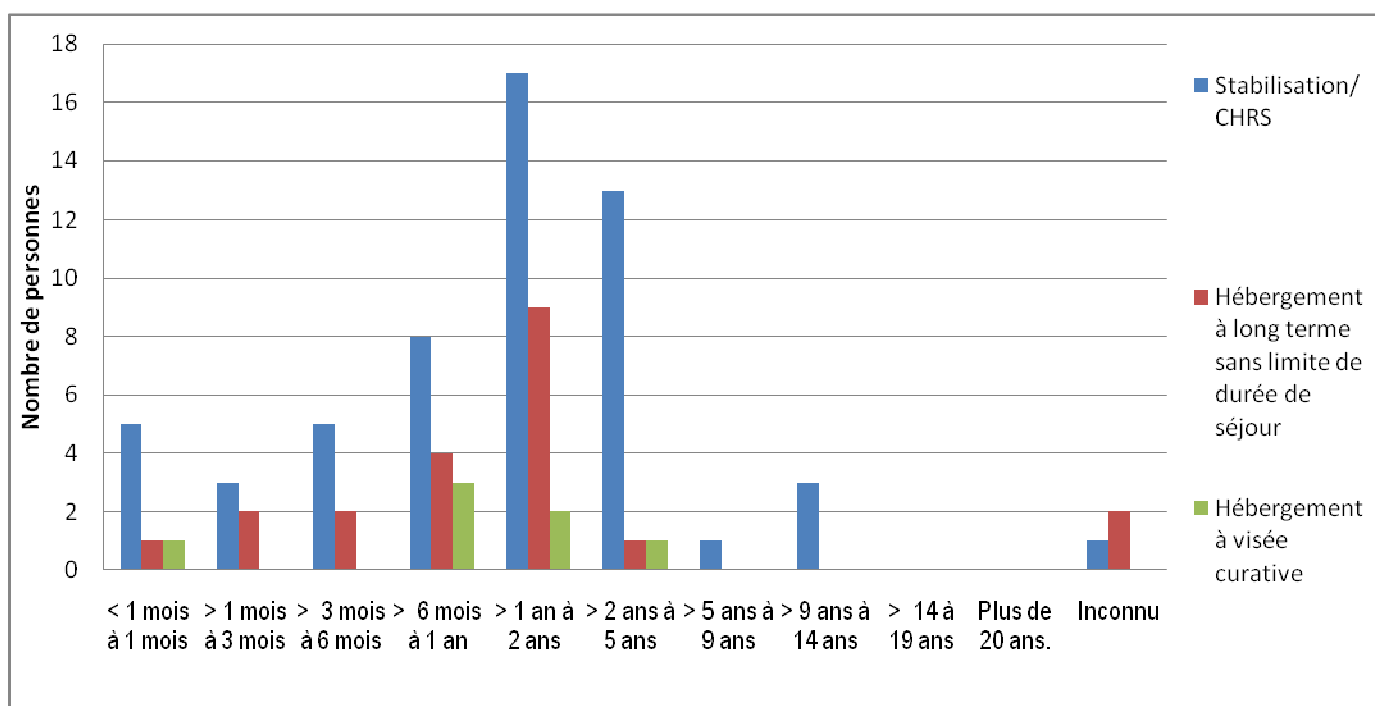
Lieux de vie de la population au 1^{er} Avril 2009



Exprimés en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources : Tableau 43 en Annexe 9

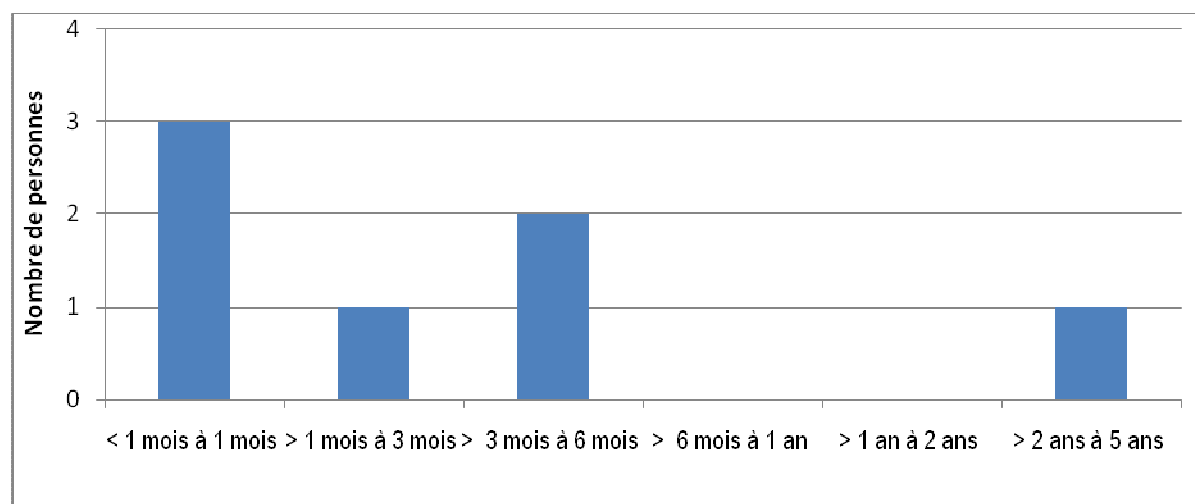
La moitié de la population occupe le lieu de vie déclaré depuis plus de 2 ans.³⁷ Les graphiques ci-après illustrent la répartition de la population par lieux de vie et l'estimation du temps passé sur le lieu de vie en question au 1^{er} avril 2009. Nous détaillerons dans une autre partie la situation des **personnes qui sont en errance depuis plus de 2 ans et qui représentent 14% de l'ensemble de la population**. Parmi les personnes en **hébergements précaires chez des tiers, en installations mobiles, ou en chambres d'hôtel, 70% sont dans cette situation depuis plus d'un an, dont 30 % depuis plus de cinq ans**. Parmi les personnes Sans Domicile sur des **dispositifs CHRS ou Stabilisation, 60% occupent une place depuis au moins un an** (dont la moitié ont de 2 à 14 ans d'occupation de la place).

Ancienneté des personnes hébergées en dispositifs temporaires et pérennes au 1^{er} Avril 2009

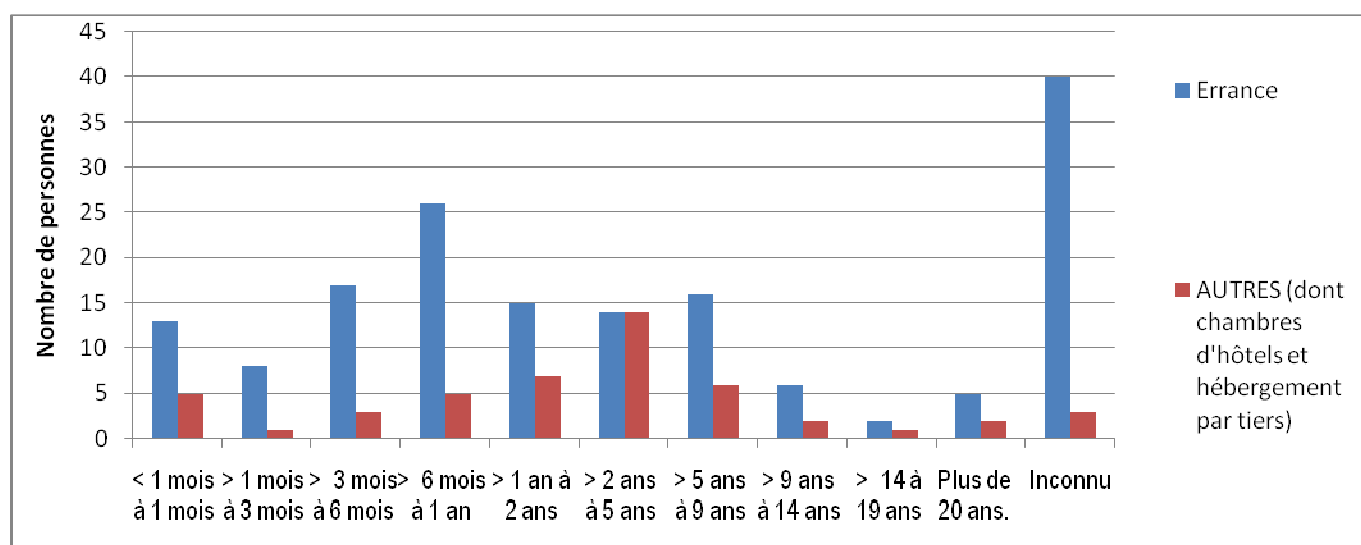


³⁷ cf. Tableau 50 en Annexe 9

Ancienneté des personnes accueillies en établissements sanitaires
au 1^{er} Avril 2009



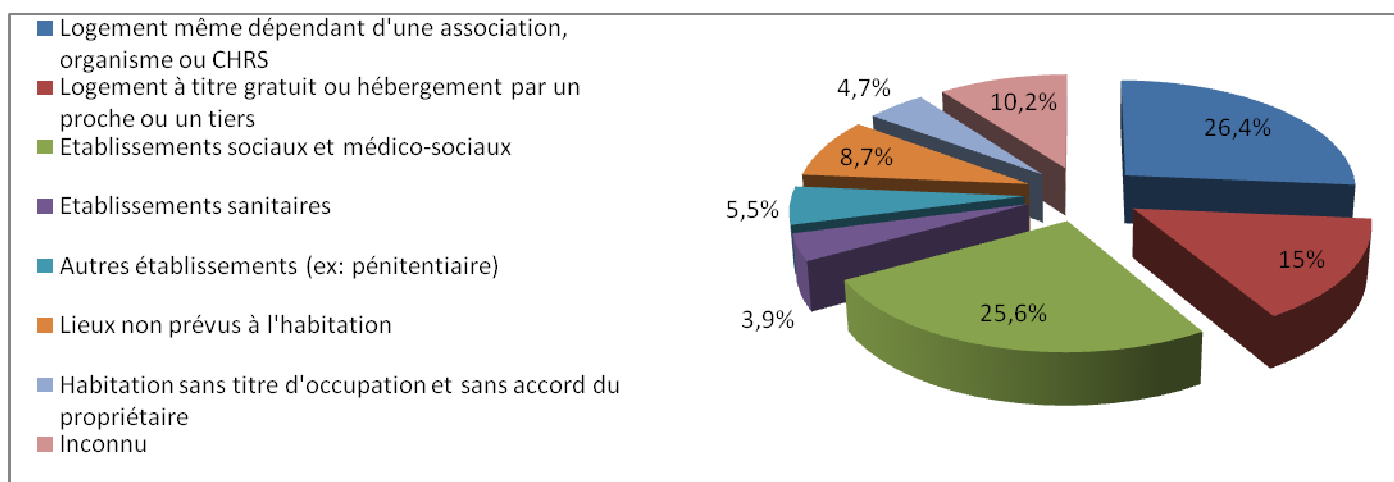
Ancienneté des personnes en errance et en hébergements précaires
ou dispositifs mobiles au 1^{er} avril 2009



Tous dispositifs d'hébergements confondus, **60 % de la population est hébergée en collectif** dont la moitié en chambre collective et l'autre moitié en chambre individuelle. Une personne sur 25 est hébergée en chambre d'hôtel payée par un organisme ou un CHRS. Enfin, pour 21% de la population, le type d'habitat occupé est un logement dépendant d'une association, d'un organisme ou d'un CHRS ³⁸

³⁸ cf. Tableau 51 en Annexe 9

Lieux de vie antérieurs

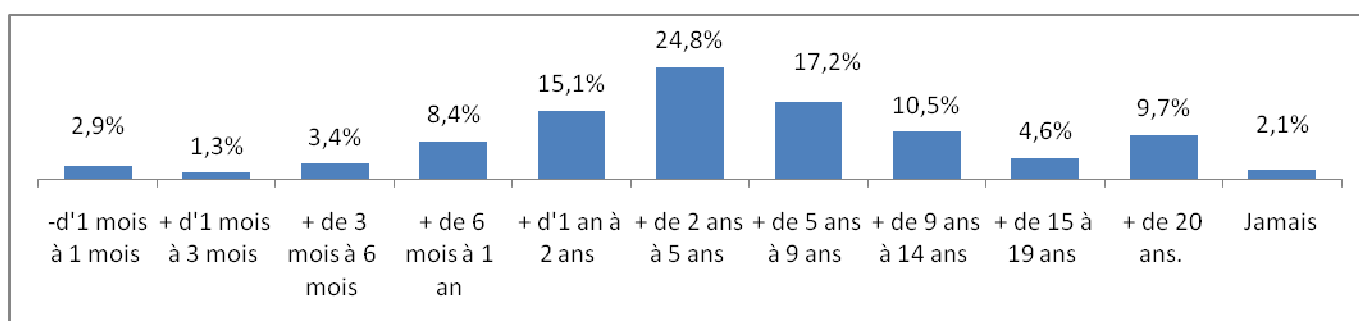


Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 52 en Annexe 9

Environ un quart de la population vivait en logement autonome avant d'être dans la situation actuelle. Notons que seulement 2% de la population n'ont jamais vécu en logement autonome³⁹. Ces 2 observations confirment les propos des professionnels, à savoir que la population Sans Domicile vieillissante a souvent déjà eu une expérience en logement autonome dans sa vie, (contrairement aux populations plus jeunes). Mais les expériences d'un logement autonome peuvent remonter à longtemps puisque **pour 24% de la population, le dernier logement autonome remonte à plus de 10 ans. La dernière expérience de logement autonome se situe entre 2 et 5 ans** (cf. Graphique ci-dessous) **pour un quart des personnes repérées**. La perte du logement était liée à une mesure d'expulsion pour 11% de l'ensemble de la population.⁴⁰

Pour 15% de la population, la dernière expérience de vie en logement s'est faite par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un proche qui la logeait ou l'hébergeait. Notons que près de 5% de l'ensemble des personnes vivaient en squats.⁴¹

Ancienneté de la perte du dernier logement autonome connu



Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 53 en Annexe 9

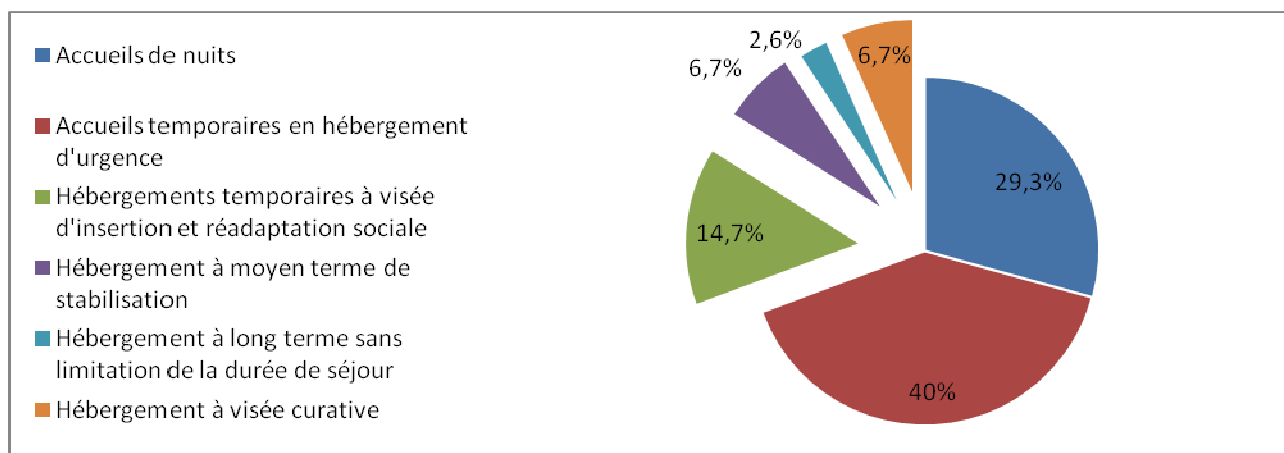
³⁹ cf. Tableau 53 en Annexe 9

⁴⁰ cf. Tableau 54 en Annexe 9.

⁴¹ Les professionnels ont exprimé quelques nuances à prendre en compte pour orienter adéquatement en hébergement les personnes. Car, si une partie des « squatteurs » vit dans ce qui s'apparente plutôt à une habitation de fortune, d'autres vivent dans de véritables habitations mais sans titre d'occupation.

Pour 26% de la population, le lieu de vie antérieur était un établissement social avec ou sans prestations médicalisées. Les personnes cumulaient parfois plusieurs types d'hébergements. Ainsi, parmi eux, 70% fréquentaient une ou plusieurs structures d'hébergement d'urgence. Par ailleurs, près de 9% de la population vivaient dans des lieux non prévus à l'habitation.

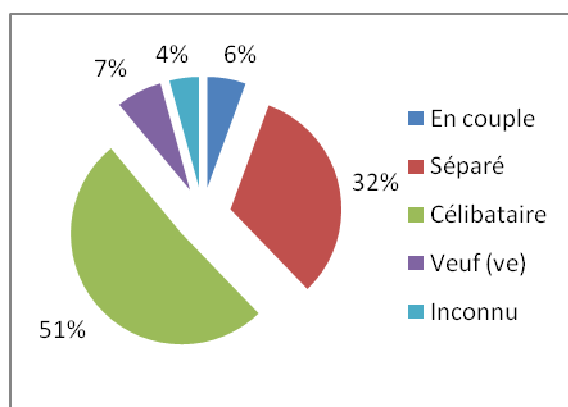
Etablissements sociaux avec ou sans prestations médicalisées fréquentés antérieurement par la population



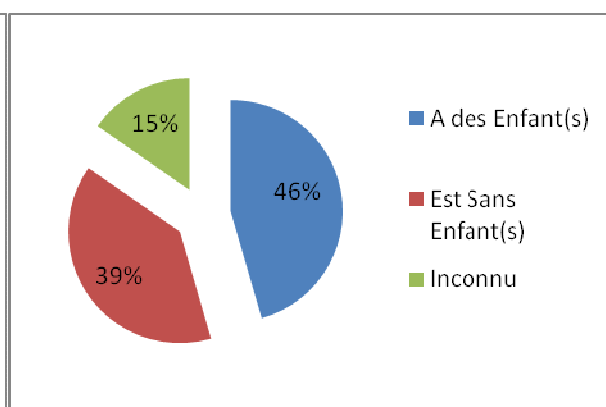
Exprimés en pourcentage de personnes ayant fréquenté ces lieux. Données Sources Tableau 55 en Annexe 9.

1.3. Situation matrimoniale et familiale de la population, et situation déclarée lors des demandes d'hébergement

Situation matrimoniale



Situation Familiale



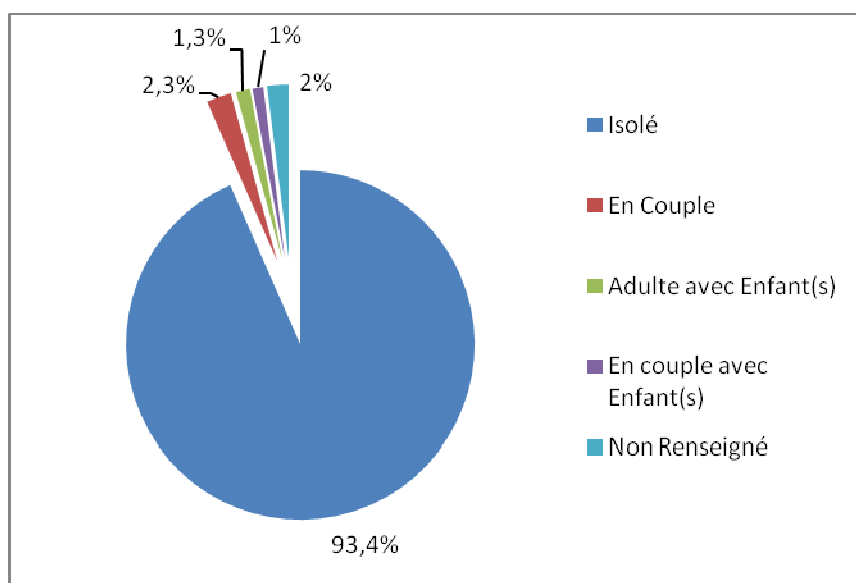
Exprimées en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableaux 4 et 5 en Annexe 9

90 % de la population repérée est constituée de personnes seules « matrimonialement » (séparées, célibataires ou veuves), 44 % de ces personnes ont des enfants. Cependant, leurs enfants ne sont pas ou plus à leur charge ou sont eux-mêmes des adultes, puisque la proportion de personnes qui se déclarent en tant que familles monoparentales pour les demandes d'hébergement ne représente que 1% de l'ensemble de la population étudiée.

Les personnes en couple représentent 6% de l'ensemble de la population. Bien que les trois quarts des personnes en couple aient des enfants, seulement 1% se déclare en tant que familles (couples avec enfants) pour les demandes d'hébergement, soit 18% des personnes en couple. C'est le même phénomène observé avec les personnes isolées : le plus souvent, les enfants ne sont plus à leur charge. D'autre part, **la majorité des personnes en couple se déclarent en tant que personnes isolées pour leur demande d'hébergement.** Ceci nous permet de constater un fait que les professionnels nous avaient décrit en entretien. A savoir, les couples formés dans la rue ou dans les dispositifs maintiennent leur demande d'hébergement en tant que personne isolée, en connaissance du fait que peu de « places couples » sont disponibles dans les hébergements, en ALT et en Sous Location. Par contre, **35% des personnes en couple formulent effectivement une demande d'hébergement en couple.** Pour ceux-ci, le projet d'insertion et de logement se constitue autour du projet de vie du couple.

Enfin, **94 % de l'ensemble de la population Sans Domicile « vieillissante » formulent des demandes d'hébergement en tant que personne isolée, et 2% des demandes en couple.** Ainsi, l'ensemble des personnes faisant des demandes d'hébergement avec enfants représentent seulement 2% des personnes répertoriées et la moitié d'entre elles est constituée de familles monoparentales⁴².

Situation familiale déclarée par les personnes pour les demandes d'hébergement



Exprimée en pourcentage de l'ensemble de la population. Données sources Tab 7 en Annexe 9

1.4. Les personnes possédant un animal de compagnie

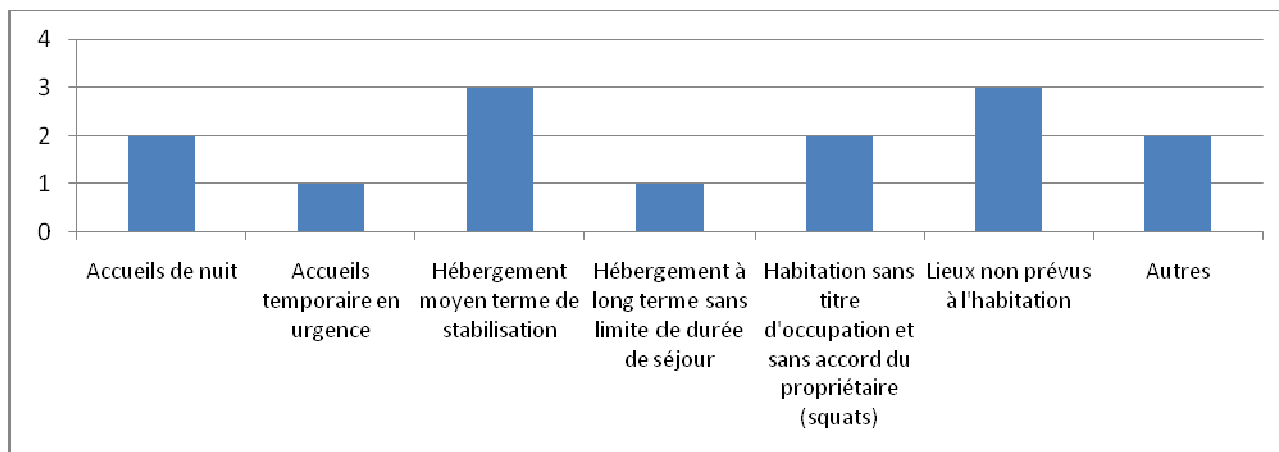
Les personnes vieillissantes possédant un animal de compagnie représentent **moins de 5% de la population totale**⁴³. Plus de la moitié, 57 % d'entre elles, sont des personnes hébergées en accueil de nuit et en accueil temporaire en urgence, sur des lieux non prévus à l'habitation ou vivent en squat. Seulement 28% des personnes possédant un animal sont en hébergement « stable » (Stabilisation ou Maison Relais). Les problèmes rencontrés pour les recherches d'hébergement et de logement de personnes avec des animaux sont minoritaires dans la population vieillissante.

⁴² Les 2% restants concernent les personnes dont la situation déclarée lors des demandes d'hébergement était inconnue.

⁴³ (cf. Données Sources, Tableau 11 en Annexe 9)

Néanmoins, et nous le verrons par la suite avec les entretiens, elles sont à prendre en considération et à ne pas négliger dans la mise en place d'éventuelles actions en direction de ce public⁴⁴.

Nombre de personnes possédant un animal de compagnie en fonction des lieux de vie actuels



Données source Tableau 8 en Annexe 9

⁴⁴ Le détail concernant les animaux en question n'a pas été communiqué systématiquement, nous ne pouvons donc pas dire combien sont à prendre en compte, ni de quel type d'animaux il s'agit exactement (bien que les chiens soient plus fréquents, quelques personnes avec des chats étaient signalées).

2. UNE POPULATION HETEROGENE : DES PROFILS VARIES SELON LES PROFESSIONNELS

De fait, les parcours de vie et les situations sociales des personnes Sans Domicile vieillissantes sont très différents et par conséquent la prise en charge de leurs problématiques respectives l'est également. C'est pourquoi les différents types de situations et de problématiques rencontrées par la population sont exposés ici à partir de profils déduits des entretiens réalisés auprès des professionnels. Les points communs à ces diverses situations au-delà des parcours de vie respectifs sont mis en évidence dans un second temps. Globalement, deux types de trajectoires sont observés dans les parcours des personnes Sans Domicile vieillissantes. Le premier concerne des **personnes qui sont entrées tardivement dans les dispositifs** d'hébergement d'urgence et temporaire pour de multiples raisons, le second fait référence à des **personnes qui y ont vieilli dans ou en dehors de ces mêmes dispositifs**.

2.1. Profils de personnes, de parcours de vie, ou profils de situations

Chacun des profils est décrit en détail en Annexe 6 p.17 à p.36

2.1.1. De nouveaux profils de personnes Vieillissantes Sans Domicile⁴⁵

Les différents interlocuteurs font part du fait que de « *nouvelles populations Sans Domicile* » émergent. Ils font référence à des personnes qu'ils ne rencontraient pas ou peu auparavant et qui entrent dans les dispositifs à des âges avancés. Celles-ci viennent souvent pour la première fois demander un soutien ou de l'aide dans leurs démarches de recherche d'hébergement et de logement aux services sociaux ; ou sont hébergées en urgence et temporairement par les structures interrogées. Concernant les personnes arrivées tardivement dans les dispositifs, nous avons distingué deux principaux profils de situations parmi celles évoquées.

Les Victimes de la Crise Economique et du Logement	• Des travailleurs pauvres • Des jeunes retraités, personnes qui ont des petites retraites ou qui touchent le minimum Vieillesse • Des personnes vivant une séparation ou décès du conjoint ou du parent âgé avec de faibles ressources
Les Personnes Handicapées ou en Situation De Handicap qui Vieillissent	• Des personnes handicapées vieillissantes précarisées avec la crise économique et du Logement • Des personnes qui ont vécu en institution ou chez des tiers et/ou ne sont pas totalement autonomes quant à la gestion d'un logement. • Des personnes en fin de prise en charge et d'hébergement en établissements spécialisés • Des personnes sortantes d'hospitalisation • Des personnes dont le handicap ou l'invalidité est lié aux conditions de vie à la rue et en hébergement d'urgence • Des personnes migrantes en situation de handicap ou avec des pathologies lourdes • Des personnes en « errance pathologique » ou « voyage pathologique »

⁴⁵ Cf. Description détaillée en Annexe 6 p.17 à 23

2.1.2. A la marge⁴⁶

Les migrants et les anciens combattants	• Des anciens combattants principalement d'origine africaine • Des anciens travailleurs immigrés • Des anciens combattants français, notamment des légionnaires • Des personnes venues en France avec des titres de séjour pour soins • Des personnes en attente de régularisation administrative • Des personnes expatriées sur de longues périodes avec des parcours de vie plus ou moins marginaux à l'étranger
Hébergés ou « esclaves modernes »	• Des personnes hébergées ou logées contre travaux • Des personnes hébergées contre avantage en nature
Les sortants de prison	
Les victimes de violences conjugales et familiales	

2.1.3. Les personnes en situation de grande précarité sur des périodes plus ou moins longues⁴⁷

Contrairement, aux profils décrits précédemment, les personnes suivantes sont dans des situations de grande précarité ou d'errance depuis plusieurs années. Les acteurs expliquent qu'elles ont basculé dans l'urgence sociale, et « *s'y sont installées* » progressivement et durablement. Ce sont principalement pour les personnes vieillissantes dans cette situation que les acteurs ont identifié le plus de problématiques, de besoins et de freins en termes de prise en charge et d'hébergement. Elles ont souvent cumulé au cours de leur vie tout ou partie des situations évoquées auparavant. Cependant, elles se manifestent plus problématiques encore, parce qu'imbriquées les unes aux autres depuis plus ou moins longtemps. Elles font partie de leur histoire de vie.

Nous avons distingué 3 sous-groupes de population, qui se différencient par les rapports entretenus avec les dispositifs d'hébergement et les services sociaux :

- les « **chronicisés** »,
- les « **grands précaires** »,
- les **marginiaux**.

⁴⁶ Cf. Description détaillée en Annexe 6 p.24 à 29

⁴⁷ Cf. Description détaillée en Annexe 6 p.30 à 33

2.1.4. Les personnes « sans domicile vieillissants » en milieu rural⁴⁸

Cerner les difficultés des populations sans domicile vieillissantes en milieu rural s'avère assez complexe. Cette thématique mériterait d'être étudiée à elle seule sur plusieurs mois pour parvenir à un diagnostic complet en Gironde. Pour l'heure, les services sociaux interrogés ont pu fournir quelques éléments, plus ou moins approfondis en fonction des territoires enquêtés, ainsi que quelques associations et hébergements amenés à rencontrer des personnes issues de milieux ruraux. Mais nous tenons à préciser que c'est une vision assez parcellaire qui a pu s'offrir à nous dans le cadre de cette étude, le phénomène semble bien plus étendu et, comme nous l'avons dit, la disponibilité des services sociaux à la période de réalisation de l'enquête était amoindrie. Nous ne pourrions donc pas faire ici un bilan par territoire.

Les personnes « sans domicile vieillissants » en milieu rural	• Des personnes de 50 ans et plus, hébergées par de la famille, des proches ou des tiers. • Des personnes en caravane, en camion, ou en mobile home sur des campings ou des terrains prêtés par des proches, ou en échange de petits loyers ou services. • Des « marginaux » dans les bois, dans des habitations de fortune. • Des populations urbaines venues tenter leur chance en milieu rural (travaux agricoles ou saisonniers) • Des personnes retraitées ou bientôt en âge de l'être et, qui vivent dans des logements insalubres, dont elles sont encore propriétaires ou locataires.
--	---

Souvent éloignés de la représentation traditionnelle que l'on se fait des personnes « S.D.F. », la majorité des services sociaux de droit commun enquêtés répondait dans un premier temps qu'ils n'étaient que rarement confrontés sur leur territoire à cette population, donc pas concernés par l'étude. Dans un deuxième temps, quelques uns faisaient part du fait que malgré des rapports assez distendus, les populations avec des petits revenus, bénéficiaires du RMI et occasionnellement d'AAH laissent quand même entrevoir des situations extrêmement précaires.

⁴⁸ Cf. Description détaillée en Annexe 6 p.33 à 36

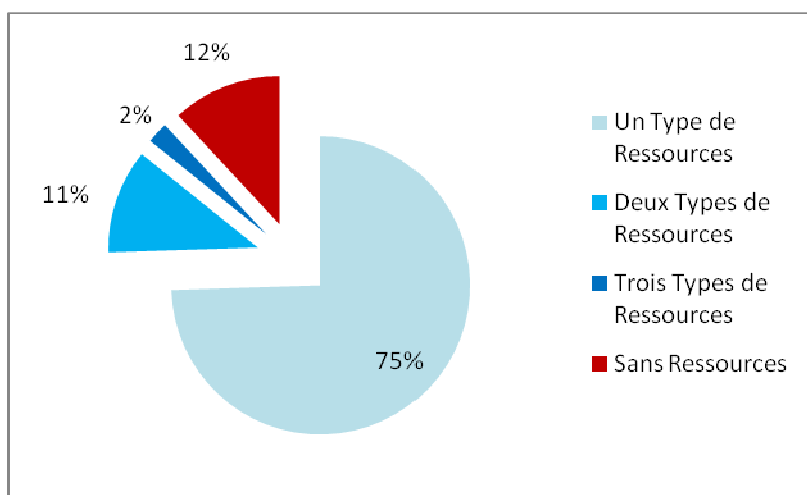
2.2. A situations diverses, problématiques diverses ?

Quel que soit le profil de situation de départ, c'est un public que les acteurs définissent essentiellement par ses difficultés quotidiennes et d'insertion. Nous avons vu la variété des situations et donc des profils des personnes sans domicile vieillissantes. Leurs problématiques sont similaires tant sur le plan sanitaire que social. Cette partie est donc à la fois un récapitulatif de ces points communs et un focus sur l'aspect quantitatif de ceux-ci.

2.2.1. Des ressources précaires ou inexistantes

La majorité des personnes Sans Domicile Vieillissantes perçoit au moins un type de ressource. Les personnes peuvent cumuler plusieurs sources de revenus. Les prestations sociales étant inévitablement celles qui sont le plus fréquemment couplées entre elles. Par exemple, l'allocation logement qui est touchée par 12% de personnes ayant des ressources est souvent cumulée aux minima sociaux. Ce sont la plupart du temps des personnes en hébergement « stable » (CHRS, Maisons Relais, etc.). Cependant, 12% de la population est au 1^{er} Avril 2009 sans aucune ressource.

Répartition de la population avec ou sans ressources



Exprimée en pourcentage de l'ensemble de la population.
Données Sources Tableau 39 en annexe 9

Tableau récapitulatif des ressources perçues par la population

Type De Ressources	Nb de personnes	% de personnes ayant des ressources
Salaire	10	3,8
Allocation Chômage	12	4,5
RMI/RSA	122	45,9
RMI Complémentaire	1	0,4
Allocation Familial, Complément Familial	0	0
Allocation Logement	31	11,7
Allocation Aux Adultes Handicapés (AAH)	57	21,4
Majoration pour une Vie Autonome	1	0,4
Garantie de Ressources	0	0
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	0	0
Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP)	1	0,4
Indemnités Journalières de plus de 3 Mois	1	0,4
Pension d'Invalidité/Accident/Maladie Professionnelle	7	2,6
Retraite	38	14,3
Minimum Vieillesse Et ASPA	11	4,1
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	10	3,8
Allocation Supplémentaire du Fond National de Solidarité	0	0
Pension Alimentaire d'un ex-conjoint	1	0,4
Pension Alimentaire d'un ascendant ou descendant	0	0
Pension de reversion	2	0,8
Pension d'ancien combattant	0	0

*en gras : Minima sociaux

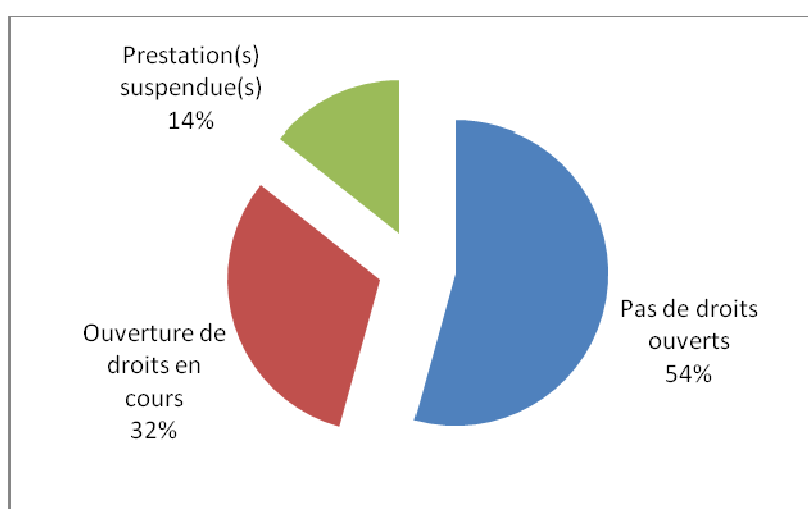
Dans 20% des cas, les ressources sont liées à une activité salariée actuelle ou antérieure. Quelques-uns d'entre eux perçoivent de **petites retraites** (environ 13%). Comme nous l'avons vu, elles sont souvent complétées par des pensions liées à une invalidité, à des séquelles d'accident de travail ou de maladies. Ces retraites n'excèdent souvent pas de beaucoup le minimum vieillesse et sont souvent au dessous du seuil de pauvreté. Les personnes touchant une **allocation chômage** sont vraiment minoritaires puisqu'elles ne représentent que 4% de la population. Les acteurs nous ont également signalé la présence de **travailleurs pauvres** au sein des hébergements et dans leurs services sociaux qui représentent 3% de la population.

L'essentiel de la population (67%) touche des revenus précaires provenant de **minima sociaux** tels que le RMI⁴⁹, l'AAH, pour les moins de 60 ans, le minimum vieillesse ou ASPA, ou encore une pension de reversion.

⁴⁹ Il est fait mention du RMI plutôt que du RSA dans cette partie, car le dernier n'était pas encore en vigueur au moment de l'enquête auprès des professionnels et des structures susceptibles de contacts avec la population.

Les minima sociaux demandent aux bénéficiaires d'être un minimum en contact avec un service social. Surtout dans le cas du RMI qui oblige les bénéficiaires à se présenter au moins une fois tous les 6 mois afin de renouveler le contrat d'insertion. Pour continuer à percevoir les autres droits, une démarche de demande de renouvellement est également nécessaire. Bien que généralement prévenu par courrier, un certain nombre de personnes ne fait pas les démarches de renouvellement de demande d'allocation. Les services sociaux essaient dans la mesure du possible de faire le lien avec les bénéficiaires qu'ils voient périodiquement, pour éviter une suspension des ressources. Généralement, la transmission de cette information se fait en utilisant le réseau de partenaires de l'hébergement et associatifs. Le fait d'être prévenu ne garantit pas cependant que les démarches nécessaires aux renouvellements soient faites en temps voulu. Quelques services sociaux sont parfois prévenus de la suspension imminente des ressources des bénéficiaires qu'ils suivent. Les personnes les plus éloignées des institutions, qui ne sont pas repérées ou ne fréquentent pas les hébergements d'urgence ou le réseau associatif, sont évidemment les plus exposées à ces suspensions.

Motifs déclarés pour les personnes sans ressources
(Soit 12% de la population repérée)



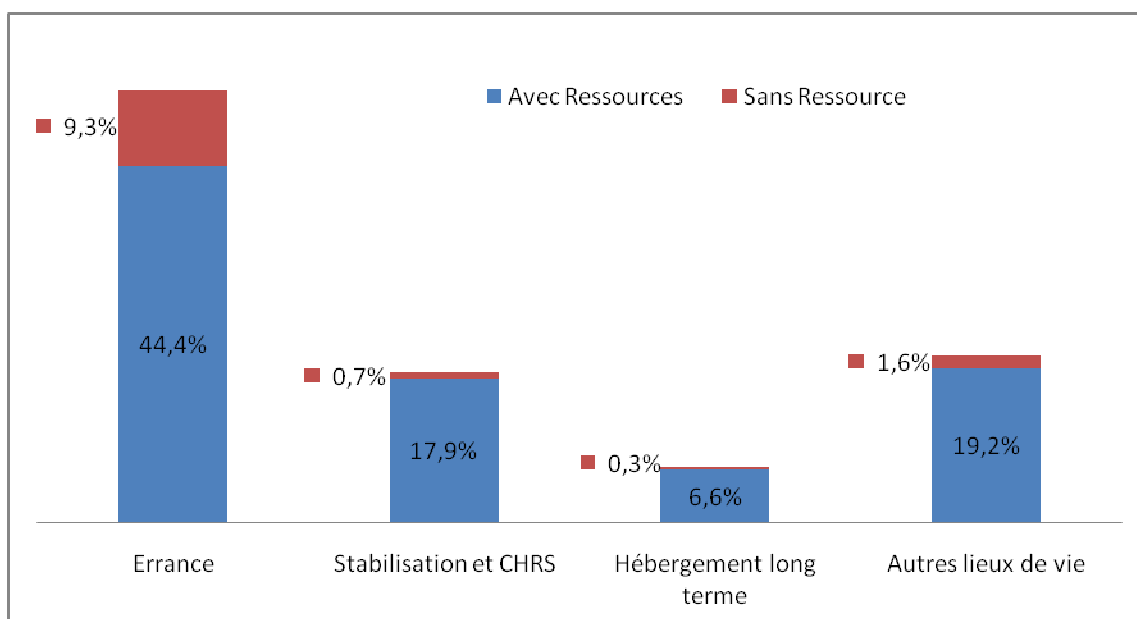
Exprimés en pourcentage des personnes sans ressources.
Données Sources Tableau 39 en Annexe 9

Les associations font remarquer que quelques personnes refusent de toucher des prestations sociales et sont donc complètement sans ressource. Mais elles font aussi état de la difficulté pour les personnes à côtoyer travailleurs sociaux et administrations pour accéder à leurs droits, et ce en particulier pour les plus désocialisées. L'accès aux droits nécessite un certain nombre de pièces administratives qui souvent ne sont pas immédiatement disponibles, car volées ou perdues. Or, refaire ces pièces demande patience et assiduité aux rendez-vous avec les administrations et ensuite avec les travailleurs sociaux que ce soit pour une première demande ou un renouvellement. Sans accompagnement physique ou soutien, beaucoup laissent tomber en cours de route. Ces ressources sont précaires d'un point de vue pécuniaire mais aussi dans le sens où, en plus de régulières suspensions pour ce public, les versements accusent régulièrement des retards.

Les acteurs ont également mis en avant les difficultés rencontrés par les personnes endettées. En effet, 6% de la population repérée a contracté des dettes auprès d'une banque ou d'un organisme de crédit, ou a un dossier de surendettement. Dans ce dernier cas, des plans d'apurement sont mis en place, ce qui ampute d'autant plus les maigres

ressources perçues, notamment, lorsqu'il s'agit de travailleurs pauvres. Quelques uns se débrouillent donc avec des emplois non déclarés pour se constituer un restant à vivre permettant de répondre à leurs besoins de première nécessité ou de se payer une chambre d'hôtel quand ils le peuvent. Mais soulignons que 10% des personnes ayant contracté des dettes étaient sans aucune ressource au 1^{er} Avril 2009 et que 2% de l'ensemble de la population avaient un interdit bancaire.

Répartition des personnes avec ou sans ressources en fonction de leur lieu de vie au 1er avril 2009



Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 43 en Annexe 9.

2.2.2. Des situations sociales lourdes

Comme nous l'avons vu, très souvent les personnes sans domicile vieillissantes sont des **personnes isolées**. Elles ont souvent vécu des ruptures familiales ou conjugales, ont perdu leur conjoint ou ont toujours été célibataires. Les acteurs nous ont fait remarquer qu'une partie d'entre elles, ne souhaitent pas renouer de contact avec leur famille. Les principales raisons évoquées sont soit parce que le lien était conflictuel, soit par « *honte ou peur de déranger* ». Une autre des raisons évoquées est qu'elles ne souhaitent pas que leurs enfants deviennent leurs « obligés alimentaires » pour de multiples raisons⁵⁰. Avant d'arriver en hébergement d'urgence, une partie a également été hébergée à droite et à gauche, et a finalement épuisé les réseaux amicaux dont elle disposait.

Nous avons également vu que les plus jeunes d'entre elles occupent des **emplois précaires ou non déclarés**. **L'accès à l'emploi des plus de 50 ans est difficile**, et quand il est possible ce sont souvent des emplois peu qualifiés et de courtes durées auxquelles ces personnes accèdent. Elles alternent donc périodes d'emplois et périodes de chômage. Pour les plus éloignées de l'emploi, qui n'ont pas travaillé depuis longtemps, ou dont l'état de santé et la situation globale ne le permettent pas, elles sont dans une forme d'impasse qui les conduit à ce que quelques acteurs ont nommé « ***l'inactivité forcée*** ». Les acteurs expliquent (nous y

⁵⁰ Si la véracité de leurs souhaits n'est pas remise en question, on peut néanmoins soupçonner le discours attendu ou sentir une rationalisation sous-jacente à la dissolution des liens dans l'évocation d'une telle cause.

reviendrons) que des personnes sont amenées à revoir à la baisse leur objectif en matière d'emploi, parce que les conditions de vie à la rue les ont abimées sur le plan sanitaire, et qu'elles ne peuvent plus prétendre au métier qu'elles ont exercé en milieu ordinaire. Ils expliquent également que d'autres sont clairement très éloignées de l'emploi, la stabilisation de leur situation sanitaire (notamment quand il y a une addiction) et sociale ne garantit aucunement la possibilité d'une telle insertion. Beaucoup dans ce cas, passent du RMI à l'AAH avant même 50 ans.

L'errance est aussi une caractéristique mise en avant par les acteurs à plusieurs reprises. Dès lors que les personnes sont en hébergement d'urgence, le réseau institutionnel et d'aide pousse à une errance quotidienne. En effet, les hébergements d'urgence ne sont, de fait, pas ouverts pendant la journée obligeant chacun à être à l'extérieur. Les journées s'avèrent parfois de véritables parcours du combattant. Des va-et-vient constants entre différentes structures sont observés, pour que les personnes puissent réaliser leurs démarches sociales ou administratives (lorsque les personnes sont encore impliquées dans celles-ci) ; et pour toutes, la même obligation de mobilité entre halte de jour, associations et caritatifs pour pouvoir satisfaire leurs besoins primaires au cours de la journée et s'assurer d'une place en urgence pour le soir même. Ces « *déambulations forcées* » s'apparentent effectivement à ce qu'un acteur appellera « *l'errance diurne* ». Mais plus largement, les acteurs ont parlé de l'errance en tant que telle, et de ses effets sur les comportements sociaux et l'état de santé des personnes. Dès lors qu'une personne n'est pas domiciliée, vit entre hébergement d'urgence et rue, ou complètement à la rue, tous parlent d'errance et rapidement des effets de celle-ci sur les comportements sociaux. Les acteurs expliquent que la désocialisation des personnes augmente en même temps que la durée de vie passée à la rue et dans l'errance, et par conséquent ses effets s'amplifient tant sur le plan sanitaire que social.

2.2.3. Des états de santé fragiles ou dégradés

Globalement, les acteurs expliquent que les situations se complexifient au fur et à mesure du temps passé à la rue et/ou dans les hébergements d'urgence. Par ricochet, les prises en charges des personnes les plus désocialisées le sont aussi. Ce **facteur temps aggrave des situations déjà bien lourdes en fragilisant ou dégradant l'état de santé somatique et psychique, et en accentuant les problématiques addictives**. Tous les acteurs ont évoqué la prépondérance de maladies chroniques ou graves, de conduites addictives et de troubles psychiques chez ce public. Sur le plan national, l'étude INSEE 2001⁵¹ confirme ces constats, quelle que soit la maladie somatique, sa prévalence est toujours plus importante que dans l'ensemble de la population. L'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue quelle que soit la maladie. Elle montre que pour les personnes ayant passé plus de un an dans la rue au cours de leur vie, les maladies respiratoires, du système digestif et du foie, puis de la peau sont prépondérantes. Concernant la santé mentale des personnes Sans Domicile, l'étude relève qu'elles souffrent dix fois plus de troubles du sommeil que l'ensemble de la population. Un quart présente des états dépressifs et dépressions graves, un sur dix ont des maladies du système nerveux et 5% souffrent de troubles mentaux⁵².

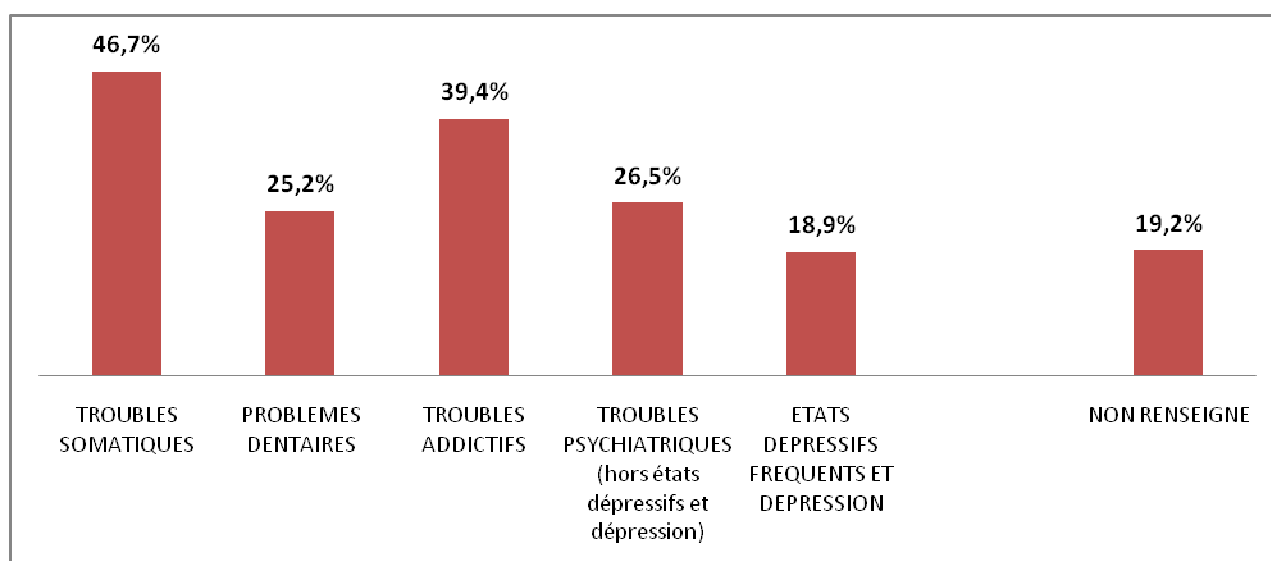
En effet, nous avons constaté que **des problèmes de santé sont signalés pour 81% de la population repérée dans cette étude. Les troubles somatiques sont prépondérants, ils concernent la moitié de la population (47%)**. Près de 40% de personnes sont concernées

⁵¹ Cf. Annexe 7 pour informations complémentaires issues de l'Etude SD 2001 BROUSSE et al., 2002, « Hébergement et distribution de repas chauds : Qui sont les sans domiciles usagers de ces services ? », I.N.S.E.E. Première n° 824.

⁵² Cf. Tableau 2 en Annexe 9.

par des troubles addictifs. Viennent ensuite les troubles psychiatriques et les problèmes dentaires. Des états dépressifs et dépressions sont également signalés pour 19 % de la population. L'étude « Vieillesse des sujets en situation de précarité »⁵³ réalisée en 2008 par Lucie Glandus, docteur en médecine, montre que « *un tiers des personnes ont eu au moins une fois une infection broncho-pulmonaire, un trouble urologique ou une pathologie cardio-vasculaire* » et « *un tiers se plaignait d'une asthénie marquée rendant difficile la vie dans la rue* »⁵⁴. Elle met également en évidence que 39% des personnes de plus de 60 ans accueillies au Foyer Leydet « *présentent ou ont présenté un éthyisme chronique* »⁵⁵. Certains acteurs nous ont signalé des personnes atteintes de pathologies neurologiques et hépatiques directement liées à cet alcoolisme chronique. En ce qui concerne la santé mentale des personnes hébergées régulièrement sur le foyer Leydet, le rapport relève que « *Si toutes les femmes présentaient des troubles psychiques ou de la personnalité contre 63,2 % des hommes, aucune n'avait de trouble du comportement altérant la relation avec autrui. Certes, les hommes étaient moins fragiles sur le plan psychologique mais ils présentaient plus souvent un comportement inadapté à la vie en société.* ». « *Parmi les hommes présentant un trouble de la personnalité, les deux tiers étaient des « marginaux » et l'autre tiers présentait une personnalité de type paranoïaque. De même, parmi ceux présentant un trouble du comportement, les deux tiers avaient un comportement agressif et l'autre tiers était au contraire mutique* »⁵⁶.

Etat de santé de l'ensemble de la population repérée



Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Source tableau 13 en Annexe 9

Pour la moitié des personnes présentant des problèmes de santé, un seul type de problème est signalé. Il s'agit de problèmes somatiques pour 42% d'entre elles, de troubles psychiatriques pour 23% et de troubles addictifs pour 22% d'entre elles.

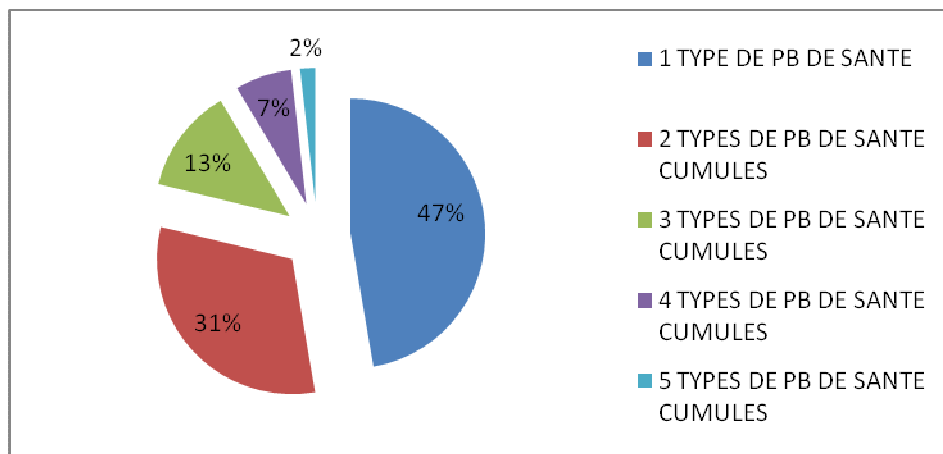
⁵³ Glandus, L., « Vieillesse des sujets en situation de précarité. Analyse de la littérature et étude du profil médico-social des sans-abrisme plus de 60 ans accueillis au centre d'hébergement d'urgence Leydet de Bordeaux du 2 au 18 juin 2008 », Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université Bordeaux II.

⁵⁴ Op.cit p.84

⁵⁵ Op.cit. p. 85

⁵⁶ Op.cit. p.85/86

Répartition du cumul de problèmes de santé



Exprimée en pourcentage de la population touchée par au moins un problème de santé.
Données source en Annexe 9 Tableau 14 .

L'autre moitié cumule plusieurs types de problèmes de santé.

Les personnes concernées à la fois par des troubles somatiques et des troubles addictifs représentent 30% de celles qui cumulent 2 types de problèmes de santé⁵⁷. Les personnes cumulant 3 types de problèmes de santé représentent 13% de la population, et il s'agit pour la plupart (43% d'entre elles) de troubles psychiatriques et dentaires associés soit à des problèmes somatiques soit à des troubles addictifs⁵⁸. Pour les 7% de personnes cumulant 4 types de problèmes de santé, il s'agit essentiellement (93% d'entre elles) de personnes souffrant de troubles psychologiques (psychiatriques ou dépression) auxquels sont associés des troubles somatiques et addictifs ainsi que des problèmes dentaires⁵⁹. Notons que **pour 2% de l'ensemble de la population, ce sont l'ensemble de ces problèmes de santé qui ont été signalés** (cf. Graphique ci-dessus).

Si la moyenne d'âge des personnes cumulant 3 et 4 types de problèmes de santé est respectivement de 56 ans (écart-type= 6,3, dont 36% ont 60 ans et plus) et 55 ans (écart-type=9,4, dont 33% ont 60 ans et plus), **la moyenne d'âge des personnes cumulant 5 types de problèmes de santé est nettement moins élevée : 48 ans** (écart-type=2,3). Ces dernières sont dans des situations d'errance où elles alternent hébergements précaires (en accueils de nuit ou chez des tiers) et lieux non prévus à l'habitation. Celles-ci représentent la frange de population considérée vieillissante par les répondants compte tenu des conséquences de leur parcours et de leurs conditions de vie sur leur état de santé globale. **Cette population beaucoup trop jeune pour correspondre aux critères d'admission en établissements médicalisés pour personnes âgées, ne trouve à l'heure actuelle pas d'hébergements pérennes en capacité de répondre à la fois à ses besoins sanitaires et sociaux.** Cette population met en exergue toute la problématique de l'inadaptation actuelle des dispositifs d'hébergement existants aux problématiques des personnes Sans Domicile Vieillissantes dont l'état de santé est fortement dégradé. La répartition des personnes cumulant plusieurs types de problèmes de santé en fonction du lieu de vie met en évidence la faible proportion de la population qui bénéficie à l'heure actuelle d'un accompagnement médico-social adapté à leur situation globale. Seules 3 personnes sont actuellement accueillies en hébergement à visée curative, alliant accompagnement social et médical, l'accueil y est néanmoins temporaire. Soulignons que les personnes en situation d'errance

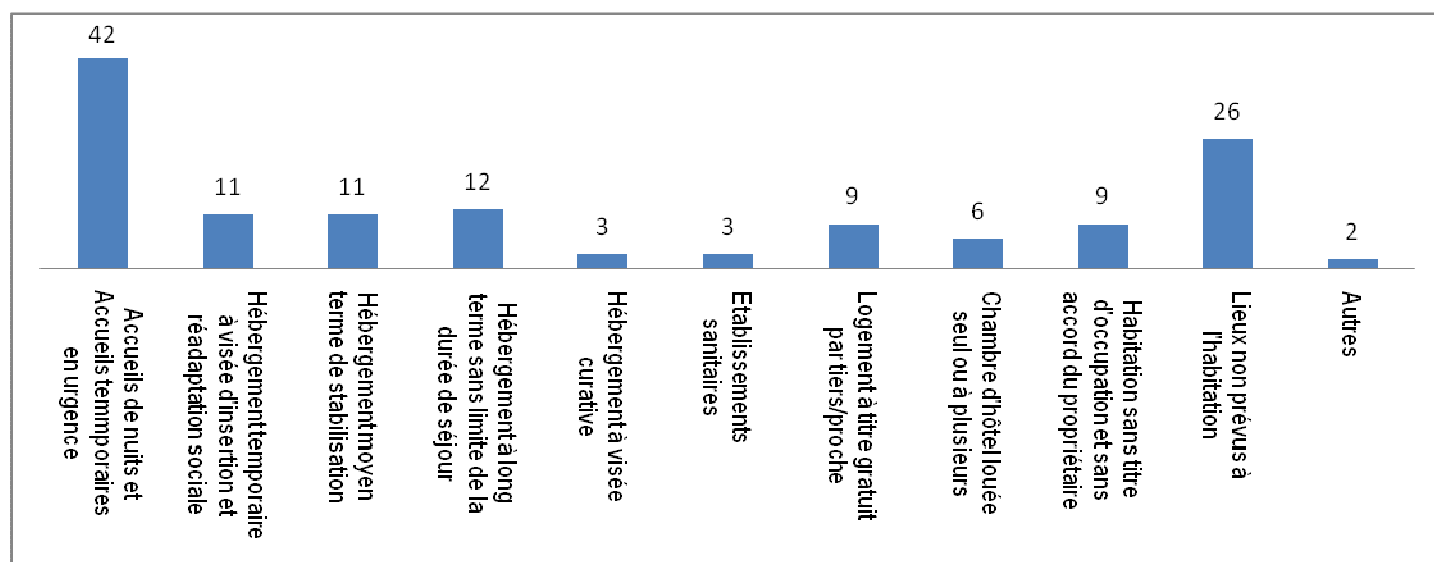
⁵⁷ cf. Détails Tableau 16 en annexe 9

⁵⁸ cf. Tableau 17 en annexe 9

⁵⁹ cf. tableau 18 en annexe 9

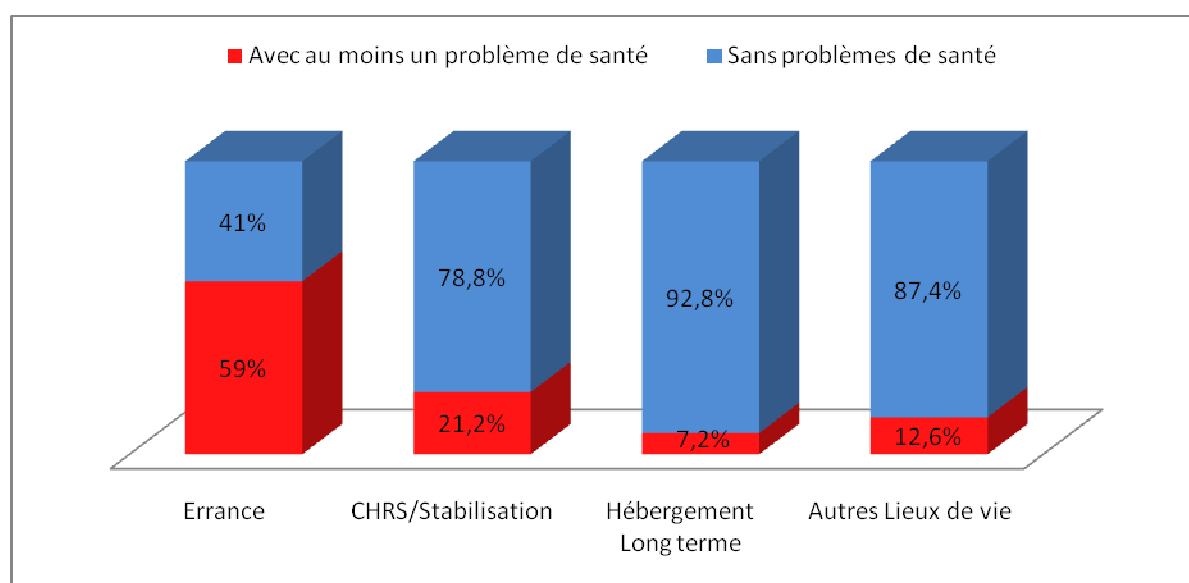
sont les plus nombreuses à cumuler plusieurs types problèmes de santé et qu'une part non négligeable de personnes vivant hors des dispositifs dédiés aux personnes sans domicile sont également dans cette situation.

Répartition de la population ayant des problèmes de santé cumulés en fonction des lieux de vie fréquentés au 1^{er} Avril 2009



Exprimée en nombre de personnes cumulant plusieurs types de problèmes de santé. Données Sources Tableau 20, en Annexe 9

Répartition de la population en fonction leur état de santé et des lieux de vie fréquentés au 1^{er} Avril 2009



Exprimée en pourcentage de l'ensemble des personnes ayant au moins un type de problèmes de santé et de celles qui n'en ont pas par type de lieux de vie fréquentés. Données Sources Tab 21, en Annexe 9

Errance : cf. partie 1.1.2 p. pour la composition de cette catégorie

Environ 60 % de l'ensemble de la population bénéficient de suivis médicaux⁶⁰ alors que, rappelons-le, pour 81% de ce même effectif des problèmes de santé sont signalés. Pour 67% des bénéficiaires de soins, le suivi se fait par un médecin généraliste. Les personnes bénéficiant de consultations spécialisées pour des troubles somatiques sont nombreuses (37%), tandis que 20% sont suivies dans le cadre de consultations spécialisées en alcoologie et/ou toxicodépendance, et une proportion identique de personnes sont suivies dans le cadre de consultations spécialisées en psychiatrie. On peut dès lors entrevoir les **besoins non satisfaits en termes de prise en charge des problèmes addictifs et de troubles psychiatriques, puisque pour 40% de la population des troubles addictifs étaient signalés et pour 46% de la population, un trouble psychiatrique était repéré**. Enfin, très peu de personnes sont suivies pour des soins dentaires, puisqu'elles représentent seulement 10% des bénéficiaires de suivis médicaux alors que pour 25% de la population des problèmes dentaires étaient signalés⁶¹.

Tableaux récapitulatifs des types de problèmes de santé et des suivis médicaux

Type de problèmes de santé	% de population touché par au moins un type de trouble	Type de suivi médical	% de personnes bénéficiant d'au moins un type de consultation
TROUBLES SOMATIQUES	46,7	Consultation généraliste	67
TROUBLES ADDICTIFS	39,4	Consultation spécialisée somatique	36,8
TROUBLES PSYCHIATRIQUES (hors états dépressifs et dépression)	26,5	Consultation spécialisée en alcoologie et/ou toxicodépendances	17,6
ETATS DEPRESSIFS FREQUENTS ET DEPRESSION	18,9	Consultation spécialisée en psychiatrie	17,6
PROBLEMES DENTAIRE	25,2	Soins dentaires	9,9

Par ailleurs, on constate que 40% de l'ensemble de la population repérée a été hospitalisé au moins une fois au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête⁶². Parmi celle-ci, 79% bénéficie d'un suivi médical, tandis que 20% n'avait aucun suivi médical⁶³. Les acteurs signalent qu'en l'absence de contrôle de l'observance thérapeutique et d'une véritable prise en charge sanitaire par une structure d'hébergement et/ou de soins, les personnes font de fréquents allers-retours entre rue et hospitalisation d'urgence. Cela a pour conséquence de ne faire qu'aggraver leur situation globale dans le temps.

⁶⁰ cf. Tableau 22, en annexe 9

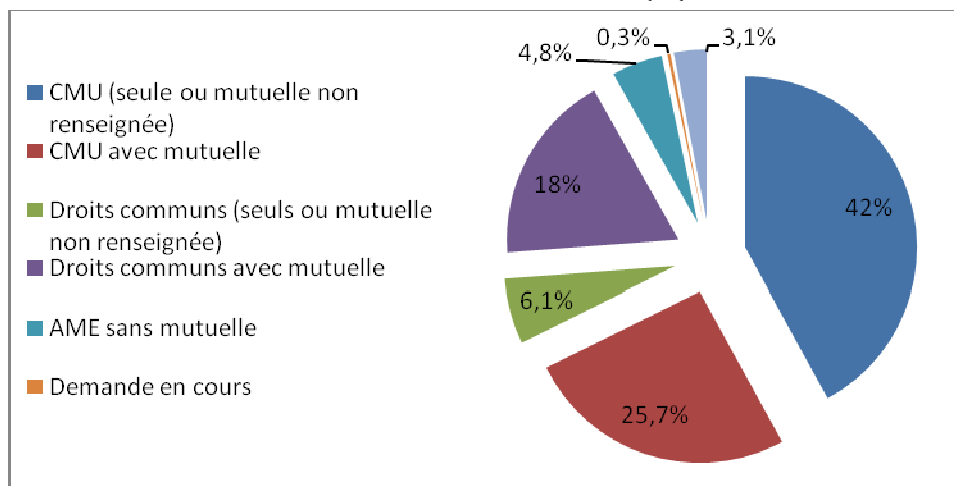
⁶¹ cf. Tableau 23 en annexe 9

⁶² Selon l'enquête INSEE SD 2001, trois personnes Sans Domicile sur dix ont été hospitalisées au moins une fois durant l'année 2000, soit trois fois plus souvent que l'ensemble de la population. Le plus souvent, ils le sont en raison de troubles psychologiques notamment chez les femmes (29%) et 3% suite à une tentative de suicide. De plus, les hommes sont hospitalisés plus souvent que les femmes et parmi eux, 13% le sont pour des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.

⁶³ cf. Tableau 24 et 25 en annexe 9

Dans l'ensemble, la population est relativement bien couverte, puisque seulement 3% des personnes n'ont pas de couverture sociale. La majeure partie des personnes est couverte par la C.M.U. ou le régime de droit commun⁶⁴, un minorité est couverte par l'A.M.E.. Notons que 23% des personnes bénéficient d'une prise en charge à 100% au titre d'une maladie grave⁶⁵.

Couverture sociale et mutuelle⁶⁶ de la population



Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 28 en annexe 9

Par ailleurs, la population Sans Domicile vieillissante est fortement touchée par des handicaps ou des invalidités. En effet, **un tiers de la population est concerné soit par une reconnaissance de son handicap par la MDPH (dont 1% a son dossier en cours) soit d'une invalidité ou de séquelles d'accident reconnues par la CRAM ou la MSA**. De plus, **5% de l'ensemble de la population ont à la fois une reconnaissance d'invalidité par la CRAM ou la MSA et par la MDPH**. Autrement dit, 28% de l'ensemble de la population a une reconnaissance d'un handicap par la MDPH et 11% une reconnaissance d'invalidité par la CRAM ou la MSA. Les deux graphiques ci-dessous illustrent la répartition par tranche d'âges des personnes ayant une reconnaissance par la CRAM ou la MSA et/ou par la MDPH. A propos de l'évaluation de l'autonomie de personnes de plus de 60 ans hébergées régulièrement au Foyer Leydet⁶⁷ (hors Lits Halte Soins Santé), l'étude relevait par ailleurs que « *les sujets du groupe GIR⁶⁸ 2 étaient tous des hommes aux antécédents d'éthylisme chronique et sans abri depuis 10 ans* »⁶⁹. Chez ceux-ci, les trois antécédents les plus fréquents sont « les troubles ostéo-articulaires », « les facteurs de risques cardiovasculaires » et « les pathologies hépato-gastro-entérologiques ».

⁶⁴ cf. Tableau 27 en annexe 9

⁶⁵ cf. Tableau 29 en Annexe 9

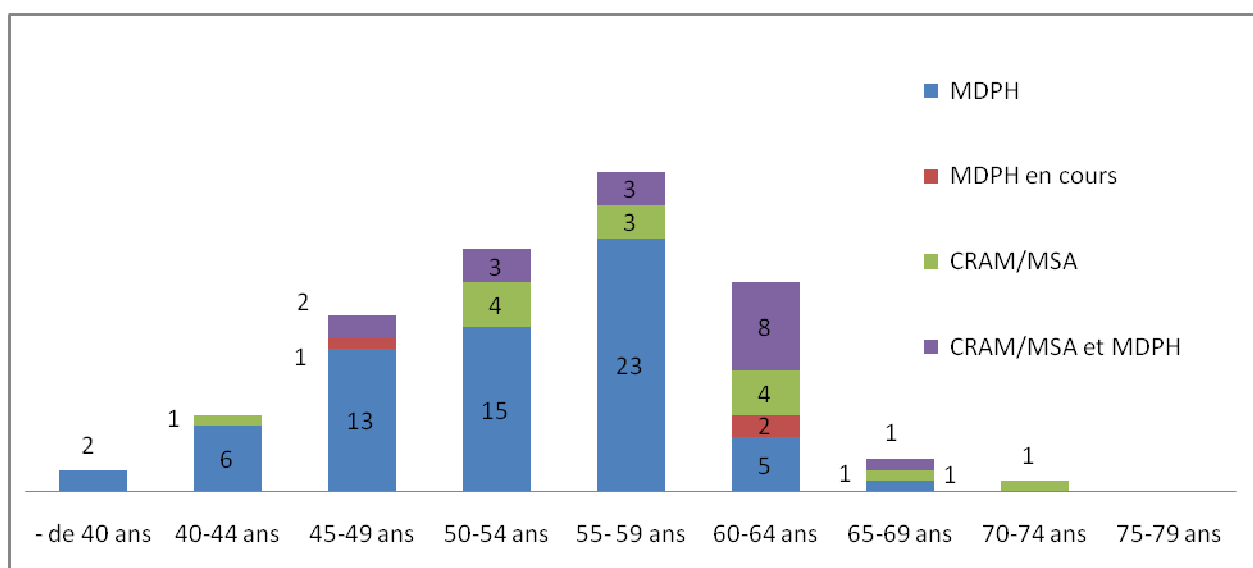
⁶⁶ Il existe un biais dans les données présentées ici. En effet, le terme « mutuelle » a été utilisé pour le questionnaire et a installé une confusion entre ce dernier et couverture complémentaire, telle que la CMU Complémentaire.

⁶⁷ Glandus, L., « Vieillesse des sujets en situation de précarité », p.86

⁶⁸ Notice sur les Groupes Iso-Ressources (GIR) et la Grille AGGIR en Annexe 8

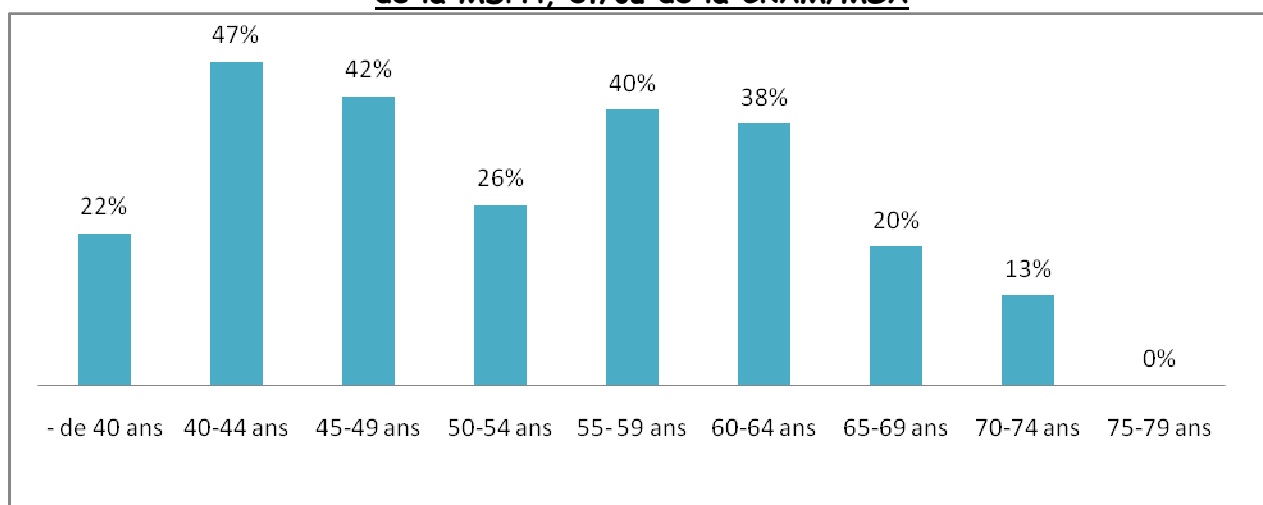
⁶⁹ Les sujets de GIR 2 représentent 5% de la population de plus de 60 ans hébergées régulièrement au foyer Leydet du 2 au 18 juin 2008.

Répartition par âge des personnes ayant une reconnaissance de la MDPH, et/ou de la CRAM/MSA



Exprimée en nombre de personnes concernées. Données Sources Tableau 26 en annexe 9

Proportion de personnes de la population étudiée ayant une reconnaissance de la MDPH, et/ou de la CRAM/MSA



Exprimé en pourcentage de l'ensemble de la classe d'âges. Données Sources Tableau 26 en annexe 9

Exemple de lecture : 47% des personnes âgées de 40 à 44 ans ont une reconnaissance de leur handicap ou d'une invalidité.

Le vieillissement des personnes sans domicile a souvent été caractérisé par un état de santé global qui se dégrade. **Les personnes présentent bien avant l'âge des maladies liées au grand âge telles que des déficiences sensori-motrices et des formes de démences séniles.** Beaucoup d'acteurs de l'hébergement temporaire, en particulier Maison-Relais, témoignent de la mortalité précoce de ce public dans leurs murs malgré les démarches de soins engagées et suivies depuis leur entrée et parfois même avant leur admission. Les acteurs de l'hébergement d'urgence évoquent aussi cette mortalité, mais la relie plus souvent aux conditions de vie quotidienne des personnes dans la rue ou les circuits de l'urgence

(expositions aux intempéries, angoisse et fatigue constantes liées à la recherche quotidienne de lieux pour satisfaire les besoins primaires et d'hébergement, conduites addictives chroniques et massives, etc.). Ils évoquent le décès de personnes qui ont généralement moins de 60 ans, à même la rue, et, pour les personnes prises en charge sur le plan sanitaire, en unité de soins longue durée ou en soins palliatifs. Quelques-uns évoquent **les accompagnements de fin de vie auxquels ils doivent ou ont dû faire face sur le lieu d'hébergement, faute de solutions adaptées**. L'étude⁷⁰ réalisée par Médecins du Monde Marseille l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'association Les Morts de la rue, publiée en janvier 2009, souligne la surmortalité des sans abri. Les conclusions de cette première phase de l'étude sont accablantes. **La moyenne d'âge de décès des sans abri est évaluée à « 41 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes, sachant que l'espérance de vie en France pour un homme est de 77 ans et pour une femme 84 ans selon l'INSEE. Les personnes présentant des problèmes de santé mentale (addictions et pathologies psychiatriques) ont une espérance de vie encore plus basse : 37 ans. Les pathologies digestives (20,5%) et pulmonaires (16%) sont les principales causes d'hospitalisations ou de décès. Le stade d'évolution de la maladie, très avancé, témoigne d'une absence de suivi régulier ou d'intervention à temps. 15%, c'est le taux de suicide chez les SDF, soit sept fois plus qu'en prison ».**

⁷⁰ Rapport de l'équipe mobile santé mentale communautaire « Mortalité des Personnes Sans Abri à Marseille: Premières données et premières analyses », Janvier 2009, Médecins du Monde.

Alors... Profils de personnes, de parcours de vie ou profils de situations ?

Malgré les similitudes observées, il serait erroné de prétendre que les situations de ces personnes peuvent se traiter de la même manière. Etant donné les éléments exposés, on voit que la population sans domicile vieillissante ne peut se différencier en fonction de profil de personnes. Ce qui est heureux puisque cela risquerait de stigmatiser les personnes ainsi décrites. L'instabilité des parcours de vie serait alors aisément assimilée à une instabilité personnelle et figée dans le temps, quasi pathologique. Or, plusieurs acteurs ont expliqué que de telles conceptions des personnes les plus désocialisées sont répandues dans le secteur social, et sont de véritables freins à l'insertion globale de ces personnes. Pour conclure, nous resterons donc sur des profils de situations qui, certes, d'un point de vue statistique ne sont pas opérants mais qui ont le mérite de laisser entrevoir l'incroyable diversité des réalités de terrain. En effet, une personne peut être dans un seul des profils de situations décrits ou en cumuler plusieurs en fonction de son parcours de vie, mais aussi des évolutions liées aux bénéfices des prises en charge assurées par les acteurs sociaux et sanitaires.

Les niveaux d'investissement humain, matériel et temporel dans les différents dispositifs sont indéniables et contribuent à enrayer le phénomène lorsque les personnes se trouvent dans leurs murs, même s'il s'apparente actuellement à du bricolage pour cette population spécifique (nous le verrons par la suite).

Mais qu'en est-il des populations qui sont en errance ou en dehors de tous les dispositifs ? Nous avons vu que la population sans domicile vieillissante en errance concentre toutes les problématiques repérées pour l'ensemble de la population. Les situations sanitaires et sociales sont éminemment complexes. Globalement, l'investissement des acteurs est d'autant plus important que ces situations sont « enkystées » depuis longtemps. Le vieillissement précoce étant le plus souvent attribué aux effets globaux d'une désocialisation, résultant de longs parcours d'errance, il n'est pas étonnant de retrouver une population très jeune. La proportion de personnes de moins de 50 ans avoisine quand même 20% de la population totale repérée en Gironde. Globalement, on peut aujourd'hui constater que la population sans domicile vieillissante girondine est une population jeune : 70% de la population a moins de 60 ans.

Quoi qu'il en soit pour tous, le vieillissement constitue un facteur aggravant de la situation globale, et inversement. Ainsi les caractéristiques communes à l'ensemble de la population ébauchent déjà des besoins importants pour la population sans domicile vieillissante :

- Une co-morbidité importante des troubles somatiques, addictifs et psychiatriques, pour lesquels un suivi régulier n'est pas évident et est une des causes de la surmortalité de la population.
- Des pathologies invalidantes, des invalidités et des handicaps dus à des séquelles d'accident et/ ou aux conditions de vie, et à l'avancée en âge.
- Un isolement familial et relationnel important.
- Des bénéficiaires de minima sociaux, dont les conditions d'obtention et de renouvellement précarisent un peu plus la partie de la population la plus désocialisée.

Le prochain chapitre développe les moyens mis en œuvre aujourd'hui par les acteurs de terrain pour tenter de répondre aux besoins fondamentaux de ce public. Il met en évidence la légitimité des besoins exprimés par les acteurs, à la fois pour accompagner les personnes sans domicile vieillissantes dans leur quotidien, et leur donner la fin de vie digne à laquelle tout un chacun aspire.

CHAPITRE 2

LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES : LA MISE EN ŒUVRE D'UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE AUJOURD'HUI ?

Dans ce chapitre, nous mettrons d'abord en évidence les types de profils de personnes vieillissantes accueillis en fonction des dispositifs. Puis, nous décrirons les points essentiels de la prise en charge des personnes sans domicile vieillissantes par les acteurs de l'hébergement d'urgence et temporaire, du logement en ALT et en Sous location, ainsi que des services sociaux. Nous traiterons là les informations recueillies dans leur globalité et indifféremment des types d'hébergement, afin que se détache les points communs des prises en charge actuelle, indépendamment des profils décrits. Cependant, il est important de tenir compte du fait que chaque structure d'hébergement ne propose pas tous les aspects de la prise en charge ainsi décrite...

1. PROFILS DE PERSONNES VIEILLISSANTES ACTUELLEMENT PRISE EN CHARGE DANS LES DISPOSITIFS DEDIES AUX PERSONNES SANS DOMICILE

1.1 Les hébergements d'urgence

L'accueil en hébergement d'urgence est inconditionnel, ces dispositifs accueillent donc toutes sortes de profils de situations de personnes vieillissantes. Cependant, dans leurs discours les professionnels de ces dispositifs mettent l'accent sur les personnes les plus désocialisées (ou en voie de l'être) : les « grands précaires » et les « chronicisés » qui vieillissent dans les dispositifs. Ils accueillent aussi beaucoup de migrants et anciens combattants et de personnes en situation de handicap psychique. Les acteurs de l'hébergement d'urgence expliquent que, ces populations vieillissent dans les dispositifs faute de solutions adaptées à leurs problématiques. Mis à part les migrants, elles sont souvent déjà passées par un ou plusieurs dispositifs d'hébergement temporaire et de logement existants, mais sans parvenir à une insertion durable. Par ailleurs, les services et associations proposant des « maraudes » font évidemment référence au même public, mais qui lui vieillit à la rue, dans des lieux impropres à l'habitation ou en squats.

1.2 Les CHRS et les hébergements de stabilisation

A quelques exceptions près, les CHRS accueillent principalement des personnes vieillissantes « victimes de la crise économique et du logement » entrées sur les dispositifs d'hébergement d'urgence relativement récemment. Ce sont essentiellement des personnes qui présentent fréquemment des problématiques associées à la perte de logement, en particulier sur le plan de la santé et des conduites addictives. Les professionnels expliquent également recevoir quelques personnes « *chronicisées* » vieillissantes qui ne présentent pas de problématiques de santé très lourdes. Elles sont la plupart du temps engagées ou prêtes à s'engager dans une démarche de soins (notamment des personnes sortants de cure ou post-cure ou d'hospitalisation en services généraux ou psychiatriques) et préparent en amont avec le CHRS une insertion en logement adaptée.

Les CHRS, qui font exception, sont ceux qui accueillent des personnes déjà bien avancées dans les processus de désocialisation et de vieillissement physique et psychique. Pour l'un d'eux, la condition du sevrage alcoolique demeure; pour les autres, un « *haut seuil de tolérance* » est

observé à cet égard pour amener doucement la personne vers une démarche de soins globale (en alcoologie, somatique et psychique), quand c'est possible.

Ces deux derniers CHRS ressemblent en ce point, à l'ensemble des hébergements de stabilisation, qui ont un haut seuil de tolérance quant aux problématiques des personnes vieillissantes dégradées sur un plan somatique et psychique. Ils accueillent donc, pour une large part d'entre eux, des « grands précaires », des personnes « chronicisées » et des « marginaux » vieillissants, bien que ce ne soit pas leur seul public.

1.3 Les Maisons Relais

Les « grands précaires » et « chronicisés » dont la situation globale est, de préférence stabilisée, sont évidemment accueillis sur ce dispositif. Ayant vocation à accueillir des personnes dites « stabilisées », le dispositif tend à accueillir en priorité les personnes sortantes de dispositifs d'hébergement temporaire (donnant ainsi une garantie de stabilisation de la situation de la personne). De plus, des personnes « victimes de la crise économique et du logement », présentant des problématiques associées ne leur permettant pas d'accéder directement à un logement autonome, sont également en présence croissante dans ces dispositifs.

1.4 Les ALT et Sous location

Les personnes vieillissantes accueillies sur ces dispositifs de logement sont avant tout des personnes sortantes d'hébergement temporaires, ou qui ont récemment connu une rupture de logement et/ou d'emploi. Globalement, sont prises sur ces dispositifs, les personnes qui ont besoin d'un étayage social à un moment donné, pour retrouver leur autonomie et/ou intégrer un logement autonome et un dispositif de droit commun, type RPA ou foyer-logements. Peu de « grands précaires » vieillissants sont accueillis sur ces dispositifs. Cependant quelques « marginaux » vivant dans des lieux impropres à l'habitation y sont parfois accueillis, lorsqu'ils ne sont pas trop dégradés par leurs conditions de vie, et qu'un accompagnement soutenu peut être proposé.

On voit donc que des personnes Sans Domicile vieillissantes sont accueillies dans tous les dispositifs d'hébergement interrogés. Cependant, chaque profil de situation n'est pas retrouvé dans tous. Notons en particulier que les personnes vieillissantes les plus désocialisées (chronicisés ou grands précaires) ont très peu accès à d'autres hébergements que ceux proposés en urgence ou dans deux CHRS. En effet, les acteurs agissent en même temps en fonction de leurs capacités et de leurs limites à traiter les situations, et surtout de leurs missions respectives. Il est aussi important de préciser que c'est aussi fréquemment en fonction des représentations qu'ils ont des personnes vieillissantes les plus éloignées des dispositifs, du vieillissement des personnes Sans Domicile et surtout de leur devenir, que les choix d'admission se font. Nous y reviendrons plus longuement.

2 LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES EN HEBERGEMENT ET EN ALT

Dans l'ensemble, les acteurs de l'hébergement disent ne pas mettre en place de prise en charge spécifique à ces populations. Les modalités de prise en charge sont sensiblement les mêmes que pour les autres personnes. Les règlements et les contrats d'hébergement sont les mêmes pour tous. Autrement dit, ils s'appuient sur les projets individuels. Cependant, en y regardant de plus près, quelques particularités sont mises en avant dans l'accompagnement au quotidien des personnes vieillissantes qu'ils hébergent et/ou suivent.

Les prises en charge durent souvent plus longtemps pour les personnes vieillissantes. Compte-tenu de leur avancée en âge ou du vieillissement précoce, les problèmes de santé doivent être pris en compte et traités souvent en priorité. Ainsi, l'accès et l'accompagnement des soins prennent une place importante dans leurs prises en charge. Les questions d'accès à l'emploi et au logement viennent ensuite, et font, là aussi, l'objet d'une approche non spécifique à ce public vieillissant. Mais un travail axé sur les notions de deuil de l'accès à l'emploi ou au logement autonome est mis en œuvre plus fréquemment.

2.1 Travailler la notion de projet avec les personnes sans domicile vieillissantes : une question de temps

Comme pour la majeure partie des personnes sans domicile, le **contact des personnes vieillissantes « chronicisés » dans les hébergements d'urgence avec un assistant social est souvent épisodique**. Le suivi social est donc très irrégulier. Il est souvent fonction de demandes immédiates d'hébergement, d'aide financière ou dans le cadre de suivi RMI. Pour ces personnes, s'inscrire dans une démarche de projet est assez compliqué compte tenu de leurs conditions de vie où prime la recherche quotidienne de moyens de subsistances. Travailler la notion de projet s'avère globalement un travail de longue haleine, où les travailleurs sociaux doivent avant tout pouvoir créer une relation de confiance avec les personnes. Les acteurs nous font remarquer que **la stabilisation de la personne sur un lieu d'hébergement (hors hébergement d'urgence au jour le jour) favorise la création de ce lien de confiance, et la « disponibilité » des personnes pour pouvoir réfléchir à leur situation actuelle et donc à se projeter**. En hébergement temporaire, l'accord de la personne pour s'investir dans une démarche de projet est un préalable, qu'il s'agisse de soins, de logement ou d'emploi. Ceci ne garantit pas néanmoins que la personne, une fois en hébergement, s'investisse rapidement dans un projet concret. Les acteurs expliquent que c'est au fur et à mesure que le projet en hébergement s'élabore précisément. **L'évaluation de la situation globale de la personne et son évolution en hébergement temporaire, sont des points d'appui important.**

Pour les personnes les plus récemment entrées dans les dispositifs, il semblerait que projet d'insertion et projet de vie soient fusionnés. Pour les personnes qui y sont depuis plus longtemps, l'accompagnement à l'élaboration du projet d'insertion est souvent un tremplin pour faire émerger leur projet de vie global. Les acteurs sont néanmoins partagés à ce sujet. Les uns estiment que du fait des séquelles psychologiques de leurs conditions de vie, les personnes vieillissantes se sont résignées et n'attendent plus rien. Les acteurs de l'hébergement temporaire qui accueillent des personnes vieillissantes qui ont connu des parcours d'errance, sont plus nuancés à ce propos. Pour eux, chaque personne a un potentiel d'évolution que les travailleurs sociaux et la personne elle-même peuvent découvrir en la laissant avancer à son rythme. **Ils affirment que l'émergence du projet de vie, au-delà d'un projet d'insertion classique (emploi, logement), est possible si les conditions d'hébergement de la personne la favorisent**. Il faut d'abord que la personne puisse trouver un équilibre qui lui permette de s'adapter à la vie de groupe (en hébergement collectif) et d'avancer à son rythme. Même pour les plus résignées, si elles sont suffisamment stimulées par d'autres choses que la réalisation de démarches dans le

cadre de leur projet d'insertion, alors leur capacité de choix, leurs désirs, leurs attentes peuvent s'exprimer, et donc un projet de vie également. **La majeure partie des personnes formule alors un projet de vie qui tourne autour de la notion d'utilité sociale, de la recreation de liens sociaux, amicaux et familiaux (en particulier avec les enfants).** Quelques unes avancent dans leur projet d'insertion, en particulier vis-à-vis de l'hébergement ou du logement parce qu'elles s'autonomisent, mais ne parviennent pas à élaborer un projet de vie. Les activités de sport, de culture et de loisirs leur permettent de rester actives *a minima* sans pour autant en attendre plus. **Pour une minorité d'entre elles, semble-t-il, parvenir chaque jour à réaliser les actes du quotidien est un véritable défi.** Du fait de leur vieillissement précoce, physique et psychique, **celles-là n'élaborent pas de projet de vie et sont plutôt en attente.** Comme arrivées à la fin de leur vie, **elles n'expriment ni ne manifestent plus de possibilité de vie autonome.**

2.2 Dépasser le déni et les refus : une gestion quotidienne

L'investissement dans une démarche de projet en hébergement crée régulièrement des phases d'après négociations entre désirs, attentes, capacités constatées et situations réelles. Les travailleurs sociaux s'emploient donc quotidiennement à gérer les refus et dénis qui vont bloquer le travail de prise de conscience de la situation réelle et de ses avancées. Petit à petit, en dépassant le déni de leur situation globale et les premiers refus (des règles, des soins, des démarches, etc.) les personnes parviennent à se projeter, et à prioriser les étapes à entreprendre pour parvenir à leur but ou au moins à « *un mieux vivre* ». Les acteurs expliquent que là encore c'est un **travail de fond qui ne peut se faire que grâce à des relations quotidiennes et de confiance, et la répétition constante de ce qui permet la prise de conscience de la situation.**

Outre le déni de la situation globale, **tous les acteurs mettent en avant le déni et refus de soins somatiques, psychiques ou en addictologie.** Le déni d'alcoolisation ou de rechutes, et par conséquent le refus des soins en addictologie a été mis en avant par l'ensemble des acteurs. Ceux-ci sont également fréquemment identifiés comme **freins à l'accès aux soins somatiques et psychiques, mais également à l'entrée en structures d'hébergement ou en institution pour personnes âgées.** Ce cas de figure est principalement évoqué par les acteurs de l'hébergement d'urgence, de stabilisation et les services sociaux à propos de **personnes en errance, chronicisées ou installées sur la voie publique.** Il leur faut alors composer au quotidien pour, à la fois maintenir le contact et/ou le lien de confiance, et tenter d'accompagner la personne vers un accès aux soins ou un hébergement le permettant.

2.3 L'accès aux soins et l'accompagnement des soins

Comme nous l'avons dit, l'accès et l'accompagnement aux soins constituent une partie importante des prises en charge mises en place par l'ensemble des acteurs de l'hébergement vis-à-vis des personnes vieillissantes.

Pour les acteurs de l'hébergement d'urgence qui voient les populations les plus dégradées, sont évoqués avant tout **les soins d'hygiène allant d'une simple aide à la douche à la prise en charge complète de la toilette, d'aide au lever et coucher, et d'aide parfois même pour s'habiller.** L'incontinence, liée ou non à des conduites addictives, a souvent été relevée. Les soins d'hygiène sont particulièrement présents dans les discours de ces acteurs. Ils expliquent être « *obligés de le faire* » ou d'amener la personne à le faire elle-même pour le confort aussi bien des autres hébergés que de la personne elle-même. Viennent ensuite les accompagnements vers l'accès aux soins physiques ou psychiques proprement dit. Ceux-ci passent avant tout par l'ouverture ou le maintien des droits à une couverture maladie. Là, le recours aux soins se fait surtout dans l'urgence. L'accompagnement vers les soins est un travail long, car il demande, là encore, que se

soit établie une relation de confiance pour dépasser les refus de soins et le déni de pathologies. Les acteurs expliquent qu'**il est difficile pour les personnes *chronicisés*, quel que soit leur âge, de se maintenir dans une démarche de soins (respecter les traitements prescrits, se rendre aux rendez-vous, etc.) en l'absence d'accompagnement y compris physique.** Cependant, toutes les structures ne sont pas en mesure de proposer aux personnes cet accompagnement physique.

Globalement, les acteurs de l'hébergement jouent un **rôle d'interface avec le secteur sanitaire.** En l'absence de personnels médicaux *ad hoc*, les médecins et infirmiers libéraux du secteur sont sollicités par les hébergements temporaires. Tandis que les hébergements d'urgence jonglent entre permanences infirmières, médecin traitant, et services hospitaliers le plus souvent. **L'accompagnement des soins dans le quotidien est néanmoins réalisé par les travailleurs sociaux.** Ceux-ci sont régulièrement mis à contribution pour veiller à l'observance thérapeutique, à la prise des repas, et à l'hygiène. La distribution des traitements prescrits ainsi que leur conservation par les travailleurs sociaux sont parfois formalisées par protocole avec les médecins. De plus, ils veillent au bon déroulement des soins engagés en ambulatoire directement en rappelant les rendez-vous et parfois en les y accompagnant ; et indirectement parce que les personnes leur font régulièrement part de leur vécu de la maladie, des effets de leur traitement, etc. Beaucoup assurent aussi une présence auprès des personnes hospitalisées qu'elles hébergent dans le but de maintenir le lien, et de soutenir la personne dans la démarche de soins. Cela va parfois jusqu'à des accompagnements de fin de vie pour les personnes hospitalisées en unités de soins de longue durée ou en soins palliatifs. **Plusieurs acteurs témoignent également d'accompagnement réalisé dans leurs murs, de personnes dont le pronostic vital est engagé.**

Les problématiques addictives étant « *sur-représentées* », les personnes ont accès à de nombreuses permanences en la matière soit sur le lieu d'hébergement soit en consultations ambulatoires. Là aussi, l'accompagnement est assez lourd et demande une attention particulière aux acteurs pour prévenir ou anticiper les rechutes éventuelles. Cela demande **un travail soutenu et de soutien parfois très long pour stabiliser les consommations et consolider l'abstinence.**

En ce qui concerne les problématiques psychiques, le travail d'accompagnement est également assez présent. De même que pour les soins somatiques ou en addictologie, les acteurs sont dans une veille constante du bon déroulement des soins (comme décrite plus haut). Ils expliquent que l'accès et **l'accompagnement aux soins psychiques sont souvent plus longs et fastidieux que pour des populations plus jeunes ou moins désocialisées.** L'ensemble des acteurs expliquent la mise en place de partenariat étroit avec les CMP de secteur permettant d'instaurer des suivis. Si celui-ci est destiné à l'ensemble des personnes hébergées, il profite bien aux personnes vieillissantes accueillies. Quelques-uns d'entre eux font également part de conventions passées avec les hôpitaux spécialisés de secteur. Les acteurs expliquent que le travail avec les sortants d'hospitalisation longue est de plus en plus fréquent. Car sans solution temporaire ou pérenne à la sortie, des solutions de bricolage sont trouvées avec les hébergements temporaires et d'urgence. Ils mettent aussi l'accent sur les problématiques qui se révèlent une fois sur le lieu d'hébergement, notamment dans les cas où l'« *automédication* » par des substances psychoactives (souvent l'alcool) masquait le trouble. Les manifestations du trouble peuvent être plus ou moins intenses, beaucoup d'acteurs parlent de « *décompensation quelques jours après leur arrivée* ». Là, l'accès aux soins se fait soit par le biais de l'urgence avec des accompagnements physiques vers les urgences psychiatriques, soit par un accompagnement plus lent aux soins en ambulatoire (notamment pour les troubles dépressifs). Quelques acteurs expliquent que dans quelques cas ils doivent se tourner vers des hospitalisations contraintes : en gros, c'est lorsque l'état de santé de la personne se dégrade brutalement, et/ ou qu'elle est dans le déni et le refus de soins nécessaires.

En somme, les suivis médicaux des personnes vieillissantes sont nécessaires mais lourds à accompagner pour les acteurs de l'hébergement. Plusieurs acteurs expriment leur impression de pallier les manques au niveau médical et psychologique pour les personnes sans domicile.

2.4 L'accompagnement vers l'emploi et le deuil de l'insertion par l'emploi

Les personnes sans domicile vieillissante sont dans des situations très diverses face à l'emploi.

Nous l'avons dit, une partie d'entre elles est toujours en emploi malgré les conditions d'hébergement qu'elles connaissent. Quelques-unes ont plus de 60 ans et continuent à travailler parce qu'elles n'ont pas suffisamment cotisé pour parvenir à une retraite décente (suite à des périodes de chômage ou de travail non déclaré, à une incarcération, etc.). Parmi celles-ci, certaines continuent à travailler malgré une dégradation de leur état de santé général.

L'accès à l'emploi est particulièrement difficile pour les personnes de plus de 50 ans sans domicile, notamment lorsqu'elles manquent de qualifications, que leur état de santé est fragile, ou qu'elles ont connu de longues périodes d'inactivité. Cependant, les personnes expriment très souvent leur envie de travailler. Bien que l'accès à l'emploi en milieu ordinaire soit compliqué, quelques-unes parviennent à retrouver une activité salariée souvent en contrats aidés et en intérim ou à entrer en formation pour les plus jeunes. Pour les plus fragiles ou les plus éloignées du marché de l'emploi qui désirent travailler et ont les capacités pour le faire, les acteurs travaillent sur **l'accès à de l'emploi adapté**. Alors, l'accompagnement vers l'emploi se fait par le biais de chantiers d'insertion ou d'associations intermédiaires qui prennent en compte les contraintes et difficultés de ces personnes. L'accompagnement par les travailleurs sociaux, au-delà de l'accès à l'emploi en général, consiste à encourager la personne dans sa démarche, mais pas seulement. Il s'agit aussi de lui apporter un soutien psychologique et, dans la toute nouvelle organisation du quotidien que nécessite leur emploi, en particulier tout ce qui a trait à **la structuration du temps et à la gestion des règles et contraintes**. Cet accompagnement leur demande de veiller également à ce que le rythme de vie imposé soit bien adéquat et ne nuise pas à la situation globale de la personne. En effet, quelques acteurs témoignent du fait que certaine personne se raccroche à cette insertion dans l'emploi, mais que leur état de santé se dégrade d'autant plus, ou qu'elles n'ont plus l'énergie nécessaire du coup pour s'investir dans la recherche de solutions en terme de logement.

Pour d'autres, l'accompagnement consiste à apporter une **aide à l'élaboration du projet au regard de leur capacités actuelles réelles**. Les acteurs expliquent qu'il faut parfois « *réfréner des personnes dont les objectifs d'emploi ne sont pas adaptés à ce qu'elles peuvent fournir en terme de compétences et de rythme de vie* », et cela passe parfois par une nécessaire confrontation à la réalité. C'est-à-dire que le travail d'accès à l'emploi est réalisé, sciemment, comme pour les autres personnes, pour qu'elles puissent « *prendre conscience que l'emploi non adapté ne leur est pas accessible ou qu'une insertion emploi est illusoire* ». Selon, les travailleurs sociaux **beaucoup de personnes pensent qu'il faut avoir un projet d'emploi pour obtenir ou conserver leur place en hébergement temporaire**. (Notons que, pour un certain nombre de CHRS et d'ALT c'est effectivement un préalable implicite à leur admission). Ces dernières ont souvent intégré les discours attendus par les services sociaux et un acteur ajoutera même que « *souvent elles développent une véritable croyance en ce discours indépendamment de leur capacités réelles et en ayant véritablement conscience de leur possibilité* ». Bien des personnes vieillissantes doivent donc déconstruire ces présupposés pour que leur projet d'insertion soit à leur portée. Les acteurs

affirment que dans ces cas là, le travail d'accompagnement est particulièrement long, car cela constitue des blocages. L'abandon de la possibilité de travailler est aussi associé à l'entrée dans une vieillesse qui peut rebuter. Le rôle des travailleurs sociaux englobe donc **accompagnement dans « un travail de deuil de l'accès à l'emploi » et valorisation de l'activité hors travail salarié**. Ce même rôle se retrouve pour les personnes qui sont dans une « *inactivité forcée* » du fait de problématiques de santé ou d'invalidité. L'acceptation de la situation est souvent marquée par le transfert des ressources, du RMI à l'AAH à 60 ans, et pour les moins âgés par une reconnaissance de la situation de handicap ou d'une invalidité. Pour quelques professionnels, il s'agit alors de **conférer la possibilité de retrouver un sentiment d'utilité sociale**, notamment par la transmission de savoir-faire, de leur expérience, ou « *de la satisfaction à faire ensemble* ». Pour d'autres, c'est simplement la **possibilité d'être actif qui est recherché**. Pour cela et en fonction des désirs et attentes exprimés par les personnes, quelques hébergements proposent en leur sein divers ateliers et activités ouverts à toutes les personnes hébergées. Cela passe aussi par des activités ou du bénévolat réalisés dans des associations de quartier, ou caritatives par exemple. Pour les travailleurs sociaux, c'est aussi l'occasion de permettre à certaines personnes **une ouverture vers l'extérieur et/ou vers des hébergements dédiés aux personnes âgées**. De l'avis de certains acteurs, le fait de participer aux activités d'un club sénior par exemple, permet souvent de « *démystifier* » les hébergements en RPA ou en Maison de retraite, et de faciliter, à terme, une orientation vers ceux-ci. Mais les professionnels témoignent surtout de l'intérêt des liens tissés à l'extérieur des dispositifs, qui **favorisent l'insertion et évitent les sensations d'isolement et de solitude une fois sortie des dispositifs**.

L'accompagnement à l'accès à l'emploi ou à son deuil demande pour les acteurs un investissement long et soutenu, et apparaît nécessaire plus fréquemment pour les personnes vieillissantes Sans Domicile.

2.5 Evaluer l'autonomie et accompagner en conséquence

L'ensemble des acteurs s'accordent à dire qu'une **véritable évaluation de l'autonomie globale des personnes n'est possible que lorsqu'elles sont plus ou moins stabilisées dans un lieu**. Par conséquence, le travail d'« *autonomisation* » est principalement évoqué par les acteurs de l'hébergement temporaire et du logement en ALT. Les hébergements d'urgence, eux, évoquent la question en termes de gestion de la dépendance. Rappelons que ces derniers sont plus souvent confrontés aux situations de personnes dont l'état général est fortement dégradé.

Les acteurs de l'hébergement temporaire et du logement en ALT en expliquent les nuances en fonction des situations. Car, si **certaines personnes évoluent à leur rythme vers l'indépendance, d'autres sont dans une évidente dépendance physique et/ou psychique qui ne s'améliore pas avec le temps**.

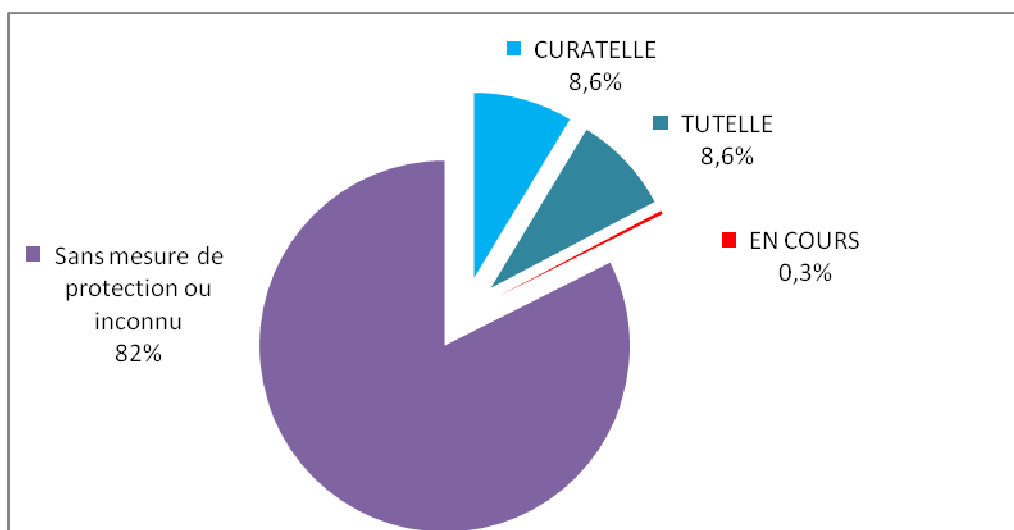
Les personnes vieillissantes entrées tardivement dans les dispositifs ne posent pas de véritable souci pour accéder rapidement à l'autonomie, puisque bien souvent elles ne l'ont jamais perdu. Ce qui, par ailleurs pose parfois des difficultés d'une autre nature dans les hébergements collectifs. « *Certaines personnes ont eu une vie autonome pendant plus de 40 ans. Donc leurs traits de caractères et leurs capacités d'adaptation sont plus figés. Il y a une lenteur à accepter les cadres qu'ont va leur imposer en hébergement* ». Cette situation, pour elles, transitoire, nécessite néanmoins un appui à la gestion du quotidien et une bonne préparation à la sortie des dispositifs.

Pour les personnes qui ont des problèmes de santé plus ou moins invalidants, l'accompagnement est sensiblement différent. Il en va de même pour les personnes n'ayant jamais connu d'expériences en logement autonome (seules), ou qui n'en ont pas eu depuis de nombreuses années. Ce travail d'autonomisation consiste pour l'essentiel à **travailler sur les notions de plaisir**

et de désir de faire par soi-même, ou de travailler ensemble sur un but commun (dans les hébergements collectifs). Les travailleurs sociaux utilisent donc toutes les ressources, de la dynamique de groupe à l'ouverture vers l'extérieur, pour aider chacun à avancer vers plus d'autonomie. Ils expliquent néanmoins **qu'avec les personnes vieillissantes cela nécessite des stimulations constantes, qui dès qu'elles sont moins présentes se font nettement ressentir dans les gestes du quotidien**. Les travailleurs sociaux indiquent qu'ils doivent être en éveil constant sur la gestion du quotidien de ces personnes pour ne pas reculer. *« C'est un accompagnement lourd où tout ce qui est acquis la veille, doit être recommencé le lendemain et on avance à tous petits pas »*. L'accompagnement à la gestion du quotidien, c'est à la fois la gestion du budget, des démarches administratives et le renouvellement des droits. Mais **pour les moins autonomes, les acteurs décrivent aussi la préparation et/ou la prise des repas, le ménage, les accompagnements physiques pour réaliser certaines démarches, pour faire les courses ou se rendre à leur rendez-vous ; et plus encore un travail sur la structuration du temps, apprendre ou réapprendre à prendre soin de soi (hygiène et présentation de soi, soins, etc.)**. Ces derniers **nécessitent une présence permanente pour réaliser les actes de la vie courante**. *« On ne peut pas parler réellement de dépendance, mais plutôt de phase d'apprentissage ou de réapprentissage, où on n'est pas dans le «faire à la place de », mais dans le «faire avec » pour gérer le quotidien »*.

C'est pourquoi pour de nombreuses personnes la mise sous protection d'une tutelle ou curatelle est souvent ce qui va donner le « coup de pouce » pour l'accès à un logement individuel. La mise sous protection est parfois un impératif. Car pour certaines, l'ensemble de leurs difficultés à se gérer par elles-mêmes ne leur permettra pas d'accéder à un logement autonome. Là, les travailleurs sociaux accompagnent la prise de conscience des personnes, afin qu'elles puissent ajuster au mieux leur projet d'insertion à un hébergement ou un logement en collectif par exemple et se l'approprier. **Près d'une personne Sans Domicile Vieillissante sur cinq a une mesure de protection des majeurs**, avec des proportions de personnes sous tutelle et sous curatelle identiques.

Répartition de la population avec ou sans mesures de protection



Exprimée en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 38 en annexe 9

Pour d'autres, les difficultés à accéder à une autonomie s'apparentent à la dépendance liée au grand âge. C'est avec celles-là que le travail d'accompagnement à l'autonomie atteint ses limites. Les acteurs mettent en exergue le fait que si l'aide à la gestion du quotidien est bien une de leurs missions à part entière, **la gestion de personnes qui ont perdu leur autonomie du fait de**

l'avancée en âge et/ou de vieillissement précoce, n'est pas de leur ressort. Car, il s'agit là non pas d'accompagner mais bien de **pallier la dépendance de personnes qui ont vieilli dans les dispositifs, ou qui ont développé des invalidités suite à des pathologies physiques ou psychiques**. Ce cas de figure se retrouve principalement dans les hébergements d'urgence, mais aussi ponctuellement dans tous types d'hébergement. Un des acteurs nous dira : *« avec certaines personnes le travail consiste à faire du palliatif social, les personnes ont fait toutes les structures, et n'ont plus rien d'autre à faire qu'attendre une place quelque part qui n'existe pas forcément »*.

Très peu de différences sont notables entre la manière de travailler ce point en hébergement temporaire et en logement ALT, à ceci près que les personnes qui arrivent en logement ALT, soit n'ont pas perdu leur capacité d'autonomie, soit sortent d'un dispositif d'hébergement temporaires qui les y a préparé. Il s'agit alors de leur apporter un soutien plus ou moins important dans la gestion du quotidien et l'investissement du logement les premiers temps. Notons quand même **l'accompagnement à l'autonomie proposé par un CHRS en logement éclaté en ville et en RPA, dans lesquels deux personnes sont actuellement accueillies**. Là, l'accompagnement nécessite à la fois de réaliser le même travail de base qu'à l'arrivée en CHRS collectif (démarches d'accès aux soins physiques, psychiques, et aux droits, etc.) et le travail autour de la gestion du quotidien en logement autonome, comme celui réalisé en ALT. Ce travail-là d'accompagnement et de soutien à l'investissement du logement est considérable quel que soit l'âge des personnes concernées. *En aparté*, cette expérience étant assez récente, l'acteur en question exprimera le manque de recul quant à l'évaluation d'un tel dispositif pour les personnes vieillissantes. Pour quelques personnes vieillissantes, le maintien en logement nécessite un accompagnement dans le quotidien par des conseillères en économie sociale et familiale, des éducateurs, ou des aides ménagères et services à domicile quand c'est nécessaire. Toutes ces interventions étant dans la majorité des cas, pilotées et coordonnées par les structures et les travailleurs sociaux.

L'accompagnement vers l'autonomie des personnes vieillissantes sans domicile révèle donc quelques particularités (comparé à celui d'autres populations sans domicile) qui nécessitent un gros investissement temporel, et des moyens humains importants pour y parvenir. Le cas échéant, c'est la prise en charge de la dépendance qui va demander aux structures un effort d'adaptation dont elles dénoncent les limites à bien des égards.

2.6 Accompagnement à la sortie des dispositifs

Comme nous l'avons dit, l'accès à l'autonomie des personnes réside aussi dans la préparation à la sortie. Car, les personnes vieillissantes restent en moyenne **plus longtemps dans les dispositifs**. De ce fait, **elles investissent aussi beaucoup plus que les autres les hébergements où elles sont accueillies**. Dans les hébergements collectifs, des liens se tissent avec les équipes et les autres personnes hébergées. Le cadre est aussi rassurant, il y a la présence permanente de travailleurs sociaux, d'animateurs ou de veilleurs et du groupe de pairs. Le travail d'autonomisation concerne aussi ces liens et de ce cadre. Pour cela, tout au long de la prise en charge, les travailleurs sociaux s'ingénient à **faire en sorte que la personne exprime désirs, attentes, et difficultés, et soit par conséquent en capacité de faire ses propres choix et d'être volontaire dans ses démarches**. L'ouverture vers l'extérieur au travers d'activités culturelles, de loisirs ou associatives sont également encouragée. Cependant, elles n'y parviennent pas toutes, avant de sortir de l'hébergement. Quoi qu'il en soit, la sortie constitue une étape importante du parcours des personnes qu'elles aillent vers un autre hébergement en collectif ou vers du logement autonome. **Cela nécessite un effort d'adaptation conséquent, à un âge où l'on aspire plutôt à se stabiliser dans un lieu**. Beaucoup d'acteurs jugent utile de proposer à ces personnes un accompagnement à moyen terme à leur sortie, le temps qu'elles s'adaptent à leur nouvelle situation et n'en

manifestent plus le besoin. **La prise en charge se prolonge dans ce cas au-delà de l'hébergement proposé et peut durer de 3 mois à 1 an et parfois plus selon les cas.** Les acteurs, pendant ce laps de temps, vont constituer un soutien, voire un étayage, pour les personnes qui le nécessitent ou le désirent. Pour les personnes qui ont retrouvé un logement autonome, ils veillent à la gestion du quotidien et encouragent l'investissement du logement. Ils réalisent également un travail de relais avec les nouveaux intervenants de la prise en charge, le plus souvent les assistants sociaux de secteur pour les personnes en logement autonome voire les intervenants médico-sociaux. Cet accompagnement est réalisé dans le but de **favoriser le maintien en logement ou dans de nouveaux environnements institutionnels tels qu'en services hospitaliers, et structures dédiées aux personnes âgées.**

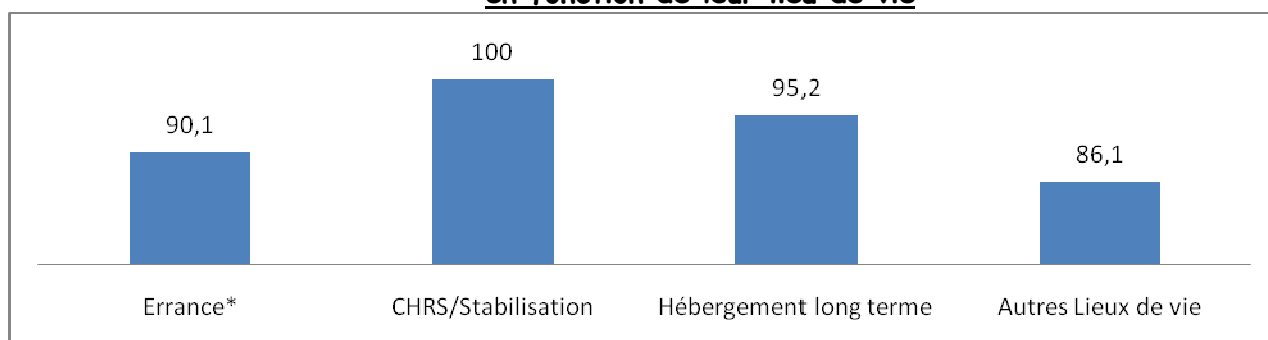
3 LE SUIVI SOCIAL

3.1 Éléments recueillis à propos des suivis sociaux de la population

Rappelons que le suivi social mis en place en milieu rural diffère sensiblement et que les possibilités d'accompagnement sont assez limitées, compte tenu du fait que bien souvent il n'existe pas de solution d'hébergement en urgence ou temporaire aux alentours⁷¹.

Nous avons néanmoins recueilli quelques informations sur les suivis sociaux et les démarches entreprises avec les personnes repérées en Gironde dans l'enquête par questionnaire.

Proportion de personnes bénéficiant d'un suivi social en fonction de leur lieu de vie



Exprimée en pourcentage de personnes suivies. Données Sources Tableau 34 en annexe 9

Errance* : pour le détail de la catégorie cf. Chapitre 1 § 1.1.2

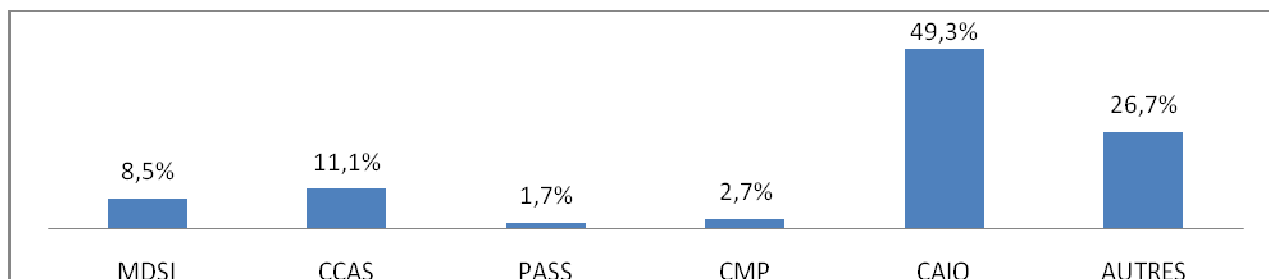
Il est à ce propos important de bien marquer la différence entre suivi social pratiqué en hébergement et suivi social pratiqué par les services sociaux. En hébergement temporaire, le suivi social est partie intégrante du travail réalisé par les travailleurs sociaux. Ils assurent l'accès et le maintien des droits en partenariat avec les institutions, tout en travaillant au quotidien, le projet de vie et d'insertion. En ce qui concerne les services sociaux, l'organisation du suivi social et l'accompagnement sont très hétérogènes d'une structure à l'autre. Les uns reçoivent sur des permanences avec rendez-vous fixés d'une fois sur l'autre, ou à la demande de la personne, les autres reçoivent sans rendez-vous. Dans ce dernier cas, un suivi social régulier est donc entièrement fonction de l'adhésion de la personne, et de sa possibilité à entretenir une relation régulière avec l'intervenant. Ce qu'il semble important de noter est qu'**un suivi social effectif est souvent tributaire de la possibilité d'accompagnement physique, par un « tiers-médiateur » pour les personnes les plus désocialisées ou les plus éloignées des circuits institutionnels**. Tout ceci explique la légère différence observée entre « Autres lieux de vie » et « Errance » du graphique ci dessous. Les personnes en hébergements précaires et en hôtels, les plus éloignées des circuits institutionnels faisant baisser la moyenne de la première catégorie, tandis que la seconde est augmentée par les personnes accueillies en accueils de nuits et en hébergements temporaires en urgence, qui côtoient plus souvent des travailleurs sociaux. De plus, l'enquête montre que 24% des personnes suivies par un CCAS et 16% de celles suivies par une MDSI sont également suivies par d'autres structures institutionnelles ou caritatives/associatives⁷². Globalement, les bénéficiaires de suivi par au moins deux structures à la fois, représentent 10% de la population suivie. Ainsi les personnes qui n'ont pas cette possibilité d'accompagnement, la

⁷¹ Cf. partie Chapitre 1, §2.1.4 pour plus d'informations sur le suivi social mis en œuvre en milieu rural et les difficultés rencontrées.

⁷² cf. Tableau 31 et 32 en annexe 9

refusent ou ne sont pas en capacité de faire la démarche elles-mêmes restent **sans suivi social**, elles représentent 8% de la population au 1er avril 2009⁷³.

Proportion de personnes sans domicile vieillissantes bénéficiant d'un suivi social par type de structures



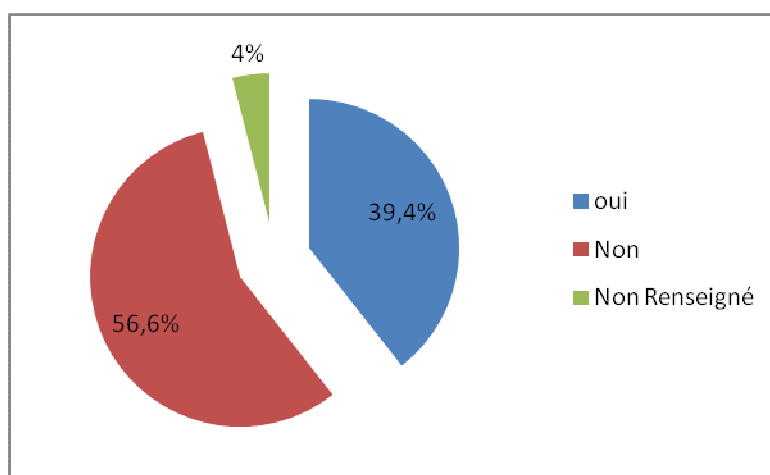
Exprimée en pourcentage de personnes suivies. Données Sources Tableau 31 en annexe 9

D'autre part, parmi les personnes qui ont un suivi social seulement 2,5% n'ont pas de couverture sociale, 10 % sont sans ressources et 24% ont des problèmes de santé mais ne sont pas suivies médicalement⁷⁴

3.2 Démarches de recherche d'hébergement ou de logement

Au 1^{er} Avril 2009, pour 61% des personnes aucune démarche de recherche d'hébergement en cours n'était déclarée. Bien que 48% bénéficiaient d'un suivi social au 1er Avril 2009. Cette observation illustre les constats faits par les professionnels à propos de personnes qui n'ont de contact avec les services sociaux que dans le cadre de demandes de renouvellement de leurs droits. Un tableau récapitulatif de l'ensemble des démarches se trouve en Annexe 9 tableau 57.

Démarches en cours pour la population répertoriées

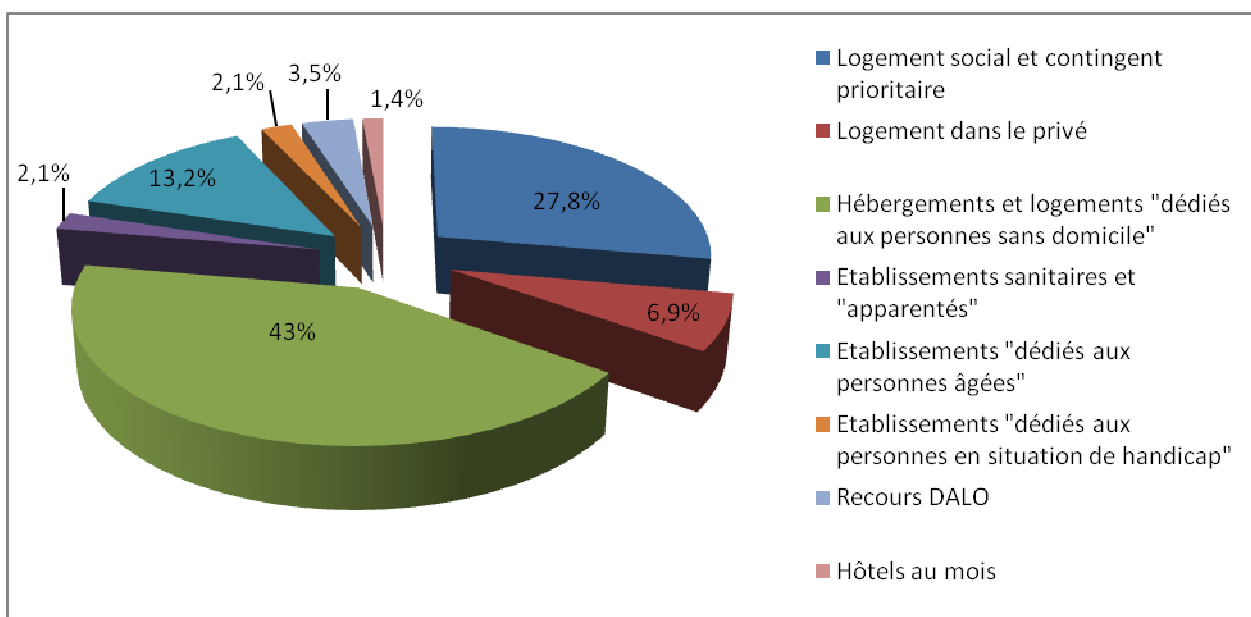


Exprimées en pourcentage de personnes ayant des démarches en cours.
Données Sources Tableau 56 en Annexe 9

⁷³ cf. Tableau 30 en annexe 9.

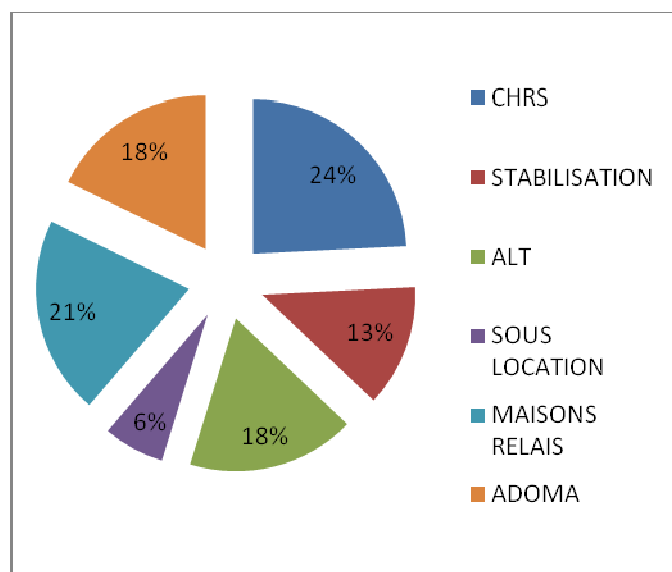
⁷⁴ cf. Tableau 34 à 37 en annexe 9

Récapitulatif des demandes de logement et d'hébergement de la population au 1^{er} Avril 2009



Exprimées en pourcentage de demandes formulées. Données Sources Tableau 57 en Annexe 9

Répartition des demandes d'hébergement et de logement dans les dispositifs dédiés aux personnes Sans Domicile⁷⁵ au 1^{er} Avril 2009



Exprimée en pourcentage de demandes d'hébergement et logement dédiés.
Données Sources Tableau 57 en Annexe 9

De plus, au 1^{er} Avril 2009, 11% de la population attendaient une réponse à ses demandes, tandis que pour près de 15% de la population des rejets à ses demandes avaient déjà été formulés. Notons que **62% des motifs de rejet renvoyaient à des troubles ou pathologies spécifiques** (dont pour 41% de rejets, des troubles psychiatriques étaient en cause et pour 21% des troubles addictifs). Dans près de 10% de cas était évoqué soit le manque d'autonomie de la personne soit l'inadaptation de l'hébergement à la situation globale. Au contraire, 4% des motifs de rejet

⁷⁵ ADOMA est cité dans cette catégorie pour les récentes places en résidence sociale mises à disposition pour les personnes en grande précarité.

faisaient référence au fait que la personne soit « *trop autonome pour le dispositif* ». Ces types de rejet étaient formulés pour des personnes dont le profil s'apparente à ceux que nous avons nommés les « victimes de la crise économique » ou qui provenaient d'établissements dédiés aux personnes âgées. **Le manque de places disponibles était aussi un facteur important de rejet des demandes, puisqu'il représente 21% de l'ensemble des motifs évoqués.** Enfin, 4 % des motifs de rejet étaient liés au fait que la personne possède un animal de compagnie⁷⁶.

D'autre part, 7% de la population refusaient les offres d'hébergement qui lui étaient proposées, les places étant disponibles et les candidatures acceptées. Il s'agissait pour quasiment la moitié des refus d'hébergements dédiés aux personnes Sans Domicile, viennent ensuite les hébergements à visée curative, les hébergements d'urgence, les hôtels au mois et logement sociaux et enfin les Maison de Retraite. (cf. détails Tableau 57 en Annexe p.).

Pour une personne sur trois, c'est l'éloignement du lieu de vie actuel ou habituel qui est en cause. L'éloignement de la famille et/ou des amis est plus rarement cité. Les refus étaient plus rarement liés au fait que les couples devaient se séparer pour que l'un ou l'autre accède à la solution proposée (7 % des cas).

Il est intéressant de voir qu'une petite partie (4%) de la population verbalise clairement auprès de professionnels son refus par **peur de se sentir isolée**, soit parce que la personne doit quitter le lieu où elle est « historiquement » ancrée, soit parce que la solution proposée concerne un logement autonome ou semi-autonome mais en tout cas individuel.

Cependant, **le fait que la solution proposée se trouve dans un hébergement collectif est également un important motif de refus puisqu'il représente 18 % de l'ensemble des motifs évoqués.**

Près de **24% des refus signalés par les répondants concernent les capacités de verbalisation et de décision des personnes**, soit parce qu'elles sont dans le déni de troubles de santé tels que les **troubles psychiatriques**, soit parce qu'elles **refusent toutes propositions et ne formulent pas d'autres demandes.**

Par ailleurs, la participation financière demandée en hébergement est aussi évoquée dans 4% des cas de refus.

Quelques ruptures⁷⁷ d'hébergement sont également signalées. Qu'elles soient à l'initiative de la personne ou de la structure, elles concernaient essentiellement les hébergements où l'encadrement socio-éducatif est soutenu tels que les CHRS, Stabilisation, et exceptionnellement des hébergements à visée curative.

En conclusion, la prise en charge des personnes vieillissantes sans domicile ne présentent pas de réelles spécificités d'intervention par rapport à d'autres publics actuellement dans les hébergements et en ALT, sauf à propos des situations de dépendance physique et psychologique, la notion d'âge ne modifie pas les modalités d'accompagnement et de prise en charge.

En revanche, l'accompagnement *in situ* de ces populations et la coordination des partenaires intervenant dans leur prise en charge (qu'il s'agisse de soins, d'emploi, d'accès à l'autonomie ou du logement) nécessite un investissement soutenu de la part des équipes accueillantes. Car, l'accompagnement des personnes sans domicile vieillissantes nécessite de prendre le temps d'avancer à leur rythme, c'est-à-dire lentement, pour évaluer leurs capacités réelles et voir si elles expriment un projet de vie ou pas. Cet investissement, lui, est véritablement spécifique aux personnes vieillissantes quelles que soient leur situation. Ce qui n'est pas sans causer quelques

⁷⁶ cf. Détails Tableau 58 en Annexe 9

⁷⁷ Sont désignées « ruptures d'hébergement », les fins d'hébergement officielles notifiées par les structures à la personne concernée et les départs définitifs de la structure à l'initiative de la personne.

difficultés aux différents hébergements qui les accueillent et les limites de la prise en charge actuelle se font nettement ressentir, nous en verrons le détail dans le chapitre 4.

Si les modalités d'accompagnement sont aménagées de façon générale à chaque personne, reste qu'une partie de la population est sans aucun doute pointée par les professionnels comme source de difficultés rencontrées au quotidien notamment pour parvenir à des orientations adaptées. Tous font là référence aux personnes qui ont eu de longs parcours d'errance. C'est pourquoi le prochain chapitre est centré sur les personnes vieillissantes qui sont dans cette situation.

CHAPITRE 3

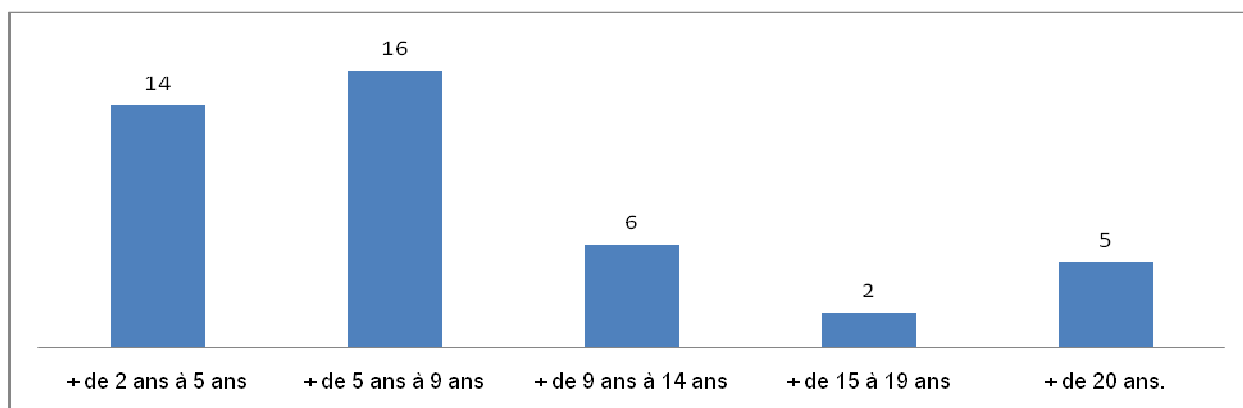
PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES ET LONG PARCOURS D'ERRANCE, « LES GRANDS PRECAIRES », « LES MARGINAUX » ET « LES CHRONICISES » APPROCHE QUANTITATIVE

L'objectif de ce chapitre est de réaliser un focus sur la frange de population qui présente et concentre de nombreuses difficultés tant au niveau sanitaire, social que relationnel. Leur prise en charge semble, aujourd'hui, représenter un véritable défi pour leur permettre d'accéder aux droits fondamentaux et parvenir à un accompagnement et des orientations adaptées : les personnes qui ont de longs parcours d'errance. Dans cette partie, par commodité pour décrire les données concernant ceux que nous avons appelés les « *grands précaires* », « les marginaux » et « les chronicisés » nous utiliserons les termes de « population ciblée ». Les personnes ayant connu des parcours similaires accueillies, à la date de l'enquête, dans des dispositifs de stabilisation, des hébergements temporaires à visée d'insertion ou curative, ou dans des hébergements longue durée (type Maisons Relais) ne sont pas prises en compte dans cette partie. Les données suivantes sont donc tirées d'un échantillon de 43 personnes de la population repérée, en situation d'errance depuis plus de 2 ans, en date du 1^{er} avril 2009.

1. QUI SONT LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES EN ERRANCE « LONGUE DUREE » ?

Les personnes en errance depuis plus de 2 ans au 1^{er} Avril 2009 représentent 14 % de l'ensemble de la population Sans Domicile vieillissante répertoriée dans l'enquête, et plus d'un quart de la population en errance à cette date. Il est important de souligner que **17% de la population ciblée est dans une situation d'errance depuis plus de 15 ans**. Pour la majorité de la population le type d'habitat occupé avant la situation d'errance étaient un logement (tous types de logements confondus : ordinaire, dépendant d'associations, d'organismes et de CHRS)⁷⁸.

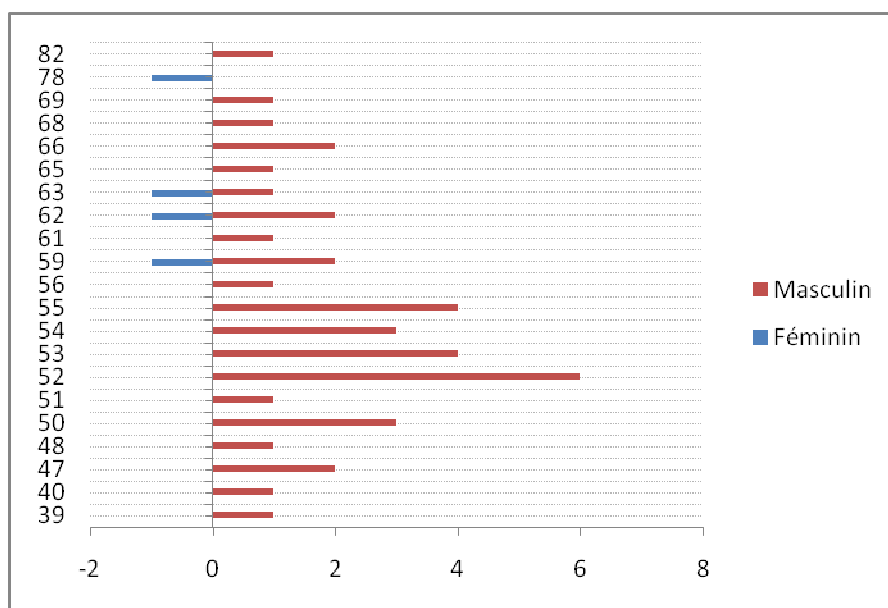
Répartition des personnes Sans Domicile vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} Avril 2009 en fonction de l'ancienneté de cette situation



Exprimée en nombre de personnes. Données Sources Tableau 60 en Annexe 9

⁷⁸ cf. Détails Tableau 61 en Annexe 9

Répartition par sexe et par âge des personnes Sans Domicile vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} Avril 2009



Exprimées en nombre de personnes. Données Sources Tableau 61 en Annexe 9

Seule une personne recherche un hébergement pour couple, les autres se déclarent en tant que personne isolée pour leurs demandes d'hébergement. La grande majorité (84%) de la population ciblée est de nationalité française, les autres sont de diverses nationalités européennes, et 2 personnes de nationalités africaines.

Par ailleurs, seules 3 personnes sont accompagnées d'animaux.

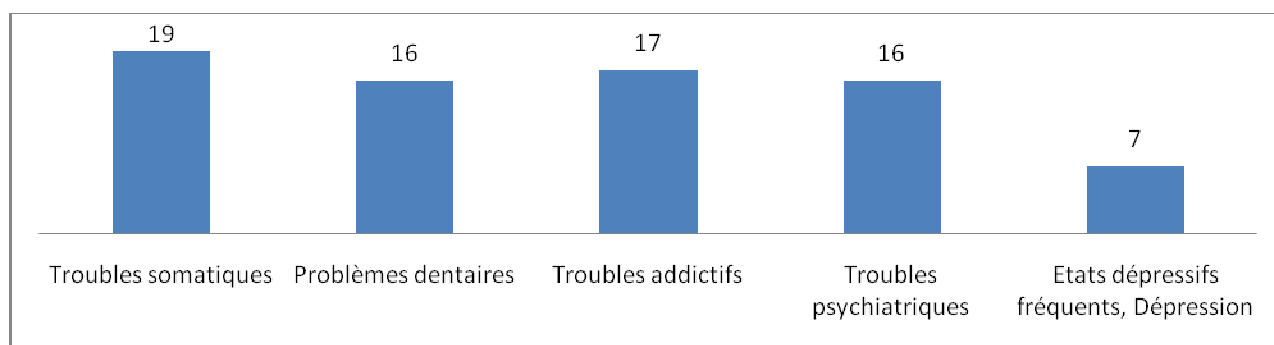
2. LA SANTE DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES AVEC DE LONGS PARCOURS D'ERRANCE

Les problèmes de santé sont très présents dans cette population, puisque pour 88% au moins un trouble de santé était déclaré (dont 58% cumulent plusieurs types de problèmes de santé⁷⁹. Au 1^{er} avril 2009, 30% des personnes de la population ciblée ne bénéficient d'aucun suivi médical. Lorsque ce suivi existe, dans la majorité des cas il se fait avec un médecin généraliste (52% des suivis médicaux), notamment dans les permanences assurées par le SAMU Social, et Médecin du Monde. Il est important de souligner que **30% des personnes de la population ciblée ont été hospitalisées au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête**. Parmi ces dernières, 3 personnes n'ont aucun suivi médical. En outre, **plus d'un tiers des personnes de la population ciblée a une reconnaissance de handicap et/ou d'invalidité⁸⁰**.

⁷⁹ cf. Tableaux 66 à 71 en annexe 9

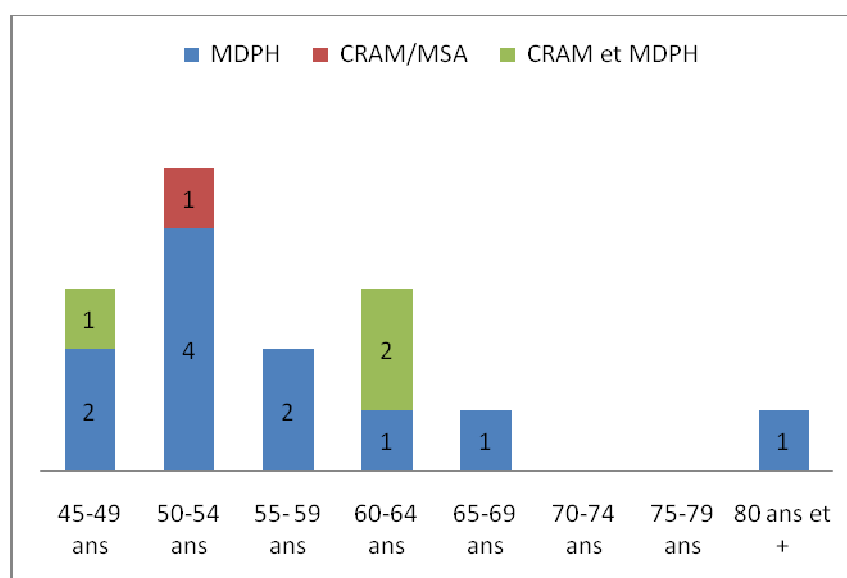
⁸⁰ cf. Détails Tableaux 72 à 74 en annexe 9

Problèmes de santé des personnes Sans Domicile Vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} avril 2009



Exprimés en nombre de personnes concernées. Données sources Tableau 65 en annexe 9

Personnes Sans Domicile Vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} avril 2009 ayant une reconnaissance d'une invalidité ou d'un handicap



Exprimées en nombre de personnes concernées. Données sources Tab 74 en annexe 9

La majeure partie des personnes Vieillissantes Sans Domicile en errance depuis plus de 2 ans, a une couverture sociale de base (98%), et seulement 60% de la population n'a pas de mutuelle⁸¹. Toutes les personnes couvertes par le droit commun ont une mutuelle et **70% des bénéficiaires de la CMU, ont une couverture complémentaire**. Ces chiffres paraissent surprenants compte tenu du fait que nous parlons de personnes en errance depuis plus de 2 ans. Mais ce fait a été en partie éclairé par les entretiens avec les personnes sans domicile. En effet, plusieurs se plaignent du fait que leur tuteur ou tutrice avait souscrit en leur nom à une mutuelle⁸². En effet, 20% de la population ciblée étaient sous mesure de protection au 1^{er} avril 2009⁸³. Ce qui peut être une des explications. De plus, étant donné la prégnance des problématiques de santé, les personnes en errance sont régulièrement hospitalisées ou amenées aux urgences. Le travail de partenariat réalisé entre les P.A.S.S. et les services d'urgence se reflètent peut-être aussi dans ce constat. Par ailleurs, comme nous l'avons dit la majorité des personnes bénéficie d'un suivi médical par une association (même s'il n'est pas régulier). Notons, en

⁸¹ Il existe un biais dans les données présentées ici. En effet, le terme « mutuelle » a été utilisé pour le questionnaire et a installé une confusion entre ce dernier et couverture complémentaire, tel que la CMU Complémentaire.

⁸² Les protestations étaient d'ordre pécuniaire au regard des montants des cotisations.

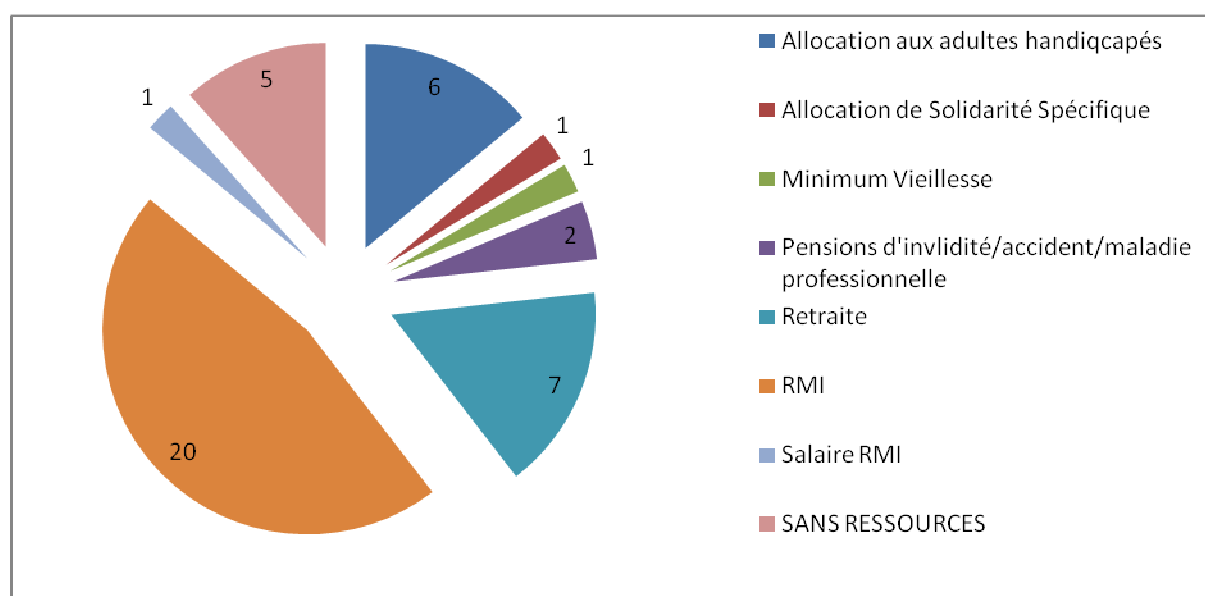
⁸³ cf. détails, tableau en annexe 9 p. .

outre, que parmi les personnes ayant une couverture sociale, **20% bénéficient d'une prise en charge à 100% au titre d'une maladie grave**⁸⁴.

3. SUIVI SOCIAL, REVENUS ET MESURE DE PROTECTION DES MAJEURS

Sur l'ensemble de la population considérée dans cette partie, seulement 5 personnes n'ont aucun suivi social au 1^{er} avril 2009. Pour l'essentiel, les personnes suivies ont leur référent social au CAIO. Quelques unes, dans une moindre mesure, sont suivies dans des CCAS, MDSI et PASS ; un accompagnement au SAMU Social vient souvent compléter l'accompagnement qui y est mis en place, comme nous l'avons évoqué précédemment⁸⁵. La moitié des personnes qui ont un référent social sont suivies dans le cadre du dispositif RMI/RSA. A 2 exceptions près, ce sont des personnes de moins de 60 ans.

Ressources des Personnes Sans Domicile Vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} avril 2009



Exprimée en nombre de personnes concernées. Données sources Tableau 79 en annexe 9

Sur l'ensemble de la population ciblée, une personne avait un dossier de surendettement en cours et était titulaire de l'AAH. Une autre avait un interdit bancaire et percevait le minimum vieillesse. Ces 2 personnes sont sous curatelle.

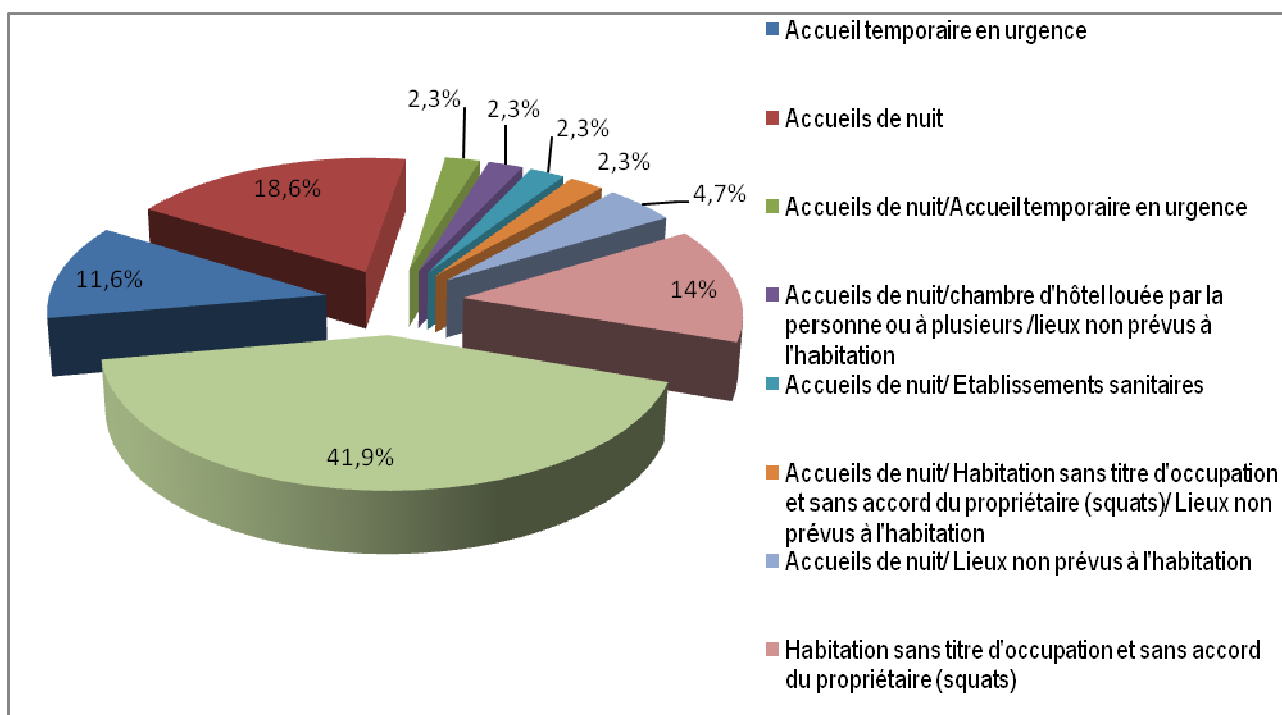
4. LIEUX DE VIE ACTUELS CONNUS ET DEMARCHES DE RECHERCHE D'HEBERGEMENT ET DE LOGEMENT

La moitié des personnes en errance depuis plus de 2 ans (56%) vit exclusivement dans des lieux non prévus à l'habitation (42%) ou dans des squats (14%). Trois personnes sur dix fréquentent exclusivement des lieux d'accueils d'urgence. On peut supposer que ce sont les personnes « vulnérables » que les professionnels de l'accueil et de l'hébergement d'urgence évoquaient lors des entretiens. Ils essaient de les protéger au maximum de nuits à la rue grâce à une concertation entre partenaires, dont le 115 qui coordonne les orientations en places d'urgence au jour le jour.

⁸⁴ cf. Données Source Tableaux 75 et 76 en annexe 9.

⁸⁵ cf. Tableaux 77 et 78 en annexe 9

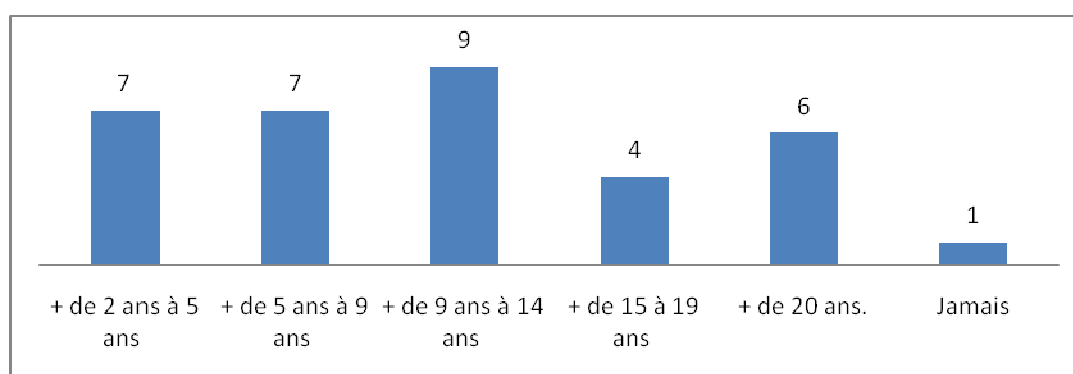
Lieu de vie connu, des Personnes Sans Domicile Vieillissantes en errance
depuis plus de 2 ans, au 1^{er} Avril 2009



Exprimés en pourcentage de personnes concernées. Données sources Tableau 83 en annexe 9

Le graphique ci-dessous illustre la proportion de personnes ayant eu une expérience en logement autonome connue des répondants, et une estimation de la durée depuis laquelle elles ont perdu le logement en question. Ainsi, **près de 60% des personnes en errance depuis plus de 2 ans n'ont pas vécu dans un logement autonome depuis plus de 9 ans.**

Ancienneté de la perte du dernier logement autonome connu pour les personnes Sans Domicile vieillissantes en errance depuis plus de 2 ans, au 1^{er} avril 2009

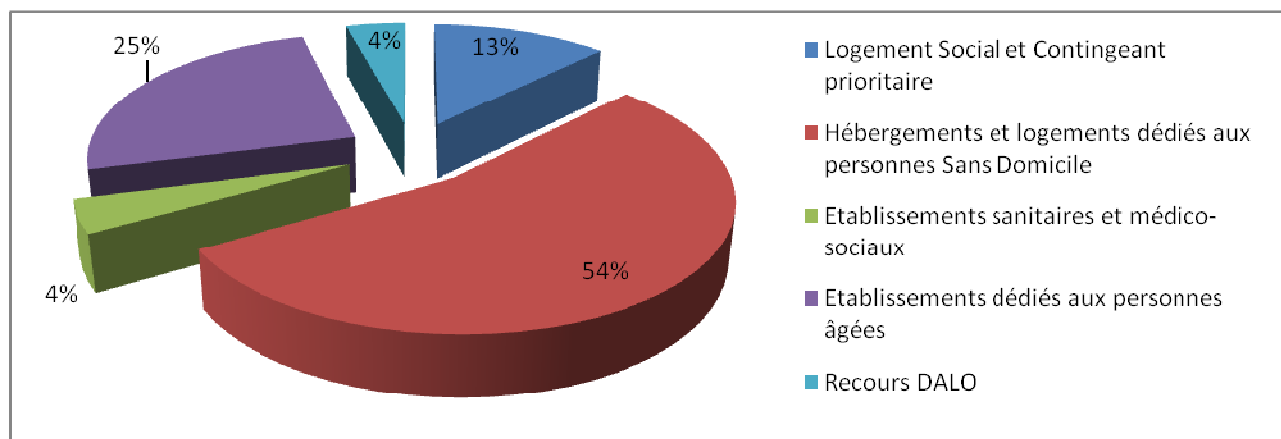


Exprimée en pourcentage de demandes. Données Sources Tableau 84 en Annexe 9

Malgré le fait que 88% de la population ciblée bénéficie d'un suivi social, **plus de la moitié n'a aucune démarche de recherche d'hébergement ou de logement en cours.** Ce qui tend à confirmer que les rapports entretenus avec les services sociaux ne se font que dans le cadre des suivis obligatoires liés au renouvellement de prestations sociales pour une partie de cette population. Pour les personnes qui sont engagées dans des démarches, la majorité des demandes sont orientées vers des dispositifs

dédiés aux personnes Sans Domicile, les demandes les plus fréquentes étant vers les Maisons Relais, puis les CHRS et Foyers ADOMA⁸⁶.

Répartition des demandes d'hébergement et de logement dédiés aux personnes Sans Domicile au 1^{er} Avril 2009



Exprimée en pourcentage de demandes. Données Sources Tab 86 en Annexe 9

En ce qui concerne, les demandes, les refus de propositions exprimés, et les ruptures d'hébergement au 1^{er} avril 2009 :

- une seule personne de la population ciblée était sur liste d'attente, et avait fait une demande de logement social.
- les Maisons Relais sont les dispositifs qui ont formulé le plus de rejet des demandes, et ce par manque de places disponibles. Au total, 8 demandes émises par la population ciblée avaient été rejetées.
- 7 personnes avaient exprimé leur refus d'intégrer les structures proposées bien que la prochaine place disponible leur soit réservée. Notons que pour deux personnes **le refus était lié à la nécessité de se séparer de leur animal de compagnie**. Pour une autre, **l'éloignement géographique de la maison de retraite avec son lieu de vie actuel était le facteur décisif**. Pour deux personnes, **l'encadrement socio-éducatif proposé dans les dispositifs était en cause (difficulté à adhérer au règlement intérieur, contrat de séjour et suivi, etc.)**. Les deux dernières avaient du mal à accepter le « restant-à-vivre » après que la participation financière soit versée à l'hébergeur.
- Seulement 7 échecs d'hébergement étaient repérés, la plupart des départs étaient à l'initiative de la personne (5).

⁸⁶ détails dans le Tableau 86 en annexe 9.

CHAPITRE 4

LES BIAIS ET LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PERSONNES VIEILLISSANTES SUR LES DISPOSITIFS EXISTANTS : DES ACTEURS QUI METTENT DE COTE MALGRE EUX ?

1. DES FREINS SUBJECTIFS A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES

Nous avons pu remarquer que si des freins objectifs existent dans la prise en charge actuelle des personnes, d'autres existent avant même leur admission. Nous avons pu pointer la tendance des structures d'hébergement et du logement en ALT et sous location, à trier la population qu'ils accueillent, tout comme les dispositifs dédiés aux personnes âgées. Ce tri basé sur des critères éminemment subjectifs, nous le verrons, mène le plus souvent à des processus d'exclusion des dispositifs d'hébergement de parties de la population vieillissante. Aussi, ces personnes se retrouvent à vieillir entre rue et hébergement d'urgence. Les populations les plus stigmatisées sont évidemment les personnes les plus désocialisées et dégradées sur un plan somatique et psychique.

En effet, l'arrivée croissante de cinquantenaires « victimes de la crise économique » contribue au blocage dans les structures d'hébergement d'urgence de personnes qui ont eu un parcours d'errance plus ou moins long, autrement dit ceux pour qui les dispositifs temporaires avaient été créé à la base. L'intérêt de la sortie rapide des circuits de l'urgence de ces nouvelles populations avant qu'elles ne s'y chronicisent n'est pas ici remis en cause. Mais tous les professionnels s'accordent à dire que le blocage de la chaîne d'hébergement a des conséquences importantes sur le public accueilli. Les personnes restent plus longtemps dans les dispositifs d'urgence, ce qui les expose au risque d'entrer dans des processus de vieillissement précoce. Ce ne sont pas là des propos alarmistes que d'affirmer qu'actuellement la chaîne allant de l'hébergement d'urgence au logement social ou privé est bloquée. Le 1^{er} Congrès National des FSL⁸⁷, en avril dernier, rappelait à ce propos à quel point les bailleurs publics sont saturés de demandes auxquelles ils ne peuvent répondre dans l'immédiat, et ce malgré l'urgence de nombreuses situations. Ainsi, sciemment ou pas, les CHRS et structures d'hébergement temporaire et en ALT ont tendance à resserrer progressivement les critères d'admission de toutes les structures.

La chaîne étant bloquée en aval, **pensant favoriser le turn-over dans l'accès aux dispositifs d'insertion, on préférera choisir des candidats pour lesquels la durée de séjour présumée avoisinera les 6 à 8 mois.** Ainsi insidieusement, la candidature d'une personne qui a perdu récemment son logement et/ou son emploi sera préférée à celle d'une personne stabilisée, mais qui a connu un parcours d'errance et dont la réalisation du projet d'insertion risque de prendre plus de temps. **Le nivellement par le haut des critères d'admission dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaires est constaté par de nombreux professionnels.** Il apparaît également en filigrane lors des entretiens que nous avons pu mener avec quelques structures d'hébergement et de logement temporaires. Certains mettent en avant la création récente de places de stabilisation qui selon eux correspondraient mieux à cette frange vieillissante chronicisée dans l'urgence. Finalement, ces critères d'admission subjectifs et pour la plupart implicites, finissent par laisser de côté des personnes marginales, chronicisées ou des grands précaires qui sont déjà engagées activement dans une démarche

⁸⁷ Cf. Synthèses des interventions et ateliers du 1^{er} Congrès National des FSL sur le lien suivant : http://www.gironde.fr/cg33/jcms/c_21889/congres-national-des-fonds-solidarite-logement

d'insertion ; et à qui ne manque que le coup de pouce pour pouvoir se stabiliser dans un environnement leur permettant de faire évoluer leur projet d'insertion et de vie. Loin de vouloir jeter la pierre sur les structures d'accueils temporaires, il semble important de rappeler que le frein de base objectif à l'accès à ce type de dispositifs est **le manque criant de places offertes face à la demande croissante**. Les professionnels nous ont fait part du fait que certaines structures ont d'ailleurs d'ores et déjà « fermé » officieusement les listes d'attente pour les admissions tellement elles sont saturées de demandes.

Faits plus préoccupants, en plus de la stigmatisation actuelle des parcours atypiques des personnes, des processus quelque peu discriminatoires sont à l'œuvre en ce qui concerne leur âge. Ainsi, les professionnels interrogés ont à maintes reprises exposé les rejets de candidatures par des établissements pour personnes âgées pour ce motif⁸⁸, et s'agissant de personnes qui correspondaient objectivement aux critères GIR requis pour une admission dans ce type d'hébergement. D'autre part, le terme vague « *vieillissant* » a fait surgir, des représentations de la vieillesse qui s'illustrent fréquemment dans les discours des professionnels qui accueillent des personnes Sans domicile, en termes de dépendance physique et mentale. Ces représentations sont également de brillants témoignages de discrimination, puisqu'une minorité de personnes sont dans une telle situation de perte d'autonomie. Ces représentations de la vieillesse véhiculent à la fois l'idée que compte tenu de leur âge (et quoi qu'il en soit de la réalité des situations), les possibilités d'évolution de la population vieillissante sont très limitées voire inexistantes. Par là même, les possibilités d'actions d'insertion sont envisagées comme très réduites, et les durées de séjour indéfinies. Elles révèlent également les inquiétudes des accueillants qui ont ponctuellement étaient confrontés à des accompagnements de fin de vie sur leur lieu de travail, et expériences mal vécues par le personnel et les personnes hébergées d'après leurs récits. Pour résumer le problème, caricaturalement, les personnes sans domicile vieillissantes sont considérées « trop jeunes » pour être admises en établissement pour personnes âgées et, « trop vieilles » par les acteurs de l'hébergement temporaire qui œuvrent dans le domaine de l'insertion. De fait, les candidatures des personnes sans domicile vieillissantes sont traitées différemment des autres dans ces deux types de structures et ce, au regard de leur âge.

Par ailleurs, **des injonctions paradoxales produites par le cadre légal récent deviennent progressivement visibles.**

Les CHRS sont poussés à justifier leur activité au regard d'une conception de l'insertion qui tend à se réduire au retour à l'emploi et à l'obtention d'un logement. Pour favoriser la fluidification des dispositifs, les courts séjours sont implicitement encouragés. Cette logique temporelle ne correspond pas à toutes les personnes sans domicile vieillissantes, nous en avons détaillé les raisons précédemment.

Le cadre légal instauré par le P.A.R.S.A. incite les hébergements d'urgence au principe de continuité sans donner les moyens concrets de le faire pour les plus fragiles : accueillir des personnes sans domicile vieillissantes, nuit et jour dans des accueils de nuit, ne s'improvise pas compte tenu de leurs besoins. On assiste depuis quelques années déjà à des bricolages et « des dépannages » de toutes sortes dans le réseau de partenaires, afin de mettre tant bien que mal à l'abri la journée les personnes les plus fragiles, été comme hiver ; le P.A.R.S.A. n'ayant pas suffisamment doté les structures pour que ces dernières puissent accueillir dans de bonnes conditions le public, les mêmes bricolages sont plus que jamais d'actualité. **Il semble donc nécessaire aujourd'hui d'évaluer les conséquences de telles conditions d'accueil avant tout vis-à-vis de la population visée prioritairement par le P.A.R.S.A., mais aussi des pratiques professionnelles ainsi développées et plus globalement des organisations.**

⁸⁸ Rappelons la possibilité d'obtention de dérogation pour l'admission de personnes de moins de 60 ans en EHPAD au regard de son état de santé.

D'autre part, la loi DALO est aussi source d'injonctions paradoxales mais d'un autre ordre. Des dépôts de dossiers sont faits, légitimement, au nom du droit au logement, pour des personnes qui ne peuvent objectivement pas accéder à un logement autonome ou un logement ordinaire. Cette loi instituant un droit fondamental, n'est dans les faits pas accessible à toute la population sans domicile. **Le cadre de la loi DALO n'a pas vocation à orienter les personnes en hébergement, pourtant dans bien des cas c'est le type d'habitat qui, par défaut, paraît le plus pertinent pour les situations présentées par les personnes vieillissantes les plus fragiles d'un point de vue sanitaire et social.**

2. DES FREINS OBJECTIFS A LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES VIEILLISSANTES SANS DOMICILE

Les acteurs ont évoqué des freins et donc des besoins importants en terme de prise en charge et de sortie des dispositifs des personnes vieillissantes :

- **Des problématiques complexes** constituent des obstacles à l'admission dans les dispositifs existants. Sont principalement évoquées les problématiques addictives et les problématiques psychiques, ainsi que la co-morbidité de troubles somatiques plus ou moins graves et/ou invalidants. Notons également que ce sont généralement des populations jeunes. Leur âge est un frein à l'admission dans les dispositifs d'hébergement de droit commun pour personnes âgées dont la moyenne d'âge d'admission avoisine les 80/85 ans actuellement.
- **Le cumul de problématiques similaires dans un même hébergement existant** : les acteurs ont mis en avant le fait que réunir dans un hébergement des personnes aux problématiques similaires (en particulier addictives et psychiques) s'avère difficilement gérable. Cela crée des émulations négatives entre les personnes hébergées qui déstabilisent l'ensemble du collectif. Certains expriment même la mise en danger des personnes vieillissantes les plus fragiles.
- **Les délais d'attente quand la personne est prête à sortir des dispositifs** : les mises sous protection la plupart du temps nécessaires aux personnes vieillissantes sans domicile obligent à 6 à 8 mois d'attente durant lesquels elles restent sur les dispositifs où elles sont hébergées. L'accès au logement autonome dans le parc privé aussi bien que dans le parc public est bouché. Une réponse positive des bailleurs publics nécessite des délais d'attente de parfois plusieurs années même en positionnant les personnes sur le contingent prioritaire. Les délais d'attente pour une admission en RPA, Maison de retraite ou en EHPAD sont également très longs et souvent conditionnés par un travail de partenariat étroit où se négocient avant même l'entrée, les conditions d'hébergement. Les structures prescriptrices de l'orientation doivent souvent s'engager à continuer à suivre les personnes le temps de l'adaptation (et au-delà) et/ou à reprendre les personnes si cela ne se passait pas bien. Les délais d'attente deviennent de plus en plus longs pour les Maisons relais qui ont un faible turn-over.
- **Le manque de moyens pour faire face** dans les hébergements où se trouvent les personnes vieillissantes.

Le **besoin en ressources humaines** est particulièrement criant. En effet, les prises en charge de personnes vieillissantes mobilisent considérablement le temps et l'énergie des équipes qui les accueillent et réduisent d'autant leur disponibilité pour les autres personnes hébergées. Il s'agit donc de besoin quantitatif mais le besoin d'interventions de personnels qualifiés pour la prise en charge de personnes vieillissantes est aussi exprimé. Personnels médicaux, paramédicaux, et socioéducatifs ad hoc, sont les plus demandés.

Le **besoin de temps disponible** pour accompagner efficacement ces publics est fortement mis en avant, en particulier parce que cela nécessite un gros travail de partenariat et une stimulation constante des personnes. Globalement, la prise en charge de ces personnes nécessite une durée moyenne d'hébergement plus longue que les autres.

Les structures mobilisent également des **moyens financiers** considérables pour subvenir à leurs besoins actuellement. Tant qu'aucun droit n'est ouvert, beaucoup de structures pallient le manque en leur assurant le minimum vital. Les hébergements sont également obligés de réaliser de multiples accompagnements physiques de ces personnes pour qu'elles puissent bénéficier de soins, d'un suivi social effectif, ou pour réaliser des actes de la vie courante.

Les acteurs mettent aussi en avant les **besoins en formation** sur les effets du vieillissement en général, et sur la prise en charge de personnes vieillissantes qui sont nécessaires en l'absence de solutions d'hébergement adaptées.

Le manque d'équipement et les bâtis non adaptés au vieillissement des personnes dans les dispositifs, spécialement pour les personnes à mobilité réduite, sont aussi relevés.

- **Enfin, la formalisation de partenariat** avec les dispositifs dédiés aux personnes âgées est évoquée par quelques acteurs.

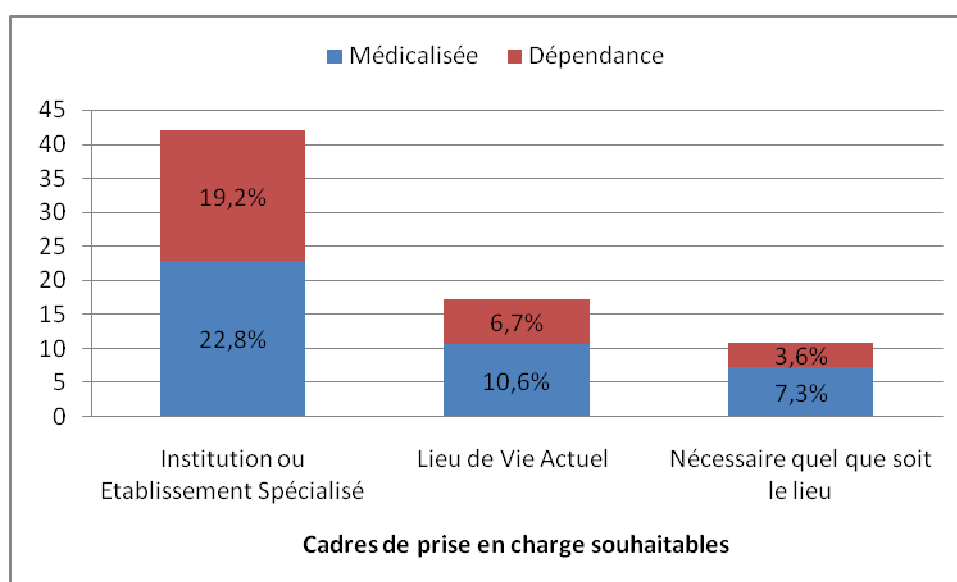
3. ESTIMATION DES BESOINS DE PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION PAR LES PROFESSIONNELS ET SOUHAITS EXPRIMES PAR LA POPULATION AUPRES DE CEUX-CI

3.1 Estimation des besoins de prise en charge par les répondants

Nous avons demandé aux professionnels de faire une estimation des besoins de prise en charge médicalisée et de la dépendance pour chaque personne de la population en fonction de son état de santé général au 1^{er} avril 2009. Il en résulte que :

- ~ 41% de la population nécessiterait une prise en charge médicalisée,
- ~ 30% de la population nécessiterait une prise en charge de la dépendance.

Répartition des besoins de prise en charge des personnes Sans Domicile Vieillissantes au 1^{er} avril 2009



Exprimée en pourcentage de l'ensemble de la population. Données Sources Tableau 87 en Annexe 9

N.B : Une personne peut cumuler des besoins de prise en charge médicalisée et de la dépendance, et sur l'un et l'autre des lieux de vie

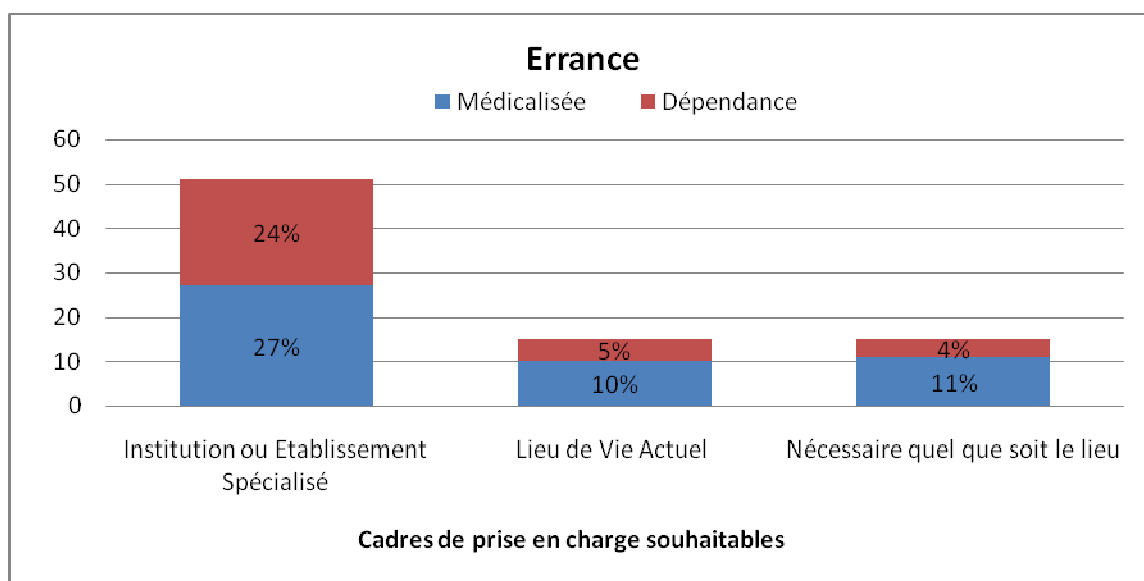
Les besoins de prise en charge les plus importants sont observés pour les personnes en errance. Ainsi, **63% de l'ensemble des personnes pour lesquelles une prise en charge médicalisée était estimée nécessaire par les répondants au 1^{er} avril 2009 sont dans une situation d'errance**. La population pour laquelle ce besoin est repéré représente près de 50% de la population en errance. Soulignons que la moitié de ces personnes sont en errance depuis plus de 2 ans.⁸⁹ De plus, **61% de la population dont l'état, au 1^{er} avril 2009, nécessiterait une prise en charge de la dépendance sont également des personnes en errance, dont 21% le sont depuis plus de 2 ans**. La population pour laquelle ce besoin est repéré représente 30% de la population en errance.

Les professionnels estiment que pour 30% des personnes hébergées en CHRS ou en dispositif de stabilisation, une prise en charge médicalisée est nécessaire, et pour 23% une prise en charge de la dépendance⁹⁰.

Soulignons que pour 33% des personnes vivant en hébergement long terme sans limite de durée de séjour (le plus souvent Maisons Relais) une prise en charge médicalisée est estimée nécessaire et la même proportion est constatée pour la prise en charge de la dépendance⁹¹.

Les Graphiques suivants montrent les répartitions des personnes pour lesquelles un besoin de prise en charge spécifique est estimé nécessaire en fonction du lieu de vie.

Répartition des besoins de prise en charge des personnes Sans Domicile Vieillissantes en situation d'errance au 1^{er} Avril 2009



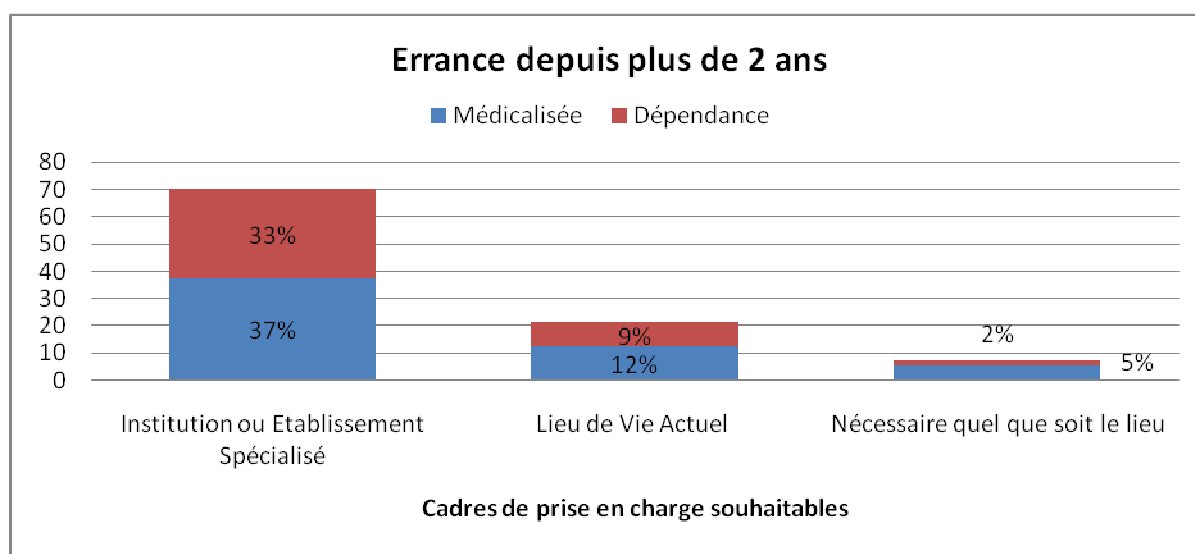
Exprimée en pourcentage de l'ensemble des personnes ayant un besoin de prise en charge soit médicalisée, soit de la dépendance. Données Sources Tableau 88 en Annexe 9

⁸⁹ Cf. Graphique 35/36 et Tableau 88 en Annexe 9

⁹⁰ cf. Graphique 37 ci-dessous et Tableau 88 en Annexe 9

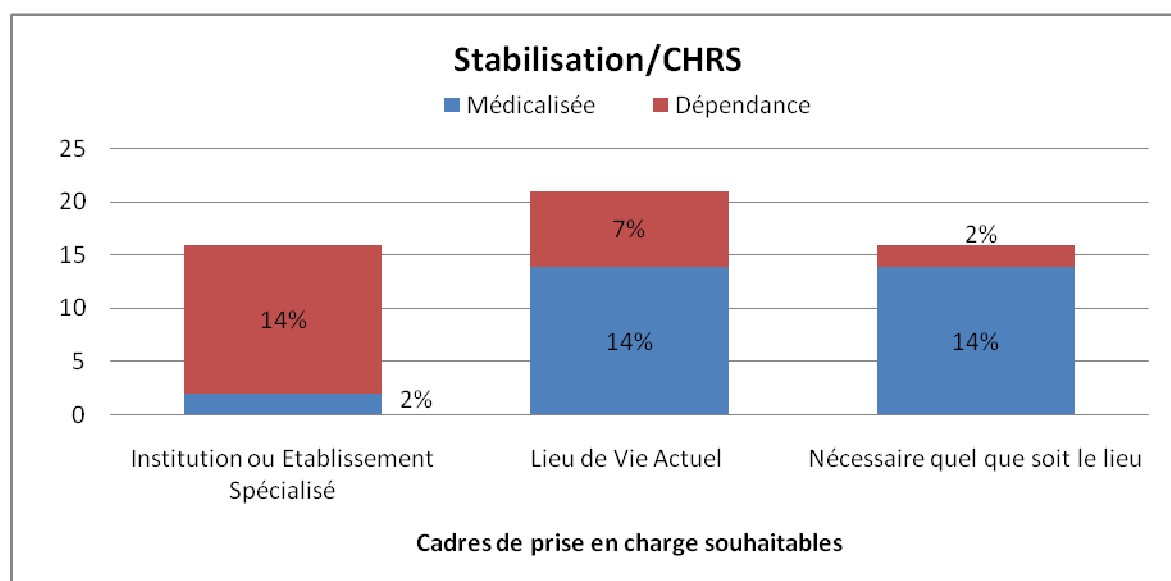
⁹¹ cf. Graphique 38 et Tableau 88 en Annexe 9

**Répartition des besoins de prise en charge des personnes Sans Domicile Vieillissantes
en situation d'errance depuis plus de 2 ans au 1er Avril 2009**



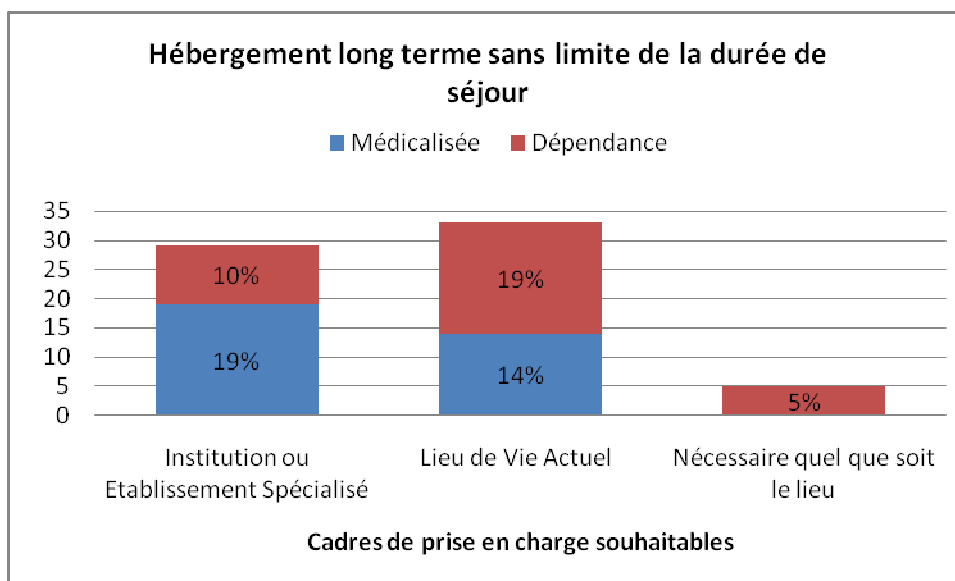
Exprimée en pourcentage de l'ensemble des personnes ayant un besoin de prise en charge soit médicalisée, soit de la dépendance. Données Sources Tableau 88 en Annexe 9

**Répartition des besoins de prise en charge des personnes Sans Domicile
Vieillissantes en Stabilisation ou CHRS au 1er Avril 2009**



Exprimée en pourcentage de l'ensemble des personnes ayant un besoin de prise en charge soit médicalisée, soit de la dépendance. Données Sources Tableau 88 en Annexe 9

**Répartition des besoins de prise en charge des personnes Sans Domicile
Vieillissantes en hébergement long terme sans limite de la durée de séjour, au 1er
Avril 2009**



Exprimée en pourcentage de l'ensemble des personnes ayant un besoin de prise en charge soit médicalisée, soit de la dépendance. Données Sources Tableau 88 en Annexe 9

Le tableau ci-dessous récapitule les caractéristiques de la population pour laquelle les besoins de prise en charge médicalisée et/ou de la dépendance sont repérés :

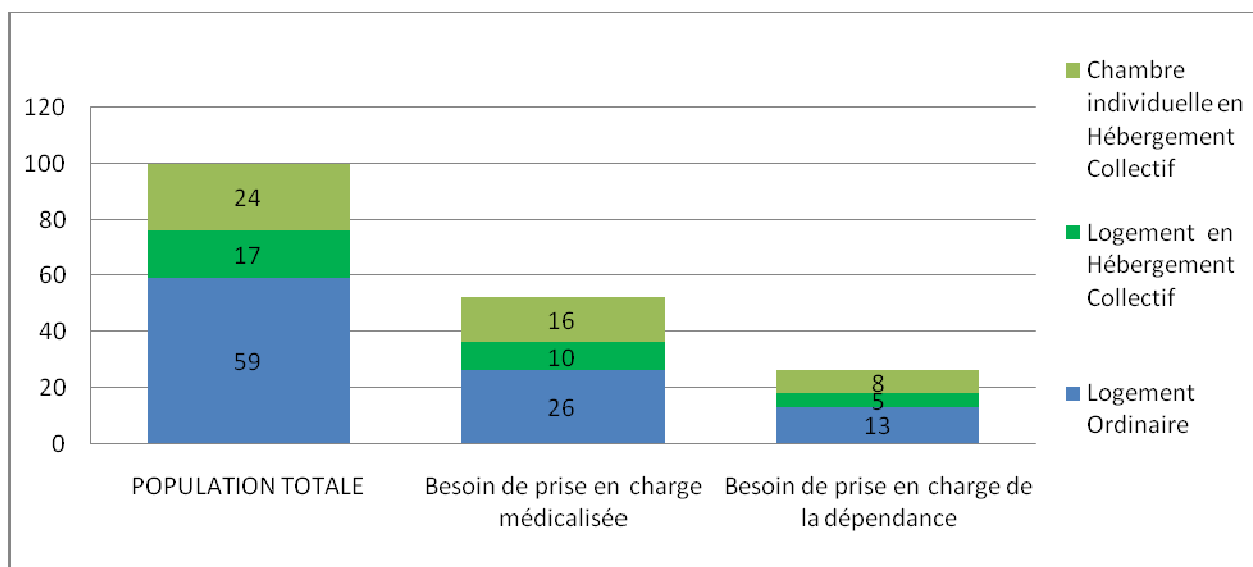
	Besoin de Prise en charge Médicalisée	Besoin de Prise en Charge Dépendance
Statuts matrimoniaux	95% de personnes isolées 5% de personnes déclarées en couple	
Reconnaissance de Handicap ou d'Invalidité	50%	44%
Prise en Charge à 100% au titre d'une maladie grave	20%	20%
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	50%	60%
Mesure de protection des majeurs	20%	30%

3.2 Types d'habitat souhaités par la population selon les professionnels

Globalement, le logement est le type d'habitat le plus souhaité par les personnes d'après les professionnels, comme pour l'ensemble de la population. Cependant, quelque soit le besoin de prise en charge, la population se répartit à parts égales entre les personnes qui souhaitent habiter dans un collectif (chambre ou logement) et celles qui préfèrent un logement hors dispositif d'hébergement d'après les professionnels. Ces derniers ont précisé dans quelques cas que le **logement ordinaire était à la fois le choix de la personne, et un choix par défaut des orientations, après des échecs dans un peu tous les dispositifs proposés ou parce que la vie en collectivité posait problème.**

Notons que pour 8 personnes et ce, qu'il s'agisse de prise en charge médicalisée ou de la dépendance, ce sont clairement des établissements de type Maisons de retraite ou EHPAD qui sont envisagés avec leur accord.

Types d'habitats souhaités par les personnes Sans Domicile Vieillissantes
au 1^{er} Avril 2009



Exprimés en nombre de personnes ayant un besoin de prise en charge soit médicalisée, soit de la dépendance. Données Sources
Tableau 89 en Annexe 9

Le tableau ci-dessous montre les communes, quartiers ou territoires où les personnes Sans Domicile Vieillissantes repérées souhaitent vivre au 1^{er} Avril 2009, selon les professionnels.

<u>Communes Précises dans la C.U.B.</u>	
BEGLES	2
BRUGES	2
LORMONT	1
PESSAC	1
VILLENAVE D'ORNON	2
Bordeaux Centre Ville	7
Bordeaux Rive Gauche	1
Bordeaux Rive Droite	1
Bordeaux Quartier Précis	8
Bordeaux Sans Précision	69
TOTAL BORDEAUX	86
<u>C.U.B. Sans Précision</u>	18
<u>Communes Précises Hors CUB</u>	
BAZAS	2
BONNETAN	1
CAPTIEUX	1
COUTRAS	2
GRIGNOLS	1
LALANDE DE FRONSAC	1
LANGON	3
LEGE CAP FERRET	1
LEOGNAN	4
LIBOURNE CENTRE	4
SAINT SEURIN SUR ISLE	1
<u>Communes Hors CUB</u>	
Communes du Blayais	1
Communes du Libournais	1
Communes hors C.U.B. Sans Précision	2
Communes Du Département Sans Précision	8
Autres Départements Ou Régions (BRETAGNE, MARTINIQUE, VIENNE)	3
Autres Pays (MAROC, TUNISIE)	2

Les perspectives de sorties des dispositifs étant particulièrement bouchées, les structures s'adaptent tant bien que mal à l'hébergement des personnes vieillissantes. Mais globalement, les acteurs mettent en évidence l'inadaptation des dispositifs existants pour accueillir et héberger les populations les plus âgées ou celles qui sont dans un processus de vieillissement précoce. Les besoins de prise en charge spécifique (médicalisée ou de la dépendance) exprimés par les participants à l'enquête en attestent. A propos des Maisons Relais, d'avis de tous, elles apportent un cadre contenant qui peut convenir à une partie des personnes vieillissantes en tant que compromis entre le collectif et le logement autonome. Cependant, les acteurs des Maisons Relais expriment eux, les mêmes limites en termes de prise en charge que les autres types de dispositifs. D'autant plus qu'elles ne bénéficient pas de moyens conséquents à l'accompagnement des personnes vieillissantes qui, compte tenu de l'ampleur des besoins exprimés, demandent un accompagnement plus ou moins dense et un gros investissement à tous points de vue. Inévitablement, la question de l'inadaptation des dispositifs dans lesquels sont actuellement les personnes ramènent aux questions de mise en danger des plus fragiles voire de maltraitance.

En outre, les acteurs s'interrogent sur l'évolution de leurs missions. Car, ils reçoivent de plus en plus de populations qui nécessitent à la fois soins médicaux et encadrement socio-éducatif quotidiens. En effet, le vieillissement des populations sans domicile dans ces dispositifs et l'émergence de nouvelles populations, traditionnellement accompagnées par le secteur médico-social (des personnes en situation de handicap physique ou mental notamment), dans le champ de l'action sociale en direction des personnes les plus démunies, interrogent. Ne serait-on pas en train de glisser d'établissements à vocation sociale vers des établissements médico-sociaux ? Ce questionnement n'est pas, sans évoquer la question des moyens actuels mis en œuvre pour cela, et plus largement de l'intérêt de structures offrant des prestations médico-sociales pour l'ensemble de la population sans domicile. A en croire, les professionnels et les constats faits au travers de l'étude, le changement semble déjà visible sur le terrain. Pourtant, les politiques publiques sont en ordre de marche inverse et visent à une distinction claire entre politiques sociales et politiques sanitaires aujourd'hui...

CHAPITRE 5

PAROLES D'ANCIENS : DES PROJETS, DES ENVIES, DES SOUHAITS, DES ATTENTES

1. INFORMATIONS GENERALES

Les informations collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Notons que deux entretiens étaient difficilement exploitables l'état psychologique de l'une n'a pas permis de mener l'entretien, et l'autre a écourté l'entretien dès la deuxième question. Ainsi sur 27 entretiens retenus :

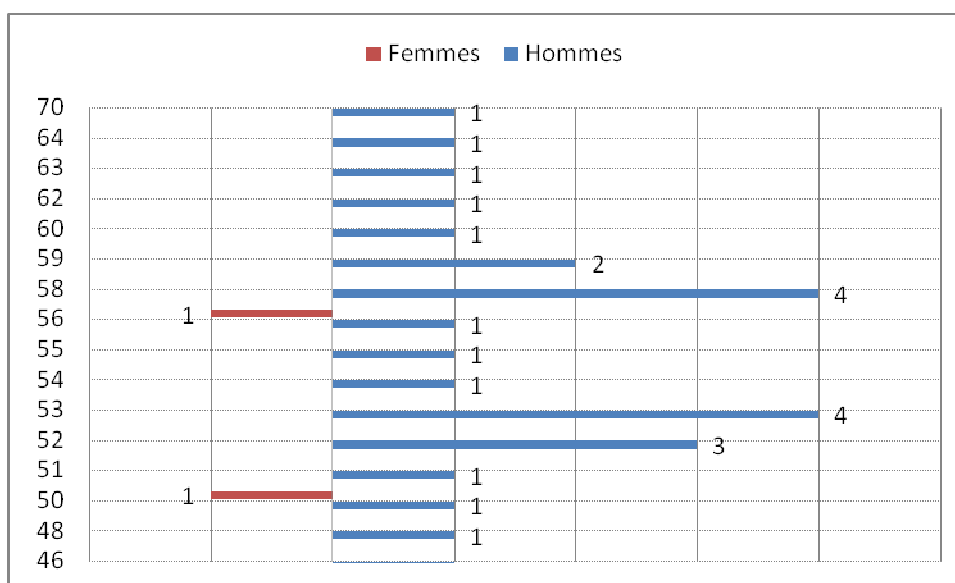
- 5 personnes étaient hébergées en accueil d'urgence la nuit où nous les avons rencontrés
- 7 personnes étaient hébergées en foyer de stabilisation
- 5 personnes étaient hébergées en CHRS
- 8 personnes étaient logées en Maison Relais
- 2 personnes étaient hébergées en hébergement à visée curative.

Cette population était composée :

- deux couples,
- 22 hommes officiellement célibataires dont 3 ont confié avoir une compagne qui n'est pas hébergée au même endroit qu'eux,
- un homme marié dont l'épouse se trouve à l'étranger.

Nous n'avons pas pu interroger de femme célibataire.

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 56 ans. Le plus âgé a 70 ans et le plus jeune 46 ans. Voir graphique ci-dessous pour la répartition.



2. PARCOURS DES PERSONNES RENCONTREES

Il est difficile de décrire les parcours très variés des personnes rencontrées, de manière synthétique, sans qu'ils ne deviennent réducteurs ou qu'ils ne leur fassent porter une étiquette. Comme nous le disions, les personnes ont fréquemment raconté, de manière spontanée, leur parcours et leur histoire de vie. Bien que les entretiens n'aient pas eu ce but là, il semble intéressant de rendre compte de quelques éléments, afin que le lecteur puisse se repérer. Néanmoins, par respect pour les personnes rencontrées, nous ne donnerons que quelques bribes pour illustrer leurs explications du « *début de la galère* », et pour contextualiser leurs souhaits, attentes et inquiétudes par la suite à la lumière des profils de situation en amont.

Parmi les personnes rencontrées, quatre sont sans domicile depuis moins d'un an. Ces personnes ont eu une vie conventionnelle, tout du moins un logement, une famille, un travail. Une d'entre elles explique que la perte de son emploi et la difficulté à en retrouver un compte tenu de son âge, a provoqué une réaction en chaîne dans son foyer. L'alternance entre petits boulots et chômage ne suffisait plus à subvenir à ses besoins. L'une des personnes est retraitée depuis quelques années, mais les charges et le coût de son loyer augmentant ont eu raison de ses maigres ressources. Ces deux situations se sont soldées par des expulsions pour impayés de loyer. Pour une autre, c'est la rupture conjugale puis le divorce qui ont précipité les choses, et la « perte » du logement (dont elle est encore en partie propriétaire). Enfin, la quatrième a vécu et travaillé en majeure partie à l'étranger. Ayant perdu son emploi suite à des problèmes de santé, à son retour en France elle s'est retrouvée démunie et sans possibilité encore de faire valoir ses droits à la retraite. Deux de ces personnes sont actuellement accueillies en hébergement temporaire en accueil d'urgence, et les deux autres sont en C.H.R.S.

Deux hommes sont des anciens migrants, venus travailler en France lors des vagues d'immigrations économiques encouragées par les pouvoirs publics dans les années 50/60. Ruptures conjugales et/ou pertes d'emploi semblent à l'origine de la situation actuelle. Ces deux personnes ont connu depuis l'alternance des hébergements par des tiers, des accueils de nuit et de nuits à la rue. Si l'une d'entre elles est toujours en situation d'errance, bien que mise à l'abri (autant que faire ce peut) en centre d'hébergement d'urgence, l'autre est actuellement accueillie sur un dispositif de stabilisation.

Une personne a été confrontée pendant quelques années à l'alternance d'hébergement par des proches et d'hospitalisations. Epuisant à la fois son réseau amical et familial, lié en partie à sa pathologie et après des tentatives d'hébergement en appartement thérapeutique ou semi-autonome, elle est actuellement accueillie en C.H.R.S. Un homme explique qu'il était venu en France pour un séjour de courte durée à des fins professionnelles. Suite à un malaise, une pathologie a été découverte, et l'a obligé à rester en France le temps de récupérer et de bénéficier de soins qui ne sont pas dispensés dans son pays. Cependant, ayant épuisé les hébergements dans son réseau relationnel, pendant près d'un an il a dormi dans des espaces publics, et était hébergé occasionnellement dans un presbytère. Il n'avait aucune ressource pendant toute cette période, et ne pouvait prétendre à aucune prestation sociale. Etant donné ses conditions de vie, son état de santé s'est aggravé entraînant des conséquences irréversibles. Après de multiples hospitalisations et séjours en maisons de convalescence, il est actuellement hébergé en appartement thérapeutique géré par une association. Cet homme explique qu'il est « *condamné à rester en France pour se soigner* » tant qu'il ne bénéficiera pas d'une greffe. Son épouse et ses enfants vivent dans son pays d'origine. Etant donné sa situation de sans domicile, il ne peut prétendre au regroupement familial pour sa femme le rejoigne, les enfants étant majeurs.

Les deux femmes interrogées sont restées sur leur réserve quant à leur parcours depuis la perte du logement. L'une d'entre elles explique seulement que c'est au décès de son mari que la situation est devenue compliquée. Toutes les deux vivent actuellement en couple en Maison Relais.

Les autres personnes ont connu de long parcours d'errance. Pour celles-ci, la situation d'origine n'est pas toujours facile à comprendre à partir des bribes qu'elles en donnent. Mais voici quelques éléments qui permettront d'éclairer leur parcours.

Trois personnes expliquent avoir « *tout plaqué* » suite à des chocs émotionnels : pour deux il s'agissait du décès de leur compagne et pour la troisième d'une rupture conjugale manifestement encore douloureuse. Un homme explique que suite à la perte de son emploi et à son divorce concomitant, sa situation s'est dégradée.

Un homme résume sa vie en quelques mots « *j'étais ce qu'on appelle un routard* », celui-ci explique que suite à une rupture familiale quand il était adolescent, il a commencé « *à sillonner la France en vivant à la débrouille* ». Ses problèmes de santé l'ont « *contraint à s'arrêter à Bordeaux, c'est là que ça a commencé la galère* ».

Plusieurs personnes expliquent que leurs problèmes de santé (dont deux sont causés par des accidents du travail) sont à l'origine de leur perte d'emploi et de leur difficulté à en retrouver un, et finalement de leur situation actuelle.

Quatre personnes ne diront pas un mot de l'origine de leur situation mais donneront des bribes d'un parcours d'errance. Cependant deux personnes racontent qu'elles se sont laissées séduire par les promesses d'embauche « *nourri/logé* », de personnes mal intentionnées, recrutant dans la rue ou aux abords des centres d'hébergement. L'une d'entre elle explique : « *J'ai travaillé sans être payé pendant 6 ans. On pouvait pas se sauver, ils vous retrouvaient vite fait... Je dormais dans une vieille caravane, pourrie, vraiment, elle pourrissait... J'étais dans les vignes quand y avait du travail, sinon c'était la ferraille. C'était dur... Tout ce que je gagnais, ils le prenaient, même le RMI, donnaient juste de quoi payer un paquet de clopes chaque semaine. J'en ai eu marre, je suis parti, me suis caché parce que s'ils me trouvaient, j'allais morfler! Je suis pas le seul, ils savent où recruter* ». A la fin de ces « *expérience* », elles se sont toutes deux retrouvées en errance.

Une personne explique qu'après « *des années de galère dans la rue* », elle a finalement réussi à se trouver un petit logement avec un petit loyer, mais il était tellement insalubre qu'elle en est partie.

Actuellement, les personnes ayant eu de longs parcours d'errance sont hébergées en C.H.R.S., en foyer de stabilisation, en appartement thérapeutique ou logées en Maisons Relais, exception faite de trois personnes encore dans une situation d'errance.

La plupart des personnes décrivent leur parcours entre errance, hébergements d'urgence et temporaires, parfois même appartement en ALT ou dans le privé, en chambre miteuse en hôtel au mois peu scrupuleux, dont elles sont parties ou ont été congédiées. Le point commun à ces personnes est qu'elles ont, à 3 exceptions près, connu les aléas des attributions de places en hébergements d'urgence et par là même des nuits à la rue. Pour les trois autres personnes, le passage dans un foyer d'urgence est véritablement anecdotique, elles refusent toutes les trois d'y remettre les pieds, quitte à être dehors. Les personnes qui refusaient tous les places d'urgence proposés, expriment le fait que leur état de santé les a contraintes à accepter, ou qu'elles ont eu une sorte de déclic suite aux décès de leurs compagnons de galère d'âges avoisinant le leur.

Il est frappant de voir à quel point, certaines sembleraient avoir fait le tour quasiment complet des hébergements existants à Bordeaux et ses environs en quelques années. Quelques-unes parlent même d'associations et d'hébergements qui n'existent plus actuellement ou expliquent le fonctionnement antérieur de certaines structures qu'elles ont connues il y a plus de 10 ans, et le comparent à leur fonctionnement actuel. On voit là toute l'importance que leur avis, leurs attentes et leurs souhaits revêtent, leurs paroles ont un poids à ne pas négliger pour toute action qui devrait être entreprise pour elles. Ces personnes ont une connaissance approfondie des différents dispositifs et ont été en capacité d'exprimer ce qui leur plaît et déplaît dans ceux où elles sont ou ceux qu'elles ont connus.

Ceci n'est évidemment pas le cas de toutes les personnes Sans domicile vieillissantes. Nous avons pu en faire l'expérience auprès d'une personne qui fait, ici, figure d'exception. L'état de santé mentale de cette personne s'est brusquement dégradé durant les quelques semaines précédant l'entretien. Bien qu'enthousiaste à l'idée de participer à l'enquête, se souvenant assez bien de sa vie et de son parcours, il lui était impossible de se souvenir où se trouvait son lit et depuis combien de temps elle se trouvait sur ce lieu d'hébergement. Elle exprimait donc, à maintes reprises, à la fois son impossibilité de juger si elle y était bien ou pas, et son angoisse qu'on lui demande d'en partir bientôt. « *Pour l'instant, c'est bien ici, mais ça ne fait que 3 jours que je suis là, je sors de l'hôpital, j'ai retrouvé des gens que je connaissais au foyer « X » ici. On est là aujourd'hui, mais demain je ne sais pas, on va tous partir, je crois, on va nous transférer ailleurs, au foyer « X » (foyer où elle se trouvait 3 semaines auparavant et où elle a vécu quelques années)...* ». Inlassablement, pendant tout l'entretien cette personne a répété cette même phrase sur le même ton, tout en continuant à répondre aux questions. Cela dit, elle formule encore des attentes, et exprime clairement les situations d'hébergement qu'elle ne supporte pas.

Les personnes rencontrées, sont encore à même de motiver leur refus d'une place d'hébergement ou en établissement pour personnes âgées, même les personnes les plus dégradées psychologiquement, et même si c'est en termes simples et lapidaires parfois, nous allons le voir.

3. LE QUOTIDIEN DES PERSONNES RENCONTREES

3.1 Les personnes en hébergement d'urgence

- La nature des activités des personnes rencontrées en hébergement d'urgence diffère en fonction du temps passé en situation d'errance.

Ainsi, les personnes qui sont dans cette situation depuis peu, sont affairées la journée à la réalisation de démarches pour trouver un autre hébergement, un logement, un emploi, clarifier leur situation administrative, etc. « *J'occupe mon temps à essayer de m'en sortir, à quitter ce milieu* ». Elles expliquent que cela demande une disponibilité accrue et que ces journées là, le temps passe vite.

Mais le reste du temps, comme les autres personnes qui, elles, sont hébergées depuis longtemps dans des dispositifs d'urgence, elles jonglent avec les appels au 115 pour s'assurer une place le soir, les associations qui leur permettent d'avoir un repas ou un colis le midi, ou de se reposer et, l'ennui. Ces personnes expriment fortement leurs difficultés à s'occuper la journée, et à savoir où aller. Pour « *tromper l'ennui* », « *faire passer le temps* », elles marchent dans la ville ou se reposent à l'écart de l'agitation dans des coins tranquilles, en attendant l'ouverture des accueils de nuit. Au contraire, une minorité préfère être avec d'autres personnes en ville ou dans les accueils de jour d'associations « *je rejoins les copains, on passe le temps ensemble* ». Deux personnes expliquent que tous les jours, de la fermeture de leur hébergement le matin jusqu'à son ouverture le soir, elles sont au même endroit pour faire la manche.

- Les personnes vieillissantes hébergées en urgence mettent en avant des difficultés liées à leur état de santé. Elles font part **de douleurs physiques (le plus souvent dos, pieds et genoux) qui amenuisent progressivement leur capacité à se déplacer dans la ville**. Deux personnes expliquent que la journée durant, elles préfèrent rester aux abords d'une structure

d'hébergement, et d'une cabine téléphonique (pour appeler le 115) étant donné leur état de fatigue, et ce, quitte à ne pas manger le midi. Trois personnes disent avoir des **difficultés à se laver et s'habiller au quotidien** mais ne demandent pas d'aide. Globalement, faire cette démarche leur paraît difficile et coûteuse psychologiquement.

Les personnes rencontrées, à l'exception de deux, préféreraient dormir dehors, plutôt que dans les hébergements d'urgence, jusqu'à ce que leur état de fatigue et de santé ne leur laissent plus vraiment le choix. Cependant, les conditions d'hébergement en urgence ne leur permettent pas de récupérer. Elles expriment leur incompréhension et leur refus des propositions d'accueils sur des fauteuils pour dormir⁹², compte tenu des difficultés physiques qu'elles ont et de la difficulté pour s'y reposer. Ajouté au temps passé à attendre dehors, le **manque de sommeil** représente une difficulté supplémentaire au quotidien. La promiscuité des chambres collectives est, entre autres, citée comme origine de troubles du sommeil.

L'insécurité ressentie par les personnes vieillissantes hébergées en urgence semble quotidiennement présente. Quelques unes détaillent même les stratégies développées au fil du temps pour se mettre à l'abri des regards de leurs pairs, jour et nuit, pour « *éviter les problèmes* ». Pour elles, il n'est pas question de se balader dans la ville mais bien de s'isoler et de se protéger d'éventuelles mauvaises rencontres. Elles témoignent **d'incivilités à leur rencontre et de violences, à l'intérieur des structures comme à l'extérieur.** « *Il faut tout le temps rester sur le 'qui-vive'* », « *faire attention à bien choisir ses coins pour éviter les conflits et savoir se faire oublier* », « *fermer un œil et garder l'autre ouvert sur ce qui se passe autour* ».

Le train de vie imposé par les conditions globales d'hébergement en urgence demande une énergie considérable. Les témoignages des personnes vieillissantes sur leur quotidien montrent à quel point ce type de dispositif ne peut répondre de manière satisfaisante à leurs besoins. Elles aspirent à la tranquillité et à une certaine stabilité, qui se traduit dans leurs propos par des choses si simples qu'elles en sont parfois déconcertantes : « *c'est réconfortant de dormir tous les soirs dans le même lit, dans des draps propres* », « *avoir un périmètre d'intimité, au moins mon lit et mon placard* ».

3.2 Les personnes en hébergement temporaire en CHRS et en foyer de stabilisation

- Sur ces types d'hébergement, les personnes évoquent beaucoup leur désir de se rendre utile. Elles expliquent que leurs activités quotidiennes s'organisent autour de la vie collective. Les journées sont rythmées le plus souvent par les repas et par leur préparation (dans les hébergements où elles peuvent y participer), les tâches courantes d'entretien des lieux de vie individuels et de leurs affaires.

La moitié fait part du fait qu'elle n'a aucune difficulté à occuper son temps, dès lors qu'elle peut se rendre utile au collectif. Les travaux d'entretien extérieur sont cités avec enthousiasme à titre d'exemples plusieurs fois : « *Ici, les gens de ma génération, on trouve toujours quelque chose à faire, bricoler, réparer des choses, entretenir le jardin, refaire des peintures, rendre le lieu plus agréable en fait, on a des poules aussi* ». Les termes « *se rendre utile* » reviennent plus fréquemment dans les discours des personnes hébergées dans ces dispositifs que pour les autres. Quelques unes parlent d'activités de loisirs qu'elles peuvent enfin apprécier depuis qu'elles sont stables sur le lieu d'hébergement : la lecture, la pêche, le tir à l'arc, la réalisation d'objets décoratifs,

⁹² L'association Halte 33 propose à la Halte de Nuit un accueil inconditionnel des populations sans domicile de 20h à 8h tous les jours. Elle offre la possibilité d'accès à l'hygiène, à une aide alimentaire consommée sur place (repas le soir et petit déjeuner), de s'entretenir avec des travailleurs sociaux et, à la demande de se reposer sur des fauteuils toute la nuit. La moitié des places sur fauteuils sont gérées par le 115, et l'autre moitié par l'association. Les personnes ont donc la possibilité de réserver une place dans la journée via le 115, ou de se présenter spontanément à la Halte tout au long de la nuit.

etc. Globalement, ces personnes expliquent qu'elles n'aiment pas « *rester sans rien faire* » ; lorsqu'elles y sont contraintes notamment par des problèmes de santé, elles disent s'ennuyer.

Pour une minorité, les activités de la semaine s'organisaient avant tout en fonction de soins médicaux au moment de la rencontre.

- Pour ces personnes aussi ce sont des **difficultés liées à leurs problèmes de santé qui sont majoritairement évoquées**. Sept personnes expliquent avoir une reconnaissance de leur handicap. Ces handicaps sont pour l'essentiel liés aux conditions d'exercice de leur métier, à des séquelles d'accident de travail (mines, bâtiments, etc.) ou de longues addictions à l'alcool. Pour les autres, les difficultés sont liées aux conséquences de problèmes mal ou pas soignés du tout quand elles étaient en errance, ou à des pathologies qui se sont révélées en même temps que l'avancée en âge (problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, surdité, etc.). Trois des personnes rencontrées étaient hospitalisées pour des interventions chirurgicales au cours des semaines précédant l'entretien.

Ces problèmes de santé, bien que pris en charge, entraînent des difficultés au jour le jour. Des personnes se plaignent **de gènes croissantes dans les gestes du quotidien notamment pour se laver et s'habiller, et entretenir leur espace personnel. Des difficultés pour se déplacer sont mises en avant par trois quart des personnes rencontrées et hébergées sur ces dispositifs** Douleurs et handicaps physiques en sont la cause principale, des vertiges et pertes d'équilibre sont également signalées. Deux personnes sortent de ce fait de moins en moins par peur de tomber. Mais ces difficultés de déplacement se r  f  rent plus à des marches sur de longues distances qu'à la mobilité dans leur environnement immédiat. Les personnes déplorent donc souvent que leur **lieu d'hébergement soit mal desservi par les réseaux de transport en commun** pour rejoindre le centre ville de Bordeaux. Elles expliquent que surtout le soir et le week-end, leurs déplacements et par conséquent leurs activités sont donc limités par les horaires de bus. Par exemple, lorsqu'elles ratent le dernier bus, elles sont obligées d'entreprendre une marche coûteuse en énergie. Enfin, Quelques personnes soulignent **l'importance de la présence nocturne de personnels encadrant** vis-à-vis de leur pathologie en cas d'éventuelles interventions en urgence.

Deux tiers des personnes évoquent **des difficultés liées à la gestion de leurs démarches administratives et de leur argent**. Celles-ci sont toutes sous mesure de protection des majeurs et à l'exception d'une personne, elles n'en contestent pas l'intérêt.

La moitié des personnes dans un dispositif de stabilisation ou en CHRS expliquent leur difficulté à obtenir un soutien moral au quotidien. Elles ne font pas référence à un accompagnement psychologique, mais plutôt à la possibilité de nouer des relations au-delà de la simple cohabitation et de discussions de courtoisie, qui pour celles-ci sont qualifiées de « *stériles* ».

Un corpus important de **difficultés liées aux aléas de la cohabitation en hébergement collectif** est cité par quasiment toutes les personnes rencontrées, allant de la simple g  ne à l'exaspération. Il est surtout question de « *tire-au-flanc* » dans la répartition des tâches quotidiennes, de conflits et d'incivilités mineures qui ont lieu dans tout collectif. La notion de « respect des autres » est très présente dans les discours et les manquements des cohabitants sont soulignés avec force. Dans le même ordre d'idées, **le respect des espaces personnels, symboliques ou matériels, revêt une place importante** pour ces personnes. Ainsi, la plupart soulignent que les limites de leur espace personnel sont souvent franchies, en particulier pour les personnes qui cohabitent dans une même chambre. Elles illustrent le fait que chacune des personnes hébergées a son propre rythme de vie et ajoutent que beaucoup de personnes hébergées ont des troubles du sommeil (les plus fréquemment citées étant les insomnies). Par conséquent, **le manque d'espace d'intimité est souvent mal vécu et parfois très pesant**.

3.3 Les personnes en hébergement à visée curative

Les deux personnes rencontrées sont actuellement logées en appartement thérapeutique. Il va sans dire que les principales difficultés évoquées sont liées à leur état de santé. Toutes deux ont une reconnaissance de leur handicap. La difficulté majeure exprimée par la première est la perte de mobilité et l'impossibilité de rester en station debout pendant plus de quelques minutes. Ses déplacements à l'intérieur et a fortiori à l'extérieur sont par conséquent considérablement limités. Elle est actuellement en attente d'une reconnaissance de handicap à 80% par la MDPH. Celle-ci lui permettrait de bénéficier d'une aide ménagère et d'équipements adaptés à ses sorties à l'extérieur ou sur le balcon de l'appartement (le seuil de la porte étant trop élevé pour elle). Elle bénéficie déjà d'un lit médicalisé qui l'a soulagée de difficultés au lever et au coucher, entre autres avantages au quotidien. **Elle apprécie particulièrement son hébergement actuel en appartement collectif. Celui-ci lui procure l'espace d'intimité de sa chambre, lui assure une indépendance certaine.** D'autre part, elle souligne les avantages de la colocation : le soutien apporté et la présence rassurante de personnes qui comprennent ses difficultés au quotidien. **Pour la seconde personne, c'est cette présence qui fait défaut et est désigné comme une véritable difficulté. Elle est hébergée dans un logement individuel.** Elle témoigne d'un grand isolement relationnel et familial, et fait souvent référence au manque de soutien moral qu'elle ressent au quotidien et face aux épreuves imposées par son état de santé. Elle explique que pendant les périodes de crise, ses capacités à se mouvoir sont quasiment annihilées « *Vous seriez venus quinze jours plus tôt, vous m'auriez trouvé au lit et je vous aurais répondu sûrement de mon lit. Quand je suis malade même aller du lit à la table (à moins d'un mètre) c'est parfois impossible ou très difficile, alors me faire à manger vous imaginez l'énergie que ça me demande* ». Cette personne bénéficie néanmoins de l'aide apportée par une auxiliaire de vie pour la préparation des repas, l'entretien et les courses, quand son état le nécessite. Le reste du temps elle explique qu'elle est en capacité de faire seule les gestes du quotidien. Et lorsqu'elle décrit ses activités dans les moments de répit, elle réitère son sentiment de solitude : « *hôpital, maison, courses, je ne connais pas grand monde ici, les amis y en a plus à Bordeaux* ». Elle explique qu'avec les contraintes de sa maladie et le fait qu'elle ait été sans ressource, son réseau amical après l'avoir hébergé quelques temps l'a « *jetée à la rue* », et elle éprouve des difficultés à se constituer un réseau relationnel de proximité. Pour ces deux personnes, **l'écoute et la disponibilité de l'équipe médico-sociale**, qui les accompagne et les héberge, sont présentées comme essentielles et louées à de multiples reprises.

3.4 Les personnes logées en Maisons Relais

- Les personnes expliquent que leurs activités sont routinières et s'organisent autour des tâches afférentes à leur logement, ce qui leur laisse beaucoup de temps libre. C'est pour quelques unes l'occasion de pratiquer des activités de loisirs (construction de maquettes, arts plastiques, etc.), de rendre visite à des connaissances, ou de flâner et de se balader.

Mais beaucoup expliquent que leurs occupations sont destinées à tromper l'ennui. Elles déplorent le fait que les espaces collectifs ne soient pas vraiment investis par les autres résidents et expriment leur **difficulté à occuper leur temps libre**. Elles mettent en évidence leur regret que des animations collectives ne soient pas organisées plus fréquemment « *C'est dommage quand même, il manque des moments pour se retrouver tous ensemble, avant on faisait plus de choses ensemble. Ça manque* ». Deux personnes diront même qu'elles se sentent seules depuis qu'elles sont dans le dispositif « *Chacun est dans son coin, chacun fait ce qu'il a à faire, chacun chez soi et ça s'arrête là* ».

Pour deux personnes, leurs activités sont rythmées par le travail soit en entreprise d'insertion soit en tant que bénévole. Ces dernières expliquent qu'elles ne conçoivent pas leur vie sans travailler.

- A l'exception de deux personnes, toutes les autres décrivent des problèmes de santé. Deux ont affirmé avoir un handicap de naissance en plus de problèmes de santé, et une autre est en situation de handicap suite à un accident de la route. Les autres ont soit des pathologies graves soit des séquelles de maladies ou d'accidents. Deux personnes avaient récemment été hospitalisées avant l'entretien.

Encore une fois, les **difficultés décrites par les personnes logées dans ce dispositif sont essentiellement liées à leurs problèmes de santé**. Une personne explique que son état de santé empire progressivement limitant ses capacités d'action. Elle reçoit des soins infirmiers sur place et une aide à domicile tous les 15 jours pour la soulager, a minima, des tâches d'entretien. Des difficultés progressives de mobilité sur des distances relativement courtes sont signalées par trois quarts des personnes rencontrées. Cinq personnes témoignent d'**un état de fatigue et/ou de santé général qui provoquent des difficultés croissantes pour les gestes du quotidien**, tels que « *monter les escaliers* », « *se faire à manger* » et « *se laver* ». Une autre personne a manifestement des difficultés d'orientation dans l'espace et de repères dans le temps, depuis quelques semaines selon les autres résidents et les professionnels. Notons, qu'il semble plus ici que dans les autres dispositifs, que les résidents prêtent une attention particulière aux difficultés des uns et des autres, en particulier en ce qui concerne la santé.

Comme on pouvait le supposer les activités des personnes en hébergement d'urgence sont très différentes de celles des personnes hébergées temporairement ou logées en Maison Relais. **Pour beaucoup, occuper leur temps constitue un défi quotidien.** Les personnes vieillissantes interrogées sont dans la recherche constante d'activités leur permettant d'éviter de « *gamberger* » comme nous le diront plusieurs personnes. Même hébergées, elles passent une bonne partie de leur temps à l'extérieur et la description qu'elles donnent de leurs activités (à quelques exceptions près) expriment un besoin de tranquillité et de repos. Néanmoins, le **besoin de se sentir occupé à quelque chose d'utile est un des souhaits exprimés par beaucoup** ; ils font fréquemment référence à leurs expériences (le plus souvent professionnelles) et à ce qu'ils pourraient en transmettre.

Dans l'ensemble, **les difficultés majeures des personnes vieillissantes rencontrées sont liées à des problèmes de santé qui les limitent parfois dans les gestes du quotidien.** En fonction des types d'hébergement (individuel ou collectif) et de la disponibilité des équipes, les personnes sont plus ou moins aidées ou soulagées de quelques actes du quotidien par des professionnels socio-éducatifs. Mais cette assistance, réalisée de manière informelle par les travailleurs sociaux, les positionne dans un rôle délicat où se mêlent nécessairement des affects mutuels. Rappelons que les travailleurs sociaux, malgré leur formation, n'ont pas vocation à être des aidants professionnels tels que des auxiliaires de vie. Aussi, grâce aux détails donnés par les personnes rencontrées, le besoin de formation à la prise en charge de personnes vieillissantes exprimé par les professionnels, est mieux compris, et s'avère nécessaire et légitime en l'absence d'autres solutions. Compte tenu des difficultés décrites, l'outil AGGIR⁹³ normalement destinées aux personnes âgées pourraient aisément objectiver la perte d'autonomie des personnes vieillissantes de notre population indépendamment de leur âge. Empiriquement, on peut avancer qu'une majorité d'entre elles, semble correspondre aux groupes iso-ressources 4/5⁹⁴ et dans quelques cas pour les personnes rencontrées au groupe iso-ressources 3⁹⁵. Cependant, le calcul du GIR ne répond que partiellement aux questions posées par cette population en terme d'autonomie, puisqu'il évalue seulement les pertes physiques et mentales. Les variables dites « illustratives » de l'outil, qui n'entrent pas dans le calcul du GIR, sont celles qui prendraient le mieux en compte les difficultés des personnes vieillissantes de notre population. En effet, les sept variables (gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, activité de temps libre) font référence à ce qui est nommé « dépendance domestique et sociale » et correspondent parfaitement à l'ensemble des difficultés évoquées indépendamment des problèmes de santé.

Mises à part les problématiques de santé et de perte d'autonomie, des difficultés liées à la configuration elle-même des dispositifs existants sont mises en évidence. La conception des sites a une influence importante sur la qualité de vie des personnes hébergées, puisqu'elle est aussi source d'épuisement physique et morale. Le besoin d'intimité évoqué quel que soit le dispositif fait référence à la fois à la promiscuité de chambres collectives, et à l'isolation sonore des espaces individuels. L'organisation des lieux de vie est elle aussi maintes fois mise en avant. Les personnes qui sont hébergées dans des collectifs ne leur permettant pas de s'investir concrètement et a minima dans la vie domestique, l'entretien ou l'embellissement du lieu, expriment plus de difficultés et de mal-être que les autres.

⁹³ Grille AGGIR en Annexe 8

⁹⁴ GIR 4 : personnes ayant besoin d'une aide ponctuelle ou quotidienne pour les activités corporelles (toilette, habillage), sans problèmes locomoteurs majeurs (aide au lever seulement).

GIR 5 : personnes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour l'ensemble des actes courants.

⁹⁵ GIR 3 personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

4 ATTENTES DES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES VIS-A-VIS DES DISPOSITIFS D'HEBERGEMENT EXISTANTS OU A VENIR

Toutes les personnes formulent des attentes similaires quel que soit le dispositif.

O ETRE INDEPENDANT

L'indépendance, maintes fois citées, est vue sous différents angles.

A l'unanimité, elle est avant tout évoquée en termes de cadre horaire des structures d'accueil. **L'importance d'horaires souples est soulignée avec force par l'ensemble des personnes.** Elles expliquent qu'il est, à leur âge, difficile d'être « *surveillées comme dans un internat* ». Les personnes veulent pouvoir décider librement des heures d'entrées, de sorties, du lever, du coucher et des temps de repos dans la journée. Pour une minorité, l'hébergement en collectif répond à leur attente en termes d'indépendance dès lors que le cadre horaire du dispositif est souple.

Mais beaucoup vont plus loin lorsqu'elles parlent d'indépendance. Bien qu'être dans un collectif ne leur pose pas de problèmes, elles disent ne pas supporter de se sentir infantiliser voire « pouponner », « on est quand même assez grand pour se gérer seul » dira une personne sur un ton agacé. Celles-ci reconnaissent l'utilité d'un encadrement socio-éducatif. Mais elles expriment la **difficulté à accepter qu'on les supplée dans des gestes de la vie courante, quand elles sont en capacité et ont le désir de les faire elles-mêmes.** Le fait de pouvoir cuisiner soi-même ce qu'on a choisi de manger, était cité plusieurs fois à titre d'exemple. L'indépendance pour ces personnes passe aussi par la possibilité de recevoir dans leur espace personnel. Ce sont des actes banals dans la vie de tout un chacun dont elles se sentent privées. Elles souhaitent avant tout pouvoir **recevoir et occasionnellement héberger les membres de leur famille, en particulier leurs enfants et petits enfants.**

Enfin, un tiers des personnes rencontrées parlent de « *reprendre leur indépendance* », ce qui rime avec logement individuel dans ces cas, soit en milieu ordinaire soit dans un dispositif d'action sociale selon les cas.

O NE PAS ETRE ISOLE

Les personnes soulignent néanmoins leur **inquiétude de se sentir rapidement isolées malgré les avantages en terme d'indépendance et d'intimité d'un logement individuel.** Quelques personnes affirment au contraire leur volonté de rompre avec le milieu social dans lequel elles sont actuellement et souhaitent retrouver une vie ordinaire. Elles disent être assez entourées pour ne pas craindre la solitude. Globalement, la **peur de l'isolement est très présente dans les discours des personnes rencontrées.** Certaines personnes logées ou hébergées en logement individuel confient ainsi leur sentiment d'isolement depuis qu'elles s'y trouvent. Celles-ci, plus que les autres, insistent sur leurs **attentes quant à une évolution des conditions d'accueil et d'hébergement des membres de leur famille et en particulier de leur compagnon.** Trois personnes affirment que l'isolement contribue à aggraver leurs difficultés de santé, et se sentent privées de l'affection et du soutien de proches. Quelques personnes évoquent **l'importance des espaces de partage et de convivialité.** Le fait de discuter autour d'un repas est évoqué à titre d'exemple par toutes les personnes qui ont fait cette remarque. Quelques unes voient la solution à leur isolement dans **l'acquisition d'un animal de compagnie.** Celles-ci déplorent l'impossibilité d'avoir un animal dans le lieu où elles sont actuellement hébergées et dans un établissement pour personnes âgées.

O EVOLUER A SON PROPRE RYTHME

Quelques personnes expriment leur mécontentement vis-à-vis des hébergements dont les contrats de séjour évoluent rapidement dans une suite de démarches à réaliser, alors qu'elles n'y étaient pas encore prêtes. Trois personnes ont développé leurs propos : elles n'ont pas eu à s'adapter aux « us et coutumes » de la structure dès le départ, les accueillants leur ont laissé le temps de s'adapter à leur rythme. Ces trois **personnes qui ont connu de longues années d'errance expliquent que sans cette « patience » elles auraient quitté les structures en question pour retourner à la rue.** *« On n'est pas mener à la baguette là bas, on nous laisse évoluer sans être jugé, vivre à notre rythme et réagir à notre rythme ».*

O ETRE DANS UN ENVIRONNEMENT SECURISANT

Il s'agit d'être à l'abri de la violence et des incivilités ; toutes les personnes évoquent l'insécurité ressentie lors de nuits à la rue ou en accueils de nuits. Elles expriment leur désir ou leur satisfaction de pouvoir faire confiance aux personnes qui les entourent.

O ETRE DANS UN ENVIRONNEMENT CALME

Calme et tranquillité ont été évoqués dans tous les entretiens. Les personnes expriment le besoin d'être dans un environnement apaisant et reposant. Une personne dira souhaiter *« être dans un lieu qui permette de se ressourcer et d'arrêter de s'éparpiller en puzzle »*. Pour la majorité, il est fait référence à **l'environnement immédiat de la structure (le site) et à son ambiance générale**. Elles veulent pouvoir sortir et se balader à l'écart de l'agitation, et se reposer à leur guise dans la structure qui les héberge. A deux ou trois exceptions, elles expliquent que le calme de la campagne leur convient mieux pour celles qui y sont déjà, et comme celles qui aspirent à y être, décrivent les occupations que l'on peut y avoir en fonction des saisons : *« me promener dans les bois, aller aux cèpes », « ramasser des fruits sauvages », « aller à la pêche », « y a toujours à faire à la campagne »*, etc. **Quand il n'est pas fait référence à la campagne, c'est la proximité d'espaces verts qui illustrent leur besoin de tranquillité. On peut se demander aussi dans quelle mesure les évolutions saisonnières d'environnements naturels jouent un rôle dans la réappropriation de repères temporels pour ces personnes. A ce titre, le souhait d'espace naturel peut être interprété comme inhérent à leur besoin de stabilité au-delà du simple besoin de tranquillité exprimé.**

O ETRE A PROXIMITE DE RESEAUX DE TRANSPORTS BIEN DESSERVIS, DES COMMERCES ET SERVICES

Bien qu'appréciant les avantages de la campagne, ces personnes mettent en avant l'importance de ne pas être topographiquement isolées des commodités. Elles veulent pouvoir continuer à vaquer à leurs occupations habituelles sans dépendre de quelqu'un : *« faut que je puisse aller au tabac quand j'ai besoin », « tous les samedis je joue mon loto et après je vais au marché », « je vais manger chez mon frère deux ou trois fois par semaine », « acheter de quoi grignoter la nuit »*, etc.

O ETRE DANS DES LOCAUX FAVORISANT UNE BONNE QUALITE DE VIE

La plupart des personnes hébergées ont souligné à plusieurs reprises l'importance d'une bonne qualité d'**isolation phonique** des locaux pour répondre en partie à leurs besoins d'intimité et de calme. Quelques unes évoquent aussi l'**isolation thermique** des bâtiments. Six personnes ont

détaillé leur souhait de bénéficier d'**équipements adaptés à l'évolution de leur difficulté dans les gestes du quotidien** : les plus cités étant des équipements pour la douche.

o AVOIR DES POSSIBILITES D'OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

Hormis le besoin d'activités et d'occupations dont nous avons déjà fait part, les trois quarts des personnes rencontrées regrettent de ne pouvoir tisser facilement des relations à l'extérieur des structures qui les hébergent. Elles expriment leurs **besoins de rencontrer de nouvelles personnes, qui n'ont pas de lien avec le milieu de la rue**. Elles souhaitent pouvoir échanger et se divertir autrement qu'avec les personnes qui les entourent chaque jour. Quelques unes évoquent l'importance de leur **faciliter l'accès aux moyens de communication courants** : la familiarisation avec les outils informatiques et internet est mise en avant à cet effet.

Les personnes rencontrées en accueils d'urgence évoquent en plus des attentes liées à leurs conditions d'hébergement actuelles. Elles souhaitent :

- o une meilleure prise en compte des difficultés provoquées par leur état de santé et de fatigue, pour l'attribution de places en urgence, et pour l'obtention d'une place dans un autre type d'hébergement leur permettant de se reposer la journée.
- o de meilleures conditions d'hygiène en hébergement.
- o un personnel encadrant plus étoffé pour permettre une régulation des conflits, des incivilités et des violences.

5 SOUHAITS EXPRIMES POUR L'AVENIR PAR LES PERSONNES RENCONTREES

Quatre personnes seulement ont affirmé ne pas avoir de souhaits pour l'avenir, soit parce qu'il leur était difficile de se projeter « *je vis au jour le jour* », « *on a ce qu'on mérite* » soit parce qu'elle ne voyait pas l'intérêt d'une telle question selon elles.

o UNE VIE AFFECTIVE

Dans l'ensemble, lorsque nous demandions aux personnes si elles avaient des souhaits pour l'avenir, plus de la moitié répondait immédiatement en exprimant leur **désir de rapprochement familial**. Tandis que la plupart ont conservé ou renoué des liens familiaux, une minorité regrettait de ne plus en avoir aucun. Les premières expriment leur désir d'entretenir des relations plus soutenues avec leurs enfants et petits-enfants : « *j'aimerais voir mon fils et mes petits-enfants plus souvent* », « *être avec eux plus souvent pendant les vacances par exemple* », « *voir mes enfants grandir* ». Quelques unes formulent le souhait de vivre assez longtemps pour assister au mariage de leurs enfants ou pour connaître leurs petits-enfants. De plus, une minorité expose leur regret de n'avoir pu construire une famille jusque là, et espère encore avoir la chance de le faire.

Qu'elles aient connu une vie conjugale ou pas, un tiers des personnes rencontrées souhaitent **vivre une histoire d'amour sérieuse**. Quelques unes ont expliqué brièvement que l'âge n'abolit pas les sentiments amoureux et qu'elles souhaitent rencontrer quelqu'un avec qui elle pourrait vivre ensuite, et finir leur vie. Elles ont souvent exposé leurs échecs amoureux et parlé de l'affection et des échanges confiants qu'il peut y avoir avec un compagnon. De plus, le manque d'intimité dans les dispositifs d'hébergement et à l'évidence dans la rue, est fréquemment évoqué pour montrer l'une des entraves à leur vie amoureuse. Pour trois personnes, l'impossibilité d'avoir des espaces d'intimité avec leur compagnon est très mal vécue :

« comment voulez-vous qu'on discute tranquillement et qu'on s'occupe vraiment l'un de l'autre, quand y a en permanence quelqu'un à côté, des regards indiscrets, jaloux... ça fout la relation en l'air à la longue ! ». Pour quelques-unes d'entre elles, et non sans une certaine gêne, des métaphores claires étaient faites à l'impossibilité d'avoir une vie sexuelle compte tenu de leur situation d'hébergement actuelle.

Enfin, quelques personnes souhaitent avoir un animal de compagnie pour répondre à leurs besoins affectifs, et nous l'avons dit pour pallier l'isolement ressenti.

O UN TRAVAIL, UN LOGEMENT

Six personnes sont engagées dans la recherche active d'un emploi. Parmi celles-ci, une avait perdu récemment son emploi, deux avaient des contrats de travail précaires, et les deux dernières recherchaient un emploi qui soit adapté à leur difficulté de santé ou leur handicap. Pour les autres, l'évocation d'un travail semble plutôt faire partie d'un discours convenu. Elles ne sont pas engagées dans des démarches de recherche d'emploi, et évoquent rapidement toutes les difficultés qu'elles auraient à s'adapter au marché de l'emploi actuel, compte tenu de leur âge et de leur longue période d'inactivité. De plus, leurs projets d'emploi sont restés plutôt obscurs quant au domaine d'activité envisagé. La plupart des personnes expliquaient avoir conscience de ne plus pouvoir exercer leur métier, mais qu'elles ne savaient faire autre chose. Pour finir, le terme « travail » pour ces personnes fait surtout référence au sentiment d'utilité, à l'utilité sociale dont nous avons parlé précédemment.

Le logement en tant que souhait était rarement évoqué immédiatement, à part pour les six personnes engagées dans des démarches d'emploi, pour qui travail et logement vont de paire. Pour les autres, le souhait d'un logement était tellement éloigné de leur situation actuelle, que son évocation ressemblait à un vœu pieu. Néanmoins, **une dizaine de personnes nous a dit avoir formulé une demande de logement social ou en Maison Relais. Six personnes souhaitaient trouver un logement ou un hébergement adapté à leur handicap ou à leurs difficultés dans la gestion du quotidien.**

O UNE BONNE SANTE

Seize personnes formulent des vœux quant à une amélioration de leur problème de santé ou en tout cas souhaitent que leur état ne s'aggrave pas. Quelques unes ont également exprimé leur souhait de rester abstinentes à l'alcool le plus longtemps possible compte tenu des multiples avantages qu'elles y trouvent actuellement.

6 QUE SIGNIFIE SE SENTIR CHEZ SOI POUR LES PERSONNES SANS DOMICILE VIEILLISSANTES RENCONTREES ?

Cette question permet d'éclairer et de mettre en lien les souhaits et attentes décrites précédemment. Il est évident que compte tenu des dispositifs où elles sont actuellement accueillies et des histoires de vie de chacune, la sensation d'être chez soi soit définie de manières très diverses. Ainsi, nous avons pu repérer trois variables dont l'interaction avec le type de parcours déterminent le plus souvent ce sentiment : **l'indépendance, l'intimité, l'ancrage dans un territoire.**

Ainsi, les personnes qui vivent ou ont vécu un long parcours d'errance entre accueils de nuit et espace public, appréhendent tout à fait différemment des autres personnes interrogées le fait de « se sentir chez soi », en ce qui concerne leur conception de l'indépendance et de l'intimité. Quel que soit le

dispositif dans lequel elles sont (même en Maison Relais), elles semblent s'être accommodées ou résignées à se contenter de peu en fonction des circonstances. Pour elles, se sentir chez soi dépend avant tout d'un équilibre entre espace individuel/intime, et espace de socialisation. En effet, pour celles-ci les espaces collectifs de socialisation revêtent un caractère important. Car, ils leur permettent de se sentir entourées et rassurées. Pour elles, dès lors qu'elles peuvent investir d'effets personnels, en toute confiance et sécurité, un espace individuel et intime dans un collectif, elles disent pouvoir s'y sentir bien. Néanmoins, pour se sentir chez elles, elles doivent pouvoir disposer de celui-ci quand bon leur semble. Elles illustrent fréquemment cela par la possession d'une clé limitant l'accès à quiconque n'est pas invité à y entrer. Le plus souvent cet espace se limite à l'évocation d'une chambre dans un collectif.

Ainsi, les seuils d'exigence en termes d'indépendance et d'intimité sont nettement plus bas pour les personnes qui ont longtemps connu la promiscuité (chambre collective, dortoirs) dans les hébergements d'urgence que pour les autres personnes. Les personnes qui vivaient en squat, dans un habitat de fortune, ou dans les espaces publics mettent en évidence « *la liberté* » qu'elles y trouvaient. Si l'utilisation du terme « liberté » peut paraître contestable, étant donné les situations, il est important de reconnaître qu'elles jouissaient en tout cas d'une certaine indépendance dans leurs faits et gestes. C'est pourquoi, indépendance et intimité sont de véritables revendications dans les discours. Pour celles-ci et ce, quelque soit le temps passé dans une structure d'hébergement temporaire, le logement est vu comme seul espace permettant de se sentir chez soi. Pour ces personnes, le logement n'est pas nécessairement imaginé en dehors d'un cadre accompagnant ou d'un collectif. Il est affiché comme témoin par excellence de leur capacité d'autonomie et de l'indépendance retrouvée. Là, les espaces de socialisation et l'accompagnement qu'offrent les hébergements collectifs, restent souvent une des conditions pour se sentir bien ; c'est-à-dire loin de l'isolement tant redouté, et garants d'un appui dans la gestion des affaires courantes, voire d'une médiation entre elles-mêmes et le reste de l'espace social (les administrations sont, à ce titre, les plus citées).

Cependant, trois personnes ayant vécu des parcours similaires aux précédents ne partagent pas du tout les mêmes conceptions. Elles sont dans la même posture à ce propos que les personnes qui n'ont pas vécu de parcours d'errance ou très peu de temps, et de celles dont l'expérience d'un logement autonome est plutôt récente. Pour ces personnes « se sentir chez soi » se traduit par l'acquisition ou la location d'un logement ordinaire inséré dans la Cité. Là, le logement représente bien plus que la séparation entre espace intime et espace de socialisation. Il évoque la rupture symbolique avec l'espace social qui leur procure actuellement le sentiment d'être redevable, envers le système social et les intervenants sociaux « *ne plus être obligé de rendre des comptes, surtout aux travailleurs sociaux* », « *ne plus rien avoir à demander à personne* ». Pour elles, le logement représente l'aboutissement de leur démarche d'insertion. Témoin de la fin de leur appartenance au monde de l'exclusion sociale, le logement symbolise à plusieurs reprises le commencement d'une nouvelle vie, loin du jugement des autres.

Enfin, la nuance est tenue entre le fait de « se sentir chez soi » et le fait d'« être chez soi ». Parfois la seule variable mise en avant pour définir le fait de se sentir chez soi ou non (indépendamment de la satisfaction des essentiels besoins d'intimité et d'indépendance) est le sentiment d'ancrage dans un territoire donné.

C'est encore une fois, les liens familiaux qui occupent le devant de la scène. La proximité ou l'éloignement du maillage de parenté est l'élément qui va déterminer la sensation d'être chez soi pour près de la moitié des personnes rencontrées. La possibilité, réelle ou fantasmée, de renouer des liens ou d'avoir des contacts plus réguliers avec des membres de la famille est un point d'ancrage fort sur un territoire. Même lorsque la dissolution des liens familiaux est acceptée, ou vue comme une fatalité, **l'inscription de l'histoire familiale dans un quartier ou dans une commune** provoque le sentiment d'y être chez elle. A titre d'exemple, une personne va même jusqu'à détailler les différents quartiers de Bordeaux et communes alentours où ont vécu ses proches depuis ses arrières grands-parents et où

vivent encore ses enfants (avec lesquels elle n'a plus de contacts depuis longtemps). Pour quelques autres, le lieu où elles avaient grandi avec la fratrie est le point d'ancrage qu'elles n'ont jamais pu quitter, et a fortiori lorsqu'elles étaient en errance. Elles décrivent ainsi le périmètre dans lequel elles se sentent et sont chez elles. Ainsi, **quelques personnes s'évertuent à ne faire des demandes d'hébergement ou de logement que dans les lieux permettant de renouer avec cet élément fort de leur identité personnelle et sociale.**

L'ancrage dans le territoire d'origine est tout aussi important pour les personnes qui font référence à leur histoire de vie ou à leur parcours, indépendamment de leur famille. **L'attachement, de plusieurs personnes qui ont vécu en errance, au quartier ou à la commune où elles sont longtemps restées, est très fort.** Les possessifs qu'elles emploient pour en parler l'attestent. Là, elles y sont connues et reconnues. L'anonymat n'est plus de mise dans la description qu'elles font d'un **réseau de relations de proximité bien étayé**. Il s'agit le plus souvent des commerçants et des cafetiers du coin, de personnes du quartier avec qui elles discutaient ou qui les « *dépannaient toujours d'un ou deux euros, d'un casse-dalle ou d'habits* ». Une personne explique même avoir conservé de bonnes relations avec son « *voisin de palier* ». Suite à une réaction étonnée, elle précisera qu'elle a vécu « *plus d'un an, sans que personne ne dise rien, dans la cage d'escalier* » en face de l'appartement du voisin en question. Trois personnes semblent plutôt avoir des difficultés à faire le deuil de leur « *vie d'avant* » lorsqu'elles témoignent de leur **attachement aux quartiers où elles menaient une vie conventionnelle**. Bien qu'ils soient définis comme seuls endroits où elles se sentiraient chez elles, elles expriment la difficulté qu'elles auraient à y retourner vivre à cause du « *qu'en-dira-t-on* ». Quelques personnes continuent au contraire d'entretenir des relations avec les personnes, leurs anciens voisins et commerçants du quartier où elles logeaient. Même si les personnes sont hébergées hors de ces lieux d'ancrage, elles y ont leurs habitudes, leur réseau de proches et de connaissances. De plus, une partie d'entre elles sont hébergées depuis tellement de temps sur un territoire, que pour les mêmes raisons elles se sentent appartenir au coin.

L'attachement, et a fortiori l'enracinement, à un quartier ou une commune (quelles qu'en soit les raisons) est perçue comme un prolongement extérieur du « chez soi ». Ils peuvent à la fois déterminer l'appartenance sociale et l'identité d'une personne. C'est pourquoi six personnes expliquaient qu'elles ne pourraient jamais se sentir chez elles en Gironde. Leur vœu le plus cher étant de pouvoir retourner un jour dans la région ou le pays auxquels elles sont attachées, elles se sentent toujours en transit après les nombreuses années passées sur le département. Leurs problèmes de santé sont présentés comme frein à leur départ du département ; dans une moindre mesure, l'inquiétude de ne pas savoir ce qui les attend « *là bas* » et la peur de « *se retrouver à la case départ* » c'est-à-dire en hébergement d'urgence ou à la rue.

7 DES PERSONNES VIEILLISSANTES... MAIS DE QUI ET DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le contenu des entretiens divise la population rencontrée en plusieurs groupes et sous-groupes dès que les thématiques relatives au vieillissement sont abordées. Il est important de rappeler que quel que soit l'âge des personnes interrogées, elles sont définies « *vieillissantes* » par les structures qui nous les ont présentées, et ce en fonction des critères de l'enquête par questionnaire à laquelle elles avaient participé auparavant. Aussi, la population se divise d'abord entre les personnes pour qui la vieillesse n'entre pas dans le champ de leurs projections (elles sont minoritaires), et celles avec qui il a été possible d'aborder ce thème. Parmi les dernières, une sous-division sera opérée afin de mieux saisir les attentes relatives aux types d'habitat susceptibles d'abriter leurs vieux jours.

7.1 La variété des conceptions de la vieillesse

La majorité des personnes se sont exprimées à ce sujet dès que nous leur avons demandé si elles avaient des souhaits pour l'avenir. Mais six ont affiché leur refus ou leur incapacité à se projeter à ce propos, et écourté l'entretien. Pour deux personnes, leur impossibilité de communiquer à ce sujet était légitimée par la dégradation de leur état de santé et leur angoisse d'une mort éminente. « *Je suis déjà bien malade, étonné d'être encore en vie, alors vieillir... mais je ne suis pas malheureux je suis grand-père* », « *J'envisage pas de vieillir, les docteurs pensaient que j'arriverais pas à 50 ans, je suis cardiaque... mais je suis toujours là à 53 ans!* ». Deux personnes hébergées en dispositif d'urgence ne voyaient aucune alternative à leur situation actuelle. L'une expliquait vivre au jour le jour et refusait par conséquent de considérer son avenir de ce point de vue. Pour l'autre, quelles que soit les reformulations employées, la question était manifestement éludée et elle revenait sans cesse à leur situation actuelle ou à leur passé. Pour les deux dernières, leur conception du vieillissement était tellement négative qu'elles préféreraient ne pas se projeter à ce propos. Pour l'une, la vieillesse était clairement synonyme de déchéance physique et aliénation mentale. La conception de l'autre faisait référence au sentiment d'inutilité et d'ennui qui selon elle, devaient assaillir tous les aînés ; elle réitérait par là l'expression d'angoisses et du sentiment d'inaccompli, présente tout au long de l'entretien. Refusant d'être « *cataloguée « inutile à la société »* », elle refusera aussi de parler de quoi que ce soit ayant trait au vieillissement.

L'ensemble des autres personnes ont une conception plutôt homogène de la vieillesse, malgré des réticences, parfois, à parler de leur propre vieillissement « *j'y pense pas, ça vient trop vite !* ». Pour elles, la vieillesse est avant tout affaire de retraite, elle marque le passage à un temps de repos et de stabilité. Le terme « retraite » fait fréquemment référence à la possibilité de se retirer du monde momentanément. L'évocation de la retraite est illustrée par le coin à la campagne où on pourra passer tranquillement ses vieux jours.

Au sens économique du terme, la retraite symbolise aussi la sortie tant attendu d'un système où l'inactivité économique doit sans cesse être justifiée. De plus, pour quelques unes dont les problèmes de santé et le vieillissement précoce est manifeste, le passage à l'âge légal de la retraite représente des avantages non négligeables. Elles accepteraient volontiers la présence d'aidants professionnels et d'équipements pour les soulager dans les gestes du quotidien. Mais bien qu'elles puissent légitimement y prétendre actuellement, elles sont légalement trop jeune ou n'ont la reconnaissance de handicap adéquate, et regrettent de ne pouvoir en bénéficier dès à présent.

Pour les personnes qui sont à un ou deux ans de la retraite, au sens économique, cette question soulève aussi des appréhensions. Celles-ci sont souvent dans l'attente de la reconstitution fastidieuse de leur relevé de carrière, et s'inquiètent de l'évolution des politiques publiques relatives à l'âge légal d'accès à la retraite. Elles se préparent, souvent avec hantise, « *au verdict* » du montant de leur retraite. Car beaucoup n'ont pas l'ensemble des annuités requises pour s'assurer une retraite suffisante. Etant soit bénéficiaire du RMI ou de l'AAH, elles verront leurs prestations sociales s'arrêter, et la transition avec d'autres ressources est présentée comme potentiellement problématique. La crainte de rester un temps sans aucune ressource est bien présente. Mais pour les personnes qui ont perdu emploi et logement depuis peu, la retraite reste avant tout le moment de la récolte des fruits de leur travail, des ressources méritées qu'elles ne doivent enfin qu'à elles-mêmes. Dans ces rares cas, elle est attendu avec impatience parce qu'elle représente l'assurance de la stabilité des ressources et l'espérance de jours meilleurs. Ces réflexions étaient plutôt du fait de personnes. Au contraire, les personnes de plus de 60 ans ont « *déjà mis sur la table et réglé* » la question des ressources avec leur assistant social ou leur référent. Elles paraissent sécurisées à ce point de vue et bénéficient soit d'une pension de retraite soit de l'ASPA. La question est bien plus abstraite pour les personnes de moins de 58 ans rencontrées. Quelques unes pensent encore pouvoir compléter les quelques annuités qui leur

manque jusque là, les autres sont convaincus que le montant de leur retraite sera bien moins élevée que les prestations qu'elles touchent à l'heure actuelle, et semblent déjà résignées.

7.2 Bien vieillir, mal vieillir, le vieillissement : une remise en question des projets de vie ?

Deux points de vue s'opposent ensuite dans la manière d'envisager son propre vieillissement : ceux pour qui le modèle normatif du « bien vieillir » (où le logement est un acquis/ sous entendu/ évidence/norme) est quasiment un dogme, et ceux qui envisagent la possibilité de finir leurs jours dans un collectif.

• VIELLIR DANS UN HABITAT INDIVIDUEL

Pour les personnes qui érigeaient l'acquisition d'un logement comme une condition indispensable du sentiment d'être chez soi, les établissements qui accueillent des personnes âgées sont une menace claire à l'indépendance revendiquée. Pour les unes, ils représentent par excellence l'abolition de leur liberté et sont sans cesse comparés à la discipline d'internat et de pensionnat qu'elles ont connu plus jeunes, ou aux contraintes des hébergements collectifs qu'elles connaissent. « *Avec mon caractère, me dire lève-toi, couche-toi, mange ça, non... Me mettre en maison de retraite... non, non, non, je veux pas!* ». Pour d'autres, même si elles affirment la valeur du « respect dû aux aînés », la cohabitation avec des personnes âgées leur semblent tout simplement impossible : « *Ah non, j'ai rien à leur dire moi, faut les respecter, mais bon faut les supporter aussi quand même, ce sont de vrais calvaires* », « *J'ai beaucoup d'affection pour les personnes âgées, je m'entends bien avec elles, je les respecte. Mais vivre avec pour l'instant... si c'est pas de la famille, c'est quand même compliqué* ». De plus, ces personnes partagent la représentation de l'établissement mouvoir, et des hospices où les personnes sont abandonnées à leur triste sort par leur famille. Les refus sont donc parfois catégoriques. Et pour trois personnes, l'éventualité d'une grave perte d'autonomie nécessitant un accompagnement approprié, n'est pas possible. Ce sont pourtant des personnes dont l'état général pose des problèmes croissants dans les structures qui les accueillent actuellement. Le besoin d'une prise en charge médico-sociale adaptée à leur situation est manifeste et, est (ou va devenir rapidement) impérieux.

Globalement, quelques personnes dont l'idéal serait l'acquisition d'un logement ordinaire campent légèrement moins sur leurs positions. Même si ce type d'établissement symbolise un bond en arrière à la limite de l'effroi pour certaines. Elles expriment leur désir de pouvoir vieillir chez elles, « *comme tout le monde* », et d' « *y vivre jusqu'au bout* ». Certes, quelques unes ne veulent pas considérer la possibilité d'une perte d'autonomie « *A chaque jour suffit sa peine... on verra.* ». Mais les autres l'anticipent à demi-mots, et comptent sur la solidarité familiale ou en rappellent froidement les principes. Enfin, deux personnes évoquent le coût exorbitant des établissements accueillants des personnes âgées pour finir de justifier leur aversion d'une telle fin de vie.

Enfin, les conceptions de la vieillesse, de trois personnes sont le reflet d'une différence culturelle indéniable, leurs discours sont teintés de l'incompréhension du « *sort indigne réservé aux anciens ici* ». Leur conception du « bien vieillir » ne dépareille pas avec le modèle rencontré dans d'autres entretiens, autrement dit vieillir chez soi auprès des siens. Ainsi le refus des établissements collectifs s'affichent comme catégorique et le retour au pays est envisagé comme seule solution à terme. A l'exception d'une personne ayant de graves problèmes de santé qui l'empêchent, malgré lui, de rentrer dans son pays d'origine, où vit actuellement son épouse et ses enfants. Cette personne est actuellement dans une impasse

quant aux réflexions sur son devenir : la menace d'une aggravation de ses problèmes de santé qui lui serait fatale, le refus de se résigner à vivre loin de son épouse, l'isolement ressenti dans le pays et a fortiori dans le logement où elle est hébergée, et l'impossibilité de se projeter dans un établissement collectif.

Des solutions de logement individualisé adapté aux problématiques de ses personnes semblent donc à préconiser et à imaginer compte tenu des éléments recueillis. Soulignons que quatre d'entre elles ont déjà refusé au moins une fois une place en maison de retraite, en EHPAD ou en R.P.A. pour l'une ou l'autre des raisons évoquées.⁹⁶

• VIEILLIR DANS UN HABITAT COLLECTIF

Un peu plus de la moitié des personnes rencontrées envisagent de vieillir dans un établissement pour personnes âgées. Cependant, pour les trois quarts d'entre elles, il s'agirait d'un choix par défaut.

En effet, une minorité de personnes ont abordé très franchement le sujet, en expliquant qu'elles avaient fait une demande ou qu'elles étaient dans l'attente d'une place dans un établissement de ce type. Les raisons de leur choix faisaient pour l'essentiel référence à un sentiment d'accomplissement de soi, fondé sur leur vie professionnelle, plus précisément sur le métier exercé, et/ou au fait qu'elles ont enfants et petits-enfants. *« J'en ai vu des choses dans ma vie, j'ai voyagé, j'ai travaillé, je me suis marié, j'ai eu des enfants, et maintenant je suis grand-père trois fois. Je suis plus tout jeune, je me sens pas vieux, c'est dans la tête ça, mais j'ai besoin de me reposer maintenant, la vie dehors ça laisse des traces »*⁹⁷. Elles voient la maison de retraite comme une opportunité de faire de nouvelles connaissances et de se reposer. L'une d'entre elles se projette même dans les activités qu'elle pourrait faire en maison de retraite et surtout les excursions. Elle en parle avec un tel enthousiasme que nous en sommes restée pantoise et avons supposé que cette solution ne soit envisagée que pour mettre fin à son ennui actuel.

Car, elle ne serait pas la seule dans cette situation. Une bonne partie des personnes rencontrées ont tendance à envisager une solution d'hébergement collective pour leurs vieux jours parce qu'elles redoutent d'être isolée et de s'ennuyer en appartement ordinaire. Une partie ne renonce pourtant pas à son idéal : vivre dans un logement. Pour elles, le logement en R.P.A. semble à l'évidence ce qui se rapprocherait le mieux de ce qu'elles attendent, c'est-à-dire un logement dans un cadre rassurant et sécurisé, à un détail près : un maillage relationnel de proximité au-delà des relations de courtoisie. Ces personnes sont en recherche de contacts extérieurs à leur groupe social de référence actuel : les personnes sans domicile. Ayant l'impression de s'être perdues dans les codes culturels de la « sphère sans domicile », elles avouent à demi-mots ne pas savoir comment faire et s'y prendre pour découvrir d'autres univers culturels. Pour quelques autres, c'est la peur palpable du grand isolement relationnel pour leurs vieux jours comme dans le présent, qui oriente leur préférence vers les hébergements collectifs. Elles illustrent cela par de mauvaises expériences en logement ordinaire qu'elles ont elles-mêmes vécues ou constatées pour des amis. Huit personnes abstinences à l'alcool témoignent également leur crainte d'une éventuelle rechute si elles venaient à se sentir seules. Mais l'illustration « favorite » reste les « abandonnés » de la canicule de 2003, décédés chez eux ou dans la rue et dont *« les corps n'ont même pas été*

⁹⁶ On peut supposer que les demandes avaient été faites indépendamment de leur volonté, ou dans l'espoir d'un infléchissement de leur position, ou parce qu'elles ont donné leur accord pour embrasser le discours attendu par les interlocuteurs à un moment donné.

⁹⁷ A l'apparence de cette personne ainsi qu'à son discours tout au long de l'entretien, on lui prêterait facilement dix ou quinze ans de plus, alors qu'elle n'a que 59 ans !

réclamés ». ⁹⁸ Et lorsqu'elles envisagent une possible perte de mobilité et d'autonomie, l'image du logement-prison prend toute son envergure. Elles ne veulent pas mourir seules et le collectif est envisagé comme un soutien dans les étapes du vieillissement comme dans le présent.

Justement, pour d'autres, l'anticipation d'éventuels problèmes à venir est à la base de leur réflexion sur le sujet. Ce sont plutôt des personnes jeunes qui ont des problèmes de santé, sont en situation de handicap, ou qui voient apparaître des difficultés dans les gestes courants au quotidien. Elles envisagent, avec un apparent détachement, le risque d'une perte d'autonomie à court ou moyen terme. Les établissements accueillants des personnes âgées sont donc vus comme la seule solution existante pour bénéficier d'un accompagnement et d'équipements adaptés.

Enfin, les dernières sont plutôt récalcitrantes à l'idée d'un établissement accueillant des personnes âgées et ne seraient prêtes à se résoudre à y aller qu'en cas d'absolue nécessité. Elles partagent les mêmes représentations de ces établissements que les personnes qui refusent catégoriquement d'y aller. Les unes mettent en avant le fait qu'elles ne voient pas d'autres solutions puisqu'elles n'ont plus de familles. Pour les autres, le point d'inflexion de leur décision est de taille, et s'apparente parfois à un véritable sacrifice dans les discours : elles ne veulent pas être une charge pour leurs enfants. Elles se réconfortent d'ores et déjà de cette obligation à l'idée que leurs enfants et petits-enfants leur rendront visite, « *une fois là-bas* ». Celles-ci s'inquiètent d'ailleurs de la manière dont elles pourront financer leur hébergement sans que leurs enfants ne soient sollicités au titre d'obligés alimentaires. Deux personnes détaillent à ce propos la précarité des situations de leurs enfants.

Ajoutons que même si les couples rencontrés ne sont pas toujours d'accord sur leur conception de la vieillesse et de leur vieillissement, ne pas être séparés et vieillir ensemble est la condition sine qua none de tous leurs projets. Néanmoins, pour l'un des couples le sujet reste matière à discussions, une interrogation restera sans réponse en tout cas en notre présence « *Faudra quand même qu'on y pense au risque d'être séparés, parce que faut pas qu'on devienne une charge l'un pour l'autre, tu crois pas ?* ». Les personnes dont les compagnons ne sont pas actuellement avec elles, formulent le vœu de pouvoir vivre et vieillir ensemble, même si elles conçoivent, à l'exception d'une, qu'avec l'avancée en âge ce ne sera peut-être plus possible.

Globalement, ces personnes sont prêtes à accepter de vivre dans un collectif pour leurs vieux jours, même si pour certaines cela signifierait renoncer à leur idéal : vieillir chez elles et/ou entourées des leurs. Mais ces projections, elles les font sur un temps qui, pour elles, est bien éloigné de la perception qu'elles ont d'elles-mêmes aujourd'hui, à quelques exceptions près. Elles se sentent jeunes et c'est tout à fait légitime compte tenu de leurs âges. Elles ne s'identifient pas du tout au public actuel des établissements accueillant des personnes âgées. ⁹⁹ Si elles vouent un respect certain à leurs aînés, pour les conseils qu'ils peuvent dispenser par exemple (le plus cité), elles ne sont pas pour autant prêtes à accepter de cohabiter dans un même lieu. Le grand âge leur paraît souvent bien lourd à supporter au quotidien et elles préfèrent n'avoir qu'avec parcimonie des relations avec des personnes âgées. Au contraire, les relations avec les personnes plus jeunes sont enthousiasmantes parce qu'elles sont vectrices de dynamisme et que les interactions sont souvent présentées comme source de valorisation. « *j'aime bien les jeunes, ça bouge avec eux, on apprend de nouveaux trucs, et on peut leur apprendre les ficelles, les conseiller* », « *ce qui est bien avec eux, c'est qu'ils me respectent plus que les gens de mon âge* » « *comme j'étais mécano, je peux leur montrer plein de trucs* », « *dans la maison ceux de mon âge on est un peu médiateurs. Y en a qui ont pas connu leur père alors, ils aiment bien discuter avec nous, et quand y a besoin t'en as qui aide volontiers* ». La transmission de savoir-faire et/ou de savoir-être à des personnes plus jeunes est un pôle de

⁹⁸ 3 sept 2003 : cérémonie d'inhumation des 57 victimes parisiennes de la canicule du début du mois d'Août, dont les corps n'avaient pas été réclamés, par le président de la République et le maire de Paris.

⁹⁹ Rappel : La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD est de 85 ans actuellement.

valorisation très fort pour les personnes rencontrées, en même temps que source de soutien. Quelques-unes nuancent quand même leurs propos sur les moins de 25 ans, qu'elles décrivent souvent comme irrespectueux, inconséquents ou immatures par rapport à leur génération au même âge, sauf diront deux personnes « *ceux qui ont galéré depuis petit* », « *ceux qui doivent se débrouiller seul, eux, ils ont du plomb dans la tête* ». Ceci étant, pour celles qui ont connu ou connaissent la cohabitation avec « *ces jeunes là* » dans les hébergements d'urgence, elles affirment que ce n'est pas de tout repos et que les conflits peuvent vite dégénérer.

En résumé, les souhaits et attentes exprimés par les personnes rencontrées reflètent avant tout les besoins :

- **de sécurité et de stabilité de leur environnement,**
- **de reconnaissance sociale à travers la valorisation de l'estime de soi, et le renouvellement des relations interpersonnelles (de proximité, de soutien, d'amitié, d'amour, etc.).**

Est-il encore nécessaire de pointer que le besoin d'appartenance à un groupe socialement valorisé se lit également en filigrane pour l'ensemble des personnes qui se sont exprimées.

Ces besoins fondamentaux pour tout un chacun sont illustrés concrètement par la population grâce :

- **aux besoins d'intimité et d'indépendance dans leur environnement immédiat,**
- **aux besoins de réappropriation de repères temporels essentiels (tels que les repas, ou plus largement les saisons) et de reconnaissance des ancrages territoriaux en tant que repères spatiaux et identitaires,- au besoin d'un entourage de pairs bienveillant et rassurant (professionnels compris dans la plupart des cas),**
- **au besoin de respect des capacités et des temps d'adaptation à de nouvelles situations,**
- **au besoin d'activités apportant un sentiment d'utilité sociale, qu'il s'agisse de la transmission de savoir-vivre et savoir faire, d'une participation à des tâches domestiques ou de travaux d'extérieur, etc.**

Les attentes exprimées en termes d'habitat se lisent en deux temps : ce que les personnes désirent pour un futur proche et ce qu'elles imaginent pour leurs vieux jours. Or dans la présente étude et pour les professionnels qui les ont présenté, elles sont d'ores-et-déjà considérées vieillissantes, au vu de leur âge, de leur parcours et/ou de leur état de santé. C'est pourquoi, les deux points de vue exprimés doivent être compris dans un tout indissociable pour assurer la pérennité d'améliorations ou de nouvelles solutions élaborées pour cette population.

De plus, leurs attentes se situent clairement dans une perspective de nouvelles solutions d'habitats individuels et/ou collectifs, qui leur permettraient d'acquérir la stabilité sécurisante à laquelle elles ont légitimement droit. Conformément à ce que pressentaient le comité de suivi de cette étude, une palette d'habitats adaptés reste à imaginer pour répondre à l'ensemble des besoins de la population sans domicile vieillissante. Notons que comparativement au constat fait par l'agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine¹⁰⁰, globalement les personnes sans domicile vieillissantes reconnaissent bien avant l'âge de 80 ans l'importance et le rôle des aidants professionnels dans les étapes du vieillissement.

Ajoutons qu'étant donnée les représentations des personnes rencontrées à l'égard des établissements accueillants des personnes âgées, leur aversion pour ce type de structures, la variété de leur conception de leur propre vieillissement, et leur capacité à motiver leurs attentes et refus au regard de leur projet de vie ; les recommandations faites par la suite seront essentiellement guidées par les personnes concernées au premier titre par l'étude : les personnes sans domicile vieillissantes. Les attentes exprimées seront évidemment ajustées aux besoins et freins repérés par les professionnels, et appuyées par l'enquête quantitative réalisée auprès des services en contact avec la population.

¹⁰⁰ « Les personnes plus âgées souvent ne veulent pas entendre parler de l'APA ni d'aidants professionnels qui viendraient les assister à domicile.[...] C'est à partir de 80 ans et plus que le rôle des aidants devient décisif pour le maintien à domicile », « Vieillir dans la métropole bordelaise », Les Cahiers Techniques de l'Agence d'URBANisme Bordeaux métropole Aquitaine, Complex'cité n°2, juin 2006.

RECOMMANDATIONS

A partir de l'état des lieux réalisé, nous tentons de répondre à quatre questions essentielles à la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la prise en charge de la population sans domicile vieillissante :

-  Agir, pourquoi et au nom de quoi ?
-  Agir, pour qui et sous quelles formes ?
-  Agir comment et avec quels moyens ?

Pour y répondre et élaborer des pistes de réflexion et d'actions adaptées aux besoins de la population et des acteurs locaux, nous avons regroupé les différents profils de situations repérés en deux catégories en fonction des modalités d'actions proposées : l'adaptation de l'existant et la création de nouvelles réponses.

1. CADRE DES ACTIONS PROPOSEES

Rappelons que pour répondre aux besoins des publics en difficultés d'accès au logement autonome, ainsi qu'à la saturation du parc d'hébergement, le PDALPD souligne « *la nécessité d'élargir l'offre notamment le segment entre logement autonome et structures médico-sociales* », et que le Schéma AHI encourage « *la création de solutions novatrices* ». En effet, si le problème de l'avancée en âge des personnes sans domicile vieillissantes se pose, aujourd'hui, en termes d'« habitat adapté », c'est qu'il y a un décalage manifeste entre l'offre et la demande, qui impose un renouvellement du parc pour ce public spécifique.

RAPPEL DES BESOINS REPERES	
Les personnes vieillissantes sans domicile	Les acteurs de terrain
- Besoins d'intimité et d'indépendance dans leur environnement immédiat, - Besoin de réappropriation de repères temporels essentiels (tels que les repas, ou plus largement les saisons) - Besoin de reconnaissance des ancrages territoriaux en tant que repères spatiaux et identitaires, - Besoin d'un entourage de pairs, bienveillant et rassurant (professionnels compris dans la plupart des cas), - Besoin de respect des capacités et des temps d'adaptation à de nouvelles situations, - Besoin d'activités apportant un sentiment d'utilité sociale, qu'il s'agisse de la transmission de savoir-vivre et savoir faire, d'une participation à des tâches domestiques ou de travaux d'extérieur, etc.	- Besoin en ressources humaines, - Besoin de disponibilité des équipes/des partenaires - Besoin de moyens financiers conséquents, - Besoin d'équipements et de bâtis adaptés au vieillissement du public, aux handicaps et invalidités
81% des personnes sans domicile vieillissantes repérées sont affectées par un problème de santé, la moitié d'entre elles cumule plusieurs pathologies. Les acteurs locaux ont estimé qu'environ 40% de la population repérée nécessitait une prise en charge médicalisée, et 30% nécessiterait une prise en charge de la dépendance. Soulignons que 3 personnes sur 5 nécessitant une prise en charge médicalisée et/ou de la dépendance sont des personnes vieillissantes en situation d'errance.	

On voit à travers les besoins repérés à quel point il est nécessaire de construire des modalités de réponses adaptées à cette population. Celles-ci doivent avant tout tenir compte du fait **que toutes les personnes n'ont pas besoin d'une prise en charge institutionnalisée et médicalisée**. De plus, d'après les indications des acteurs de terrain, **les personnes, pour lesquelles des prestations médicalisées sont estimées nécessaires, se répartissent à part égale entre celles qui souhaitent habiter dans un collectif (chambre ou logement) et celles qui préfèrent un logement hors dispositif d'hébergement**.

Rappelons que la population sans domicile vieillissante girondine est une population plutôt jeune, qui est difficilement assimilable à celle du grand âge, et ce bien qu'elle présente des poly-pathologies plus ou moins invalidantes. Malgré tout, au même titre que toute autre personne, éthiquement et légalement, les personnes sans domicile doivent avoir le droit et la possibilité de vieillir et mourir dans la dignité. Rappelons l'une des recommandations du *Programme de Prévention et de Lutte contre les Maltraitements des Personnes Âgées*¹⁰¹ : « Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées » qui stipule que « les personnes âgées sont en droit d'attendre une prise en charge de qualité ». Il semble évident, et d'autant plus avec les personnes sans domicile vieillissantes, que la question de la dépendance physique et psychique dépasse les clivages générationnelles. Actuellement, la question de la dépendance se pose de manière minoritaire pour cette population en Gironde. Mais il ne serait pas inutile d'apporter des solutions, qui à la fois répondent à la diversité des situations actuelles et anticipent le vieillissement, que ce dernier évolue ou non vers la dépendance. Aussi, le souci d'améliorer la prise en charge doit intégrer l'idée que les profils des personnes vieillissantes sans domicile sont très variés et surtout que les situations sont fluctuantes dans le temps et en fonction des contextes. Par conséquent, les actions en termes d'adaptation ou de création de solutions doivent inclure le fait que les personnes puissent finir leur vie dans les dispositifs, ou au contraire les quitter pour rejoindre le droit commun (qu'il s'agisse de logements ou de structures de droit commun accueillant des personnes âgées). De plus, les situations complexes de personnes sans domicile vieillissantes ne doivent pas faire oublier le cadre de la loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers et la possibilité que leurs désirs soient entendus. Les réponses doivent être adaptées à ces derniers dans la mesure du possible.

Pour ouvrir la réflexion sur les solutions à apporter, reprenons la définition du mot « habitat » donnée par le dictionnaire Le Petit Robert : « *Mode d'organisation et de peuplement par l'homme du milieu où il vit : habitat sédentaire, urbain, rural. Par extension : ensemble des conditions d'habitation, de logement, amélioration de l'habitat* ». Ainsi, l'**habitat** désigne à la fois la forme d'habitation et son environnement global. Ce dernier doit pouvoir offrir « des ressources et un contexte favorable à l'insertion sociale et/ou économique de celui qui y réside »¹⁰². L'habitat pour être ce lieu d'épanouissement doit « être **adapté** :

- à la situation familiale du ménage (isolé, en couple, familles), à son organisation, ses modes et rythmes de vie,
- aux ressources financières du ménage (entre autres à la variabilité des ressources, à la capacité de gestion de celles-ci, etc.)
- à l'activité effective ou potentielle du ménage pour lui permettre de progresser vers l'autonomie,
- à la capacité d'autonomie et de socialisation du ménage,
- à son besoin d'un environnement plus ou moins sécurisant ou a contrario plus libéré des contraintes sociales,
- à ses aspirations en terme de localisation, qu'il s'agisse de respecter un ancrage local ou de desserrer les contraintes que font peser un voisinage peu tolérant »¹⁰³.

¹⁰¹ Promu par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées

¹⁰² Source : « Le logement adapté dans le département de la Sarthe, Guide Méthodologique », DDE de la Sarthe, 2007.

¹⁰³ Op.cit.

Enfin, les modalités de réponses proposées ici ont comme postulat que : « *Il s'agit en premier lieu de mettre en œuvre le droit commun chaque fois qu'il est possible et nécessaire et d'inventer d'autres process lorsque le droit commun se révèle insuffisant ou inadapté à la réalité d'un territoire ou d'une population* »¹⁰⁴. Ainsi, les pistes d'actions proposées par la suite en termes d'adaptation de l'existant et de création de nouvelles solutions sont complémentaires l'une de l'autre, pour répondre à la variété des situations et aux besoins de cette population spécifique.

¹⁰⁴ KIHAL-FLEGEAU, N., « Les IASS et la pratique de l'ingénierie sociale », Dossier Régional Ile de France, L'hébergement et l'accès au logement », IASS La Revue, n°59, Mars 2009.

2. REPONDRE AUX BESOINS PAR L'ADAPTATION DE L'OFFRE EXISTANTE



Selon les acteurs de terrain, une partie de la population vieillissante est à l'heure actuelle bloquée dans des hébergements d'urgence ou temporaires, faute de ne pouvoir accéder à un logement social dans un délai raisonnable ou dans le privé. Ce sont, parmi les profils décrits en amont, « des victimes de la crise économique et du logement », « des sortants de prison », « des victimes de violences conjugales ou familiales », « des personnes en situation de handicap » et « des migrants ou anciens combattants ».

Pour les personnes hébergées, qui n'ont pas perdu leur autonomie, considérées dans une situation transitoire bien qu'elle perdure, les politiques publiques sont résolues à prendre des mesures immédiatement effectives pour le bien-être des personnes et pour favoriser la fluidification des dispositifs. En effet, la *circulaire aux préfets relative à l'accès au logement des personnes hébergées*, du 16 septembre dernier, fixe des objectifs quantitatifs départementaux quant au relogement « *de tous les ménages hébergés dans les structures financées par l'Etat et qui sont prêts au logement. Les places d'hébergement concernées sont celles de stabilisation et d'insertion, qu'elles soient sous statut CHRS ou pas, et éventuellement, les places d'urgence* ». Pour cela, la circulaire préconise la mobilisation des contingents préfectoraux et de l'Etat ainsi que l'organisation d'une concertation de l'ensemble des acteurs sociaux pouvant contribuer au relogement de ces personnes.

Si pour ces dernières, la solution s'oriente résolument vers le logement social et en tout cas vers un logement ordinaire, pour les personnes en difficulté d'accès au logement autonome, du fait de leur situation psycho-sociale actuelle, d'invalidité ou de handicap, cette solution de droit commun n'est pas adaptée. Cependant, la circulaire demande aussi aux préfetures de « *ne plus créer de capacités (d'hébergement) supplémentaires, excepté ponctuellement en période hivernale* ». La question de l'inadaptation des dispositifs qui hébergent actuellement ces personnes, reste donc entière. Puisque la circulaire tend vers un développement de l'offre de logement social, et que la forme d'habitat souhaitée par une partie des personnes vieillissantes est justement un logement (ordinaire ou en hébergement semi-collectif), ne serait-il pas recommandé de **développer l'offre de logements intermédiaires entre l'hébergement et le logement social, à l'instar des sous-locations, en adaptant les modes d'accompagnements sociaux à ces personnes vieillissantes ?** Les logements conventionnés en PLATS, PLAI et PST¹⁰⁵ pourraient en être une des formes, **à condition que les personnes soient accompagnées en fonction de leurs besoins, de manière plus ou moins régulière et non pas seulement ponctuelle, dans la gestion du logement, du budget, et des affaires administratives, et ce par des professionnels socio-éducatifs, et la mobilisation de SAVS¹⁰⁶ pour les personnes en situation de handicap.**

La situation des populations vieillissantes migrantes étant très spécifique, elle devrait faire l'objet d'une étude approfondie pour définir des modalités de réponses adaptées à ces besoins en termes d'habitat adapté. Nous faisons donc seulement référence ici, aux publics d'anciens travailleurs immigrés, et d'anciens combattants accueillis actuellement sur les dispositifs d'hébergement d'urgence. La prise en compte de leur situation familiale, de leur état de santé, du fait que ces personnes se rapprochent souvent de ce qui est défini comme le « grand âge », doit impérativement orienter les actions à leur faveur. Ainsi, le développement de résidences sociales, type ADOMA, semble tout indiqué à l'heure actuelle. Dans le cadre d'une adaptation aux besoins de ces publics vieillissants, quelques pistes peuvent être avancées. Il s'agit avant tout de la prise en compte effective de la situation familiale des personnes, puisqu'elles sont dans un constant entre-deux entre

¹⁰⁵ **P.L.A.T.S.** : Prêt Locatif Aidé Très Social, **P.L.A.I.** : Prêt Locatif Aidé d'Insertion, **P.S.T.** : Programme Social
Thématique, sont des logements soumis à convention entre l'Etat et le bailleur. Ils ouvrent droit pour le locataire à l'Aide Personnalisée au Logement.

¹⁰⁶ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale destiné aux personnes en situation de handicap ne nécessitant pas de soins ou d'accompagnements médicaux lourds (tels que interventions de professionnels médicaux à domicile).

le territoire français et leur pays d'origine, il semble impératif qu'elles puissent conserver leur logement ou hébergement pendant les périodes de transit. De plus, pour les personnes les plus âgées ou les plus « abîmées », et pour lesquelles des situations de dépendance ont été décrites par les acteurs locaux, il paraît nécessaire de développer une prise en charge de soins à la hauteur de leurs invalidités et de leurs handicaps. Car, la prise en charge actuelle des primo-arrivants comme des autres en hébergement d'urgence paraît particulièrement maltraitante. Nous verrons par la suite que les propositions de création de nouvelles solutions pourraient répondre aux situations sanitaires les plus délicates de ces personnes.

En somme, les pistes d'actions proposées pour les personnes correspondant aux profils décrits s'orientent vers l'adaptation de logement ordinaire aux problématiques et aux besoins de cette population vieillissante.



Les hébergements d'urgence doivent être une priorité des actions à mettre en œuvre en faveur du public vieillissant, et plus largement pour l'ensemble de la population sans domicile qui y est accueillie. A ce propos, les réflexions et actions sont déjà bien engagées à ce jour, à travers le plan d'« humanisation » du Centre d'Accueil d'Urgence Leydet. L'adaptation proposée ici, ne concerne pas une création de places puisque la circulaire du 16/09/09 ne va pas dans ce sens et que les projets au sein du foyer sont sur le point d'être entérinés. **Les places d'urgence libérées par ce plan d'humanisation (environ une quarantaine) pourraient faire l'objet d'une adaptation aux personnes vieillissantes quel que soit leur profil. Ces places pourraient être dispersées dans deux ou trois structures d'accueil d'urgence ou de transition, offrant de meilleures conditions d'hébergement. L'expérience menée avec la Halte 33 sur la structure d'accueil « Maison de Nuit » gagnerait à être évaluée précisément, pour en étendre le principe.** En effet, il semble qu'une partie des personnes vieillissantes habituellement éloignées des dispositifs d'hébergement y soient accueillies régulièrement. De plus l'intérêt de structures d'accueil d'urgence ou de transition de taille similaire, est qu'elles favorisent le repérage et la réorientation rapide de personnes vieillissantes « victimes de la crise économique et du logement » avant qu'elles ne se chronicisent dans les dispositifs d'urgence. A condition, bien entendu, que ces structures soient pourvues d'effectifs de personnels plus étoffés et formés, que les conditions d'accueil respectent les rythmes de vie de chacun (ouverture la journée, repas sur place, période d'hébergement renouvelable en fonction de la situation globale, etc.), elles pourraient jouer un rôle indéniable dans la fluidification des dispositifs, l'évaluation de l'autonomie et la facilitation de l'expression de souhaits et de projets de vie des personnes vieillissantes habituellement les plus éloignées des dispositifs d'hébergement ou « passées inaperçues » jusqu'alors.



Pour ce qui est des Maisons Relais actuelles, nous l'avons dit, les acteurs ne sont pas à l'heure actuelle assez outillés pour face aux problématiques de santé des personnes vieillissantes. Les services de soins à domicile se révèlent aujourd'hui insuffisants pour répondre à l'ensemble de leurs besoins médico-sociaux. Une action sur ces dispositifs devrait donc être engagée pour permettre une meilleure prise en charge de ces besoins grâce à des postes de personnels médicaux et médico-sociaux ad hoc. En outre, les Maisons Relais doivent pouvoir offrir au public vieillissant qui s'y trouve **« un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté »** selon le cadre réglementaire fixé par la circulaire du 10 décembre 2002¹⁰⁷. Compte tenu des attentes et des souhaits exprimés par les personnes qui s'y trouvent, des actions visant à renforcer les équipes d'hôtes pour qu'animations et actions d'ouverture vers l'extérieur fassent partie du quotidien des résidents, et pour endiguer l'isolement ressenti par ces personnes.

¹⁰⁷ Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002

3. LA CREATION D'HABITATS ADAPTES POUR AMELIORER LES PRISES EN CHARGE

Les propositions faites ici en termes d'habitat sont fondées sur le croisement de trois variables à plusieurs modalités.

-  La variable « besoins et capacités des personnes » à sept modalités allant de la dépendance à l'autonomie,
-  La variable « forme d'habitat souhaité par les personnes » à deux modalités : l'habitat individuel et l'habitat collectif,
-  La variable « type d'accompagnement » à trois modalités : accompagnements social, médico-social et sanitaire.

Combinées les unes aux autres, ces trois variables permettent de proposer une pluralité d'habitats adaptés aux personnes sans domicile vieillissantes pour lesquelles le droit commun ne répond pas, à l'heure actuelle, à leurs besoins. Notons que les personnes, dont les situations et les parcours correspondent aux profils des « grands précaires », « marginaux », et « chronicisés » décrits, sont au premier titre concernées par les propositions faites ici. De plus, cet ensemble de solutions est complémentaire aux adaptations proposées en amont, et peut intégrer l'ensemble des autres profils décrits et traités auparavant.

Le schéma page suivante présente la « palette » d'habitats adaptés proposée. Cependant, nous tenons avant tout à signaler au lecteur qu'il ne s'agit là que de réflexions sur des formes d'habitat qui pourraient être adaptées aux besoins de la population et à ses attentes. Ces formes ne doivent donc pas être comprises et assimilées à des dispositifs à part entière. Cette palette ne constitue pas une réponse en elle-même, une telle proposition de nouveaux dispositifs paraît irréaliste et irréalisable dans le contexte actuelle. Elle permet seulement d'explicitier et/ou d'orienter le cadre de la réflexion sur la création de solutions novatrices intégrant des formes adaptées d'habitat aux personnes sans domicile vieillissantes. Nous donnons un exemple de combinaison de ces habitats pouvant constituer une nouvelle réponse pour cette population spécifique, juste après.

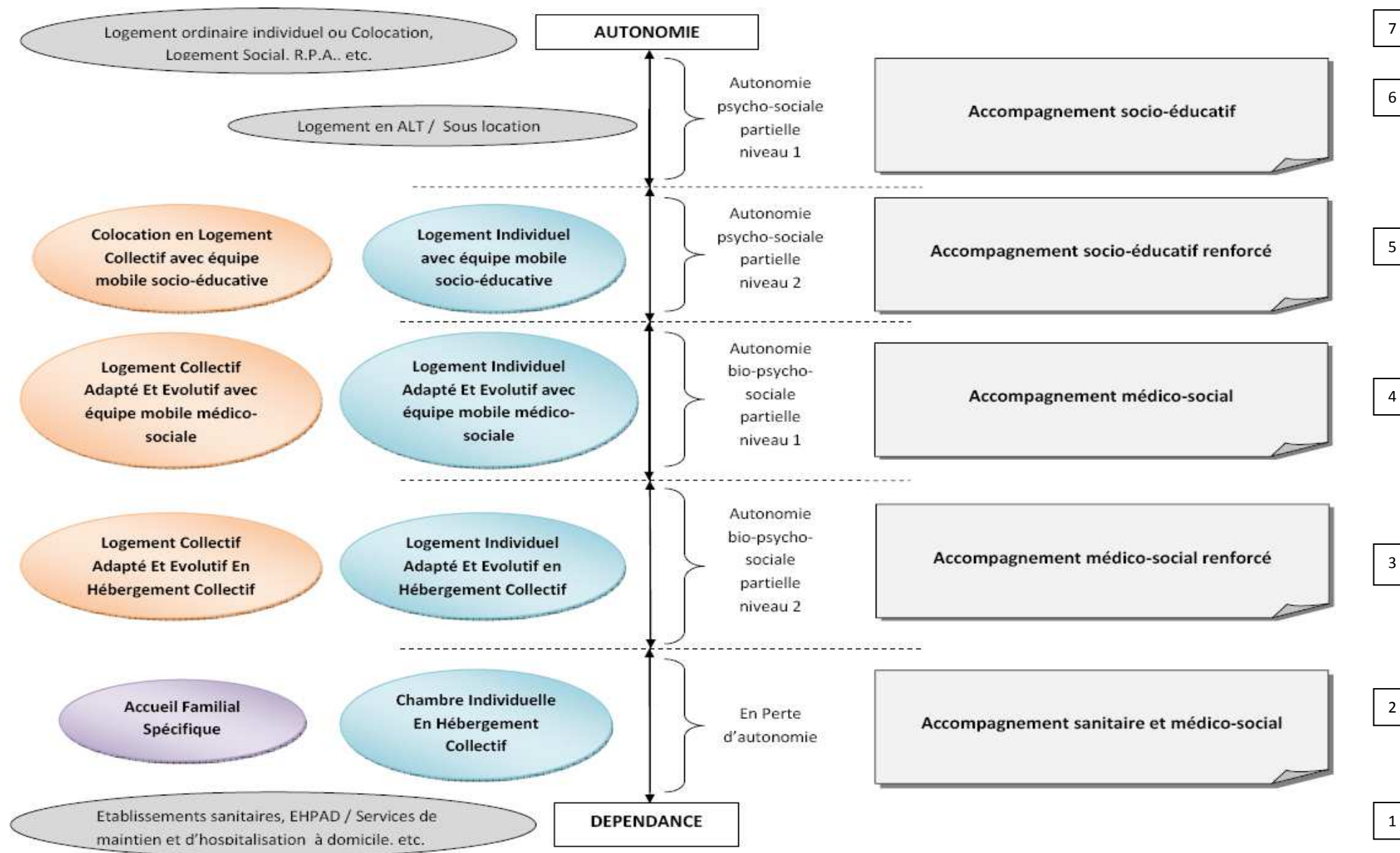
En outre, soulignons que le développement d'une offre diversifiée d'habitat est aujourd'hui un impératif pour que puisse s'exercer le libre choix de vieillir dans un habitat collectif ou dans un habitat individuel, en fonction des projets de vie et des besoins de chacune des personnes concernées.

Lecture du schéma présenté page suivante :

La variable « besoins et capacités des personnes » organise en premier lieu l'ensemble des solutions proposées. Elle scinde le schéma en deux colonnes. Les niveaux 1 et 2 indiqués pour chaque modalité sont donnés à titre indicatif pour évoquer les variations d'intensité des besoins. A chaque modalité de cette variable sont associées :

- ~ une forme d'accompagnement adapté, détaillée dans les encadrés de la colonne de droite,
- et
- ~ les formes d'habitat adapté correspondantes, exposées dans les bulles de la colonne de gauche.

Les bulles vertes regroupent les formes d'habitat collectif et les bulles roses les formes d'habitat individuel. Un descriptif des accompagnements est donné dans les pages suivantes.



DESCRIPTIFS DES ACCOMPAGNEMENTS CITES DANS LE SCHEMA PRECEDENT : les formes d'accompagnements proposés sont ordonnés (ordre indiqué sur le schéma) à partir des modalités de la variable « besoins et capacités des personnes » allant de la dépendance (1) à l'autonomie (7).

Accompagnement sanitaire et médico-social (modalité 2)

Publics prioritaires :

- ~ Personnes en perte d'autonomie bio-psycho-sociale
- ~ Personnes présentant des pathologies chroniques ou aiguës invalidantes

Habitat adapté correspondant : Chambre Individuelle en Hébergement Collectif

Composition de l'accompagnement	Profils de Professionnels Requis
Soins réguliers pour des pathologies et poly-pathologies	Infirmier ou Aide Soignant ad hoc
Nécessité d'un appui quotidien aux actes essentiels de la vie courante et/ou domestique (repas, toilette, mobilité, etc.)	A.M.P. ad hoc (voire auxiliaire de vie)
Soins psychiques et en addictologie intra-muros ou à l'extérieur	Permanences de psychologue ou psychiatre intra-muros, Mobilisation des partenaires sanitaires et médico-sociaux, associatifs tels que les CMP de secteur, l'A.N.P.A.A.
Nécessité d'un accompagnement de la vie quotidienne : repères temporels et spatiaux, liens sociaux et familiaux, démarches administratives, etc.	Moniteur Educateur ou Educateur Spécialisé, animateur, ad hoc
Présence permanente	Veilleurs ou personnels para-médicaux

Accompagnement médico-social renforcé (modalité 3)

Public prioritaire: Personnes présentant des troubles de santé plus ou moins invalidants dont l'adaptation à un hébergement collectif traditionnel est problématique et/ou ne correspond pas à leurs attentes.

Deux nuances à l'accompagnement proposé pour les personnes en perte d'autonomie :

- la nécessité d'un accompagnement quotidien ne relève pas obligatoirement d'une incapacité physique, mais de la situation psycho-sociale globale.
- un accompagnement socio-éducatif à l'investissement et la gestion du logement est nécessaire.

Deux types d'habitat adapté correspondants :

- ~ le Logement Individuel en Hébergement Collectif
- ~ le Logement Collectif en Hébergement Collectif

Accompagnement médico-social (modalité 4)

Publics prioritaires :

- ~ Personnes pour lesquelles l'accueil en hébergement collectif classique n'est envisageable ni par la personne, ni pour les professionnels, et/ou
- ~ Personnes dont les problématiques de santé sont prégnantes mais ne nécessitent pas une prise en charge institutionnalisée ou renforcée

Habitat adapté correspondant : Logement évolutif Individuel ou Collectif avec équipe médico-sociale mobile. L'habitat est adapté à la situation de départ en termes de handicap et d'invalidité, et à une éventuelle dégradation de l'état de santé dans le temps.

Composition de l'accompagnement	Profils de Professionnels Requis
Accompagnement socio-éducatif modulé en fonction des besoins : gestion du logement, du budget hebdomadaire ou mensuel, démarches administratives, Et/ou Structuration des repères temporels et spatiaux, liens sociaux et familiaux, etc.	Equipe mobile pluridisciplinaire : Moniteur Educateur ou Educateur Spécialisé, Conseillère en Economie Sociale et Familial (C.E.S.F) Infirmier, Psychologue. Mobilisation des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de secteur : CMP de secteur, Auxiliaire de vie et mobilisation de SAMSAH ou de SAVS en fonction des besoins et de leur évolution dans le temps.
Accompagnement dans ou vers une démarche de soins en ambulatoire et/ou à domicile en fonction des besoins et de leur évolution	

Accompagnement socio-éducatif renforcé (modalité 5)

Public prioritaire : Personnes ne présentant pas de problématique de santé lourde, pour lesquelles l'accès au logement autonome n'est pas à court terme envisageable pour les professionnels et/ou n'est pas souhaité par la personne.

L'accompagnement s'articule autour d'un appui à la gestion du logement, du budget, des démarches administratives, (etc.) sur un rythme hebdomadaire puis en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Il est dispensé par une équipe mobile socio-éducative composée de moniteur éducateur, éducateur spécialisé, animateur ou C.E.S.F. et mobilise l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du secteur en fonction des besoins et de leur évolution.

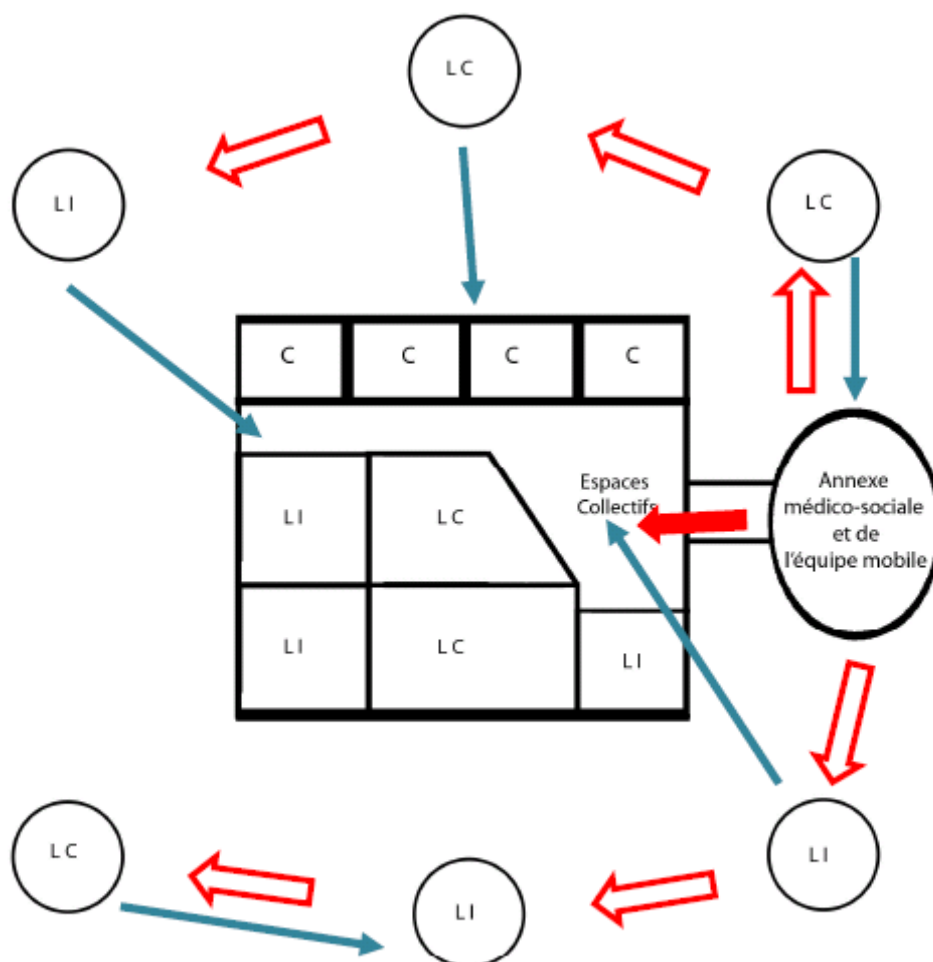
Accompagnement socio-éducatif (modalité 6)

Accompagnement actuellement mis en œuvre en ALT et Sous-Location

Rappelons que si de nouvelles structures devaient voir le jour, il est indispensable que les conditions d'accueil ne soient pas soumises aux critères de la grille AGGIR. Nous l'avons dit précédemment, le seul calcul du GIR n'est pas adapté pour évaluer l'ensemble des besoins de la population sans domicile vieillissantes. Il s'avère donc nécessaire de penser de nouveaux outils d'évaluation pour appuyer les professionnels au quotidien, et dans l'orientation ou l'accueil de personnes vieillissantes dans de nouveaux dispositifs.

A présent voici un exemple de ce qui pourrait constituer une réponse aux besoins et attentes des personnes sans domicile vieillissantes. Le schéma page suivante présente cette proposition de dispositif et ces avantages.

Microstructure de moins de vingt places combinant un hébergement en collectif et des logements insérés dans la Cité	
<u>Composition</u>	<u>Accompagnement</u>
 Hébergement collectif - 4/5 chambres avec leurs propres commodités - 2 ou 3 logements individuels pourvus de cuisine - 2 logements collectifs de 2 ou 3 places pourvus de cuisine - Espaces collectifs de détente et de partage : salon, cuisine collective, salle à manger, etc.  2 Logements collectifs de 2 places (2 isolés, un couple) et 2 logements individuels en hébergement éclaté.	Equipe pluridisciplinaire (avec prédominance médico-sociale et socio-éducative) et mobile, en capacité effective de réaliser un accompagnement de qualité (effectif suffisant) pour les personnes accueillies intra-muros et pour les personnes logées à l'extérieur sous forme d'équipe mobile socio-éducative ou médico-sociale.



Microstructure de moins de vingt places combinant un hébergement en collectif et des logements insérés dans la Cité

C = Chambre
L I = Logement Individuel
L C = Logement Collectif (2 places)

Avantages

- ~ Satisfaction des besoins sanitaires et psycho-sociaux,
- ~ Possibilité de mobiliser les acteurs sanitaires et médico-sociaux de maintien ou d'hospitalisation à domicile en fonction de l'évolution des besoins,
- ~ Satisfaction des besoins de stabilité et de structuration des temps quotidiens à travers la confection de repas collectifs, des animations et activités dans la structure d'hébergement ou à l'extérieur,
- ~ Satisfaction de la variété des besoins d'indépendance et d'intimité des personnes ; tout en leur garantissant un accès permanent aux espaces collectifs pour lutter contre l'isolement qu'elles soient hébergées en collectif ou pas,
- ~ Possibilité d'héberger ou de recevoir,
- ~ Possibilité d'accueillir un animal de compagnie,
- ~ Variété des profils de situation qui évite de stigmatiser le lieu, favorise une dynamique collective (notamment à travers la mixité générationnelle) et une ouverture sur l'extérieur,**
- ~ Une seule équipe médico-sociale, ayant un rôle de lien entre les personnes logées et hébergées intra-muros et celles qui sont dans des logements à l'extérieur,**
- ~ Adaptable au milieu rural ou urbain**

PROJETS RECENSES EN GIRONDE LORS DE L'ETUDE :

Nous avons donc pu recenser quelques projets¹⁰⁸ spécifiques aux personnes sans domicile vieillissantes ou destinés à les accueillir parmi un public diversifié.

• ASSOCIATION LE PETIT ERMITAGE :

- Projet de Maison Relais de 20 places du côté de Labrède en partenariat avec les bailleurs publics. Local trouvé mais nécessite de gros travaux de rénovation. Plateaux technique en voie de finalisation.
- Projet de microstructure pour les personnes vieillissantes Sans Domicile ne manifestant plus de possibilité de vie autonome: 7 places, validé par la DDASS, le Conseil Général et le FSL, financement multipartite.

• ASSOCIATION LE LIEN LIBOURNAIS :

- Expérience à l'étude : 4 logements en RPA mis à disposition par la ville de Libourne et financé au titre CHRS ; suivi des personnes par une équipe mobile du CHRS éclaté. Seulement une personne de 50 ans accueillie dans ces conditions, négociation en cours pour basculer sur une place RPA à titre dérogatoire.
- Réflexion sur l'élaboration de projet d'accueil de jour avec le CCAS: qui permettrait un meilleur repérage des publics vivant à la rue ou en squat dont vieillissants rencontrés par le service de médiation sociale
- Réflexion en cours sur un projet de Maison Relais dans le Libournais où les personnes vieillissantes pourraient être accueillies

- **Braud et Saint Louis :** Maison Relais accueillant des personnes sans domicile vieillissantes. Projet en cours d'élaboration.

- **ASSOCIATION LES TOITS DU CŒUR :** Réflexion sur un projet de résidence sociale qui pourrait accueillir des personnes sans domicile vieillissantes

- **CCAS BORDEAUX :** Projet de Maison Relais au sein du Foyer Leydet dans le cadre du projet de « ré-humanisation » du foyer.

Quelques actions de prévention et de maintien en logement avec :

- **ASSOCIATION SOS HABITAT ET SOINS :** Projet de SAMSAH s'adressant à des personnes en situation de précarité dont vieillissants.
- **ASSOCIATION REVIVRE-FOYER OZANAM :** Convention avec la MDSI pour accompagnement de proximité de personnes en situation de précarité en logement dont personnes vieillissantes.
- **CCAS AMBARES :** Création d'une cellule de veille en partenariat avec l'ADAV, sur les problématiques de personnes sans domicile hébergées contre travaux, le plus souvent par communauté de « gens du voyage » sédentarisés fortement implantés dans la commune.

¹⁰⁸ Les projets évoqués ici ne sont pas tous finalisés, n'ont pas tous été soumis aux autorités compétentes, quelques uns sont en cours de mise en œuvre après autorisation des autorités compétentes.

4. LA NECESSITE D'UNE LARGE CONCERTATION PARTENARIALE

La concertation partenariale est un impératif pour répondre à l'ensemble des besoins de la population et doit se faire à plusieurs niveaux institutionnels. Il s'agit avant tout **de fédérer les partenaires autour d'un projet commun**. Une concertation large avec les acteurs locaux favoriserait le repérage d'éventuels porteurs de projets et de potentiels porteurs institutionnels.

A la lueur des besoins repérés, il semble important que l'ensemble des partenaires sociaux contribuent à la recherche et à la mise en œuvre de nouvelles réponses. **Seule la mobilisation et le rapprochement des secteurs médico-social, social et sanitaire peut permettre une réelle amélioration de la prise en charge de cette population spécifique**. Etant donné la prégnance de situations de handicap et d'invalidité, et des problématiques de santé, **une réflexion large sur les modes de financement est recommandée**. Sur le terrain, nous l'avons dit, les clivages entre social et médico-social deviennent inopérants pour satisfaire les besoins de la population vieillissante. Ils constituent de véritables obstacles et blocages à la mise en œuvre des droits fondamentaux. Un rapprochement avec la CNSA et la MDPH est donc particulièrement recommandée.

De plus, à travers cette étude **nous avons repéré des blocages bien plus subjectifs qu'il semble important d'infléchir pour parvenir à une amélioration de la qualité des prises en charge des personnes sans domicile vieillissantes**. D'une part, les **coopérations inter-établissements sous forme de conventions** avec des structures accueillant des personnes âgées et/ou des personnes adultes handicapées sont primordiales. L'expérience réalisée par la SDAT à Dijon avec la « Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées » est un exemple de l'étendue des possibilités que peuvent offrir des partenariats formalisés avec des maisons de retraite et des R.P.A. (séjours d'« acclimatation » de personnes sans domicile vieillissantes dans les maisons de retraite, animations communes entre personnes âgées et personnes sans domicile hébergées, etc.). D'autre part, **la réticence des communes à créer des structures d'hébergement sur leur territoire doit être prise en compte et traiter institutionnellement**, car elle nuit actuellement à l'accompagnement de personnes sans domicile, en particulier en milieu rural.

Rappelons que **les acteurs de terrain mettent aussi en avant un besoin de concertation, et ont démontré leur volonté de s'impliquer dans des groupes de réflexion ou de travail sur la recherche de solutions adaptées à la population sans domicile vieillissante**. L'intérêt de groupe de travail avec des professionnels de terrain n'est pas négligeable. Au-delà, du cadre d'échanges de pratiques (qui cela dit doit être encouragé et consolidé entre les différents secteurs de prise de charge), la mise en œuvre de groupes de travail interprofessionnels et associatifs favoriseraient le **repérage d'initiatives de terrain pertinentes mais non formalisées (les solutions de bricolage)**. Ainsi, des modalités de réponses pourraient s'orienter vers des **partenariats atypiques** correspondants aux souhaits des personnes et à la satisfaction de leurs besoins.

De plus, impliquer les professionnels de terrain dans le processus de réflexions amenuiserait les risques de résistance au changement. **Pour pouvoir s'approprier les projets, les acteurs de terrain ne doivent pas avoir le sentiment qu'un énième projet est « parachuté » en urgence, la réussite et l'efficacité des éventuelles nouvelles structures en dépendent**. *« La crédibilité des services de l'Etat peut être mise à mal par les capacités de réponses éloignées des annonces nationales. Les actions initiées dans l'urgence et dans la non anticipation des objectifs et donc des masses budgétaires ne permettent pas toujours au plan local de conduire une réelle action sociale. La réalité du terrain conduit souvent à l'urgence (personne à la rue) sans avoir ensuite les moyens de mener une action à plus long terme d'accompagnement de publics ou d'impulsions de nouvelles actions »*¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Conseil d'administration de l'APIASS. « Mise en œuvre des politiques publiques... réflexions sans état d'âme », Dossier Régional Ile de France, L'hébergement et l'accès au logement », IASS La Revue, n°59, Mars 2009.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes rencontrées en entretien ou sollicitées à travers des contacts téléphoniques pour les informations qu'elles nous ont transmises, les avis et les attentes dont elles nous ont fait part. Nous tenons également à remercier particulièrement les personnes hébergées qui se sont portées volontaires pour participer à l'enquête.

Associations et services

Association APAFED : Madame BAUDIER, Responsable du CHRS.

Association REVIVRE « Saint Vincent de Paul » : Monsieur HAUQUIN, Responsable du CHRS Saint Vincent de Paul ; Monsieur HERVE PIERRE, Responsable du C.H.R.S. OZANAM ; et leurs équipes.

C.A.I.O. (Centre d'Accueil, d'Information, d'Orientation): Monsieur RIBARDIERE, Responsable de la PAPE et du Service Accompagnement Social; Monsieur DULUC, Responsable de l'Observatoire Départemental du Logement d'Urgence et Temporaire et du 115 Gironde; l'équipe du 115 et l'équipe du CAIO.

CHRS Le Petit Ermitage : Monsieur COLSON, Directeur et son équipe.

CHRS Le Lien Libournais : Madame FERNIE, Responsable du CHRS et son équipe.

Diaconat de Bordeaux : Monsieur RIX, Directeur, Monsieur SAMSON, Coordonateur des Maisons Relais « Sichem » et « Béthel » et son équipe dont Monsieur SAL, Travailleur social; Monsieur ACHIROU, Infirmier Coordonateur du Diaconat ; Madame DALLY, Responsable du CHRS « Foyer des Capucins » et son équipe; Madame GUIBERT, Responsable du Service RMI et son équipe; Monsieur RIVIERE, Responsable du « Foyer MAMRE » et son équipe.

Emmaüs 33 « Urgence Sociale » : Monsieur GARNIER, Responsable; Mme SOLARI, Travailleur social ; l'équipe d'Emmaüs 33.

Halte 33 : Madame HERISSON, Directrice, Madame MUSCATELLI, Travailleur social.

La Maison de Marie : Madame BIANCO-BRUN, Responsable et son équipe.

Les Toits du cœur : Madame BOUVET, Responsable du service Logement et son équipe dont Monsieur MOREAU, travailleur social.

Maison Relai PRADO 33 : Monsieur CHAINZI, Travailleur social et l'équipe de la Maison Relai

Médecins du Monde : Dr Adam, Responsable.

SAMU Social (PRADO 33): Docteur BODIN, Directeur du SAMU Social et du Foyer Noutary et son équipe.

Service MODIL-PRADO : Monsieur JANIN, Travailleur social.

Société Saint Vincent de PAUL : Madame QUEMENER, Travailleur social à la « Maison Arpin Ozanam ».

SOS Habitat et Soins: Madame GAUVRIT, Directrice et son équipe dont Madame POUGEARD, Travailleur social.

Services Sociaux de Droit Commun

CCAS Ambarès : Mesdames YAMEOGO et PUICAVEAU Travailleurs social.

CCAS de Bordeaux : Madame LEBRUN, Responsable du Pôle Insertion ; Madame DAGNEAU, Responsable à la Direction de Actions Gérontologiques ; Monsieur TOMASELLA, Responsable du Centre d'Accueil d'Urgence (C.A.U.) Leydet et du CHRS Nansouty, et ses équipes dont Madame GRELIER; Madame GARS, Responsable de la Maison Relai « Martin Videau » et son équipe.

CCAS de Coutras : Madame DEFLEURY, Travailleur social.

CCAS de Libourne: M. BOUZABOUL, Travailleur Social au Service Médiation Sociale.

CCAS de Pessac : Mme DARLON, Travailleur social.

Centre Hospitalier de Cadillac : Madame BRANA, Responsable du Service Social

CLIC de La Réole : Mme CHABEAU, Infirmière Coordinatrice.

CLIC de Bordeaux : Mme TUAILLON, Travailleur social.

MDSI d'Audenge : Monsieur GALLOU, Responsable.

MDSI de Bazas : Madame TUILLIER, Responsable ; Madame CHANCELET, Travailleur social.

MDSI de Blaye : Madame BORDERI, Responsable.

MDSI de Cadillac : Mme HIERRY, Responsable.

MDSI de La Réole : Madame LEUDE, Responsable.

Mutualité Sociale Agricole du Blayais : Mme CHERUBINI, Travailleur social.

Mutualité Sociale Agricole Bordeaux (Siège) : Mme GRANDGUILLLOT, Responsable.

P.A.S.S. de l'Hôpital Pellegrin de Bordeaux: Madame Arhex, Travailleur social.

P.A.S.S. de l'Hôpital Pasteur de Langon : Monsieur CAMPAS, Travailleur social

P.A.S.S. de l'Hôpital Saint André, le Centre d'Albret: Madame LAURENT, Travailleur social.

P.A.S.S. du secteur Cadillac : Monsieur GUINARD, Travailleur social.

Divers Participants

Association La Traverse: Monsieur LHORT, Responsable de la Maison Relai de Mende (48).

Association Yvonne Malzac: Monsieur NOUANI, Directeur de l'Association et Responsable du CHRS de Mende (48).

Association M.A.I. 33. : Mme Ponce.

A-Urba : Madame MANNING.

Mairie de Talais

Société Dijonnaise de l'Assistance par le Travail (SDAT): Madame BERTHAUD, Coordinatrice de la Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées (MAPAM) (21).

Outre ces entretiens, nous tenons également à remercier l'ensemble des services et associations qui ont participé à l'enquête par questionnaires pour les informations transmises et le temps qu'ils y ont consacré.

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD-HOHM, M.C., et al., 2006, *Vieillir dans la métropole bordelaise*, Les Cahiers Techniques de l'Agence d'URBANisme Bordeaux Métropole Aquitaine, Complex'cité n°2 .

BROUSSE et al., 2002, « Hébergement et distribution de repas chauds : Qui sont les sans domiciles usagers de ces services ? », I.N.S.E.E. Première n° 824

CHAMBAUD, L., 2007, *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri, Rapport Initial*, IGAS.

ENNUYER, B. 2003, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod, Paris.

FAZANI, M., BAHADOURIAN, M., DOUSS GUELLA, S., 2009, *Etude de faisabilité d'une configuration sociale pour migrants âgés en Gironde*, Association du Lien Interculturel Familial et Social.

GLANDUS, L., 2009, *Vieillesse des sujets en situation de précarité. Analyse de la littérature et étude du profil médico-social des sans-abri de plus de 60 ans accueillis au centre d'hébergement d'urgence Leydet de Bordeaux du 2 au 18 juin 2008*, Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université Bordeaux II.

KIHAL-FLEGEAU, N., « Les IASS et la pratique de l'ingénierie sociale », Dossier Régional Ile de France, L'hébergement et l'accès au logement », IASS La Revue, n°59, Mars 2009.

LAPIERRE-MAROT, A., 2006, *Inégalités de revenus et pauvreté chez les personnes âgées*, Master 2 « Économie et gestion des activités sociales et médico-sociales », Université Paris-Dauphine.

LALLEMAND, D., CATAHIER, S., 2004, *Guide des C.H.R.S. : Références et évolutions*, Edition ASH, Paris.

MARABET, B., 2002, *Les personnes handicapées âgées dans les structures pour adultes handicapés en Aquitaine* », CREAHI d'Aquitaine.

MARABET, B., 2002, *Les personnes handicapées âgées dans les établissements pour personnes âgées en Aquitaine*, CREAHI d'Aquitaine.

MARABET, B., 2003, *Les personnes handicapées âgées dans les services psychiatriques et de soins longue durée en Aquitaine*, CREAHI d'Aquitaine.

ENQUETE SD2001, INSEE Méthodes, N°116, Août 2006.

ENQUETE PERMANENTE SUR LES CONDITIONS DE VIE, INSEE, Mai 2001.

ENQUETE ES 2004, *Clientèle accueillie en urgence dans les CHRS*, 2008.

RAPPORT DE L'EQUIPE MOBILE SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE, *Mortalité des Personnes Sans Abri à Marseille: Premières données et premières analyses*, Médecins du Monde, Janvier 2009.

RAPPORT DE LA MIPES 2008, *Recueil Statistique relatif à la pauvreté et la Précarité en Ile de France au «31 décembre 2007*, Décembre 2008,

RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE 2007-2008, La Documentation Française, 2008, Paris.

LE LOGEMENT ADAPTE DANS LE DEPARTEMENT DE LA SARTHE, *Guide Méthodologique*, DDE de la Sarthe, 2007.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'APIASS, *Mise en œuvre des politiques publiques... réflexions sans état d'âme*, Dossier Régional Ile de France : L'hébergement et l'accès au logement, IASS La Revue, n°59, Mars 2009

SYNTHESES DES INTERVENTIONS ET ATELIERS DU 1^{ER} CONGRES NATIONAL DES FONDS SOLIDARITE LOGEMENT sur le lien suivant : http://www.gironde.fr/cg33/jcms/c_21889/congres-national-des-fonds-solidarite-logement

GLOSSAIRE

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé
A.L.T. : Aide au Logement Temporaire
A.M.E. : Aide Médicale Etat
A.M.P. : Aide Médico-Psychologique
A.N.P.A.A. : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
A.P.A. : Aide Personnalisée à l'Autonomie
A.P.I. : Allocation de Parent Isolé
A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance
A.S.P.A. : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
A.S.S. : Allocation de Solidarité Spécifique
C.A.I.O. : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation
C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Social
C.E.S.F. : Conseillère en Economie Sociale et Familiale
C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
C.M.U. : Couverture Maladie Universelle
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
C.N.L.E. : Conseil National de Lutte contre les Exclusions
C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.R.A.M. : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
C.U.B. : Communauté Urbaine de Bordeaux
D.A.L.O. : Droit Au Logement Opposable
D.D.E. : Direction Départementale de l'Equipeement
G.I.R. : Groupe Iso-Ressources
M.D.P.H. : Maison Départementale des Personnes Handicapées
M.D.S.I. : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole
O.N.P.E.S. : Observatoire National de la Précarité et de l'Exclusion Sociale
P.A.R.S.A. : Plan d'Action Renforcé en direction des personnes Sans Abri
P.A.S.S. : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
P.D.A.L.P.D. : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
P.L.A.I. : Prêt Locatif Aidé d'Insertion
P.L.A.T.S. : Prêt Locatif Aidé Très Social
P.O.S.S. : Plate-Forme d'Observation Sanitaire et Sociale
P.R.A.P.S. : Programmes régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins
R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion
R.P.A. : Résidence pour Personnes Agées
R.S.A. : Revenu de Solidarité Active
S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
S.A.V.S. : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.D.A.H.I. : Schéma Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion
S.P.I.P. : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation