



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

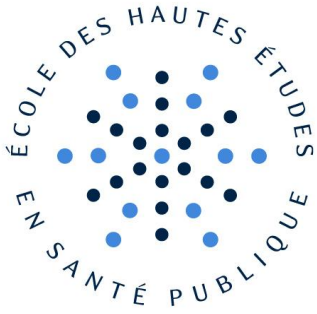
– 2014 –

**« LE CONSENTEMENT AUX SOINS DES
PERSONNES A LA RUE »**

– Groupe n° 11 –

- **Frédérique Annane**
 - **Carole Brizard**
 - **Annick Delpech**
 - **Philippe Faugeron**
 - **Marie Francony**
 - **Virginie Lafage**
 - **Laetitia Larrieu**
 - **Marie Mehu**
 - **Amandine Papin**
 - **Mario Redaelli**
- Camille Zami**

Animateur
Michel Legros



E H E S P

Sommaire

Introduction.....	1
1 Face à un système de santé insuffisamment adapté, certaines personnes à la rue, fragilisées par leur désocialisation, ne consentent pas aux soins.	4
1.1 La vie à la rue freine le recours et le consentement aux soins de personnes sans abri présentant pourtant un cumul de pathologies.....	4
1.2 L’organisation actuelle du système de santé nuit au consentement, et les dispositifs spécifiques d’accès aux soins ne répondent pas actuellement à cet enjeu.	8
2 L’enjeu aujourd’hui est de favoriser le consentement aux soins et l’adhésion à la démarche thérapeutique, en respectant les principes éthiques et les impératifs juridiques.	14
2.1 L’obligation de soins peut être une réponse à des situations spécifiques mais sa généralisation est inenvisageable.	14
2.2 D’autres perspectives sont à envisager afin de favoriser l’adhésion des personnes à la rue à la démarche de soins.	21
Conclusion.....	28
Bibliographie	I
Liste des annexes	VIII

Remerciements

Nous tenons à adresser toute notre reconnaissance à Monsieur Michel LEGROS, Vice-président du conseil des formations de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), membre de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) et correspondant français du réseau européen des experts en matière de pauvreté et d'inclusion sociale, de nous avoir encadrés et conseillés tout au long de ce module interprofessionnel.

Nous remercions aussi l'EHESP de nous avoir rassemblés en interfiliarité autour du thème du consentement aux soins des personnes à la rue, nous permettant ainsi d'apprécier nos approches parfois différentes, souvent complémentaires et toujours enrichissantes.

La réalisation de ce rapport a été possible grâce au concours des professionnels de terrain qui ont accepté de nous consacrer une part de leur précieux temps pour nous faire partager leur expérience et leur approche de la précarité : directeurs d'établissement et d'association, médecins, cadres de santé, infirmiers, travailleurs sociaux, animateurs et éducateurs. Nous tenons également à remercier les experts et chercheurs qui ont enrichi notre analyse de leurs connaissances et de leur réflexion dans les disciplines du droit, de la sociologie et de la santé publique.

Enfin, ce travail de réflexion n'aurait pu être complet sans donner la parole aux premiers concernés, les personnes sans abri. A ce titre, nous remercions chaleureusement les deux personnes vivant dans les rues de Rennes qui ont accepté d'aborder avec nous la question de leur santé, ainsi que la personne rencontrée à l'accueil de jour de l'ABEJ à Lille. Ces échanges nous ont permis de mieux comprendre les attentes des personnes précaires vis-à-vis du système de santé et d'ajouter une approche sensible à notre travail d'analyse.

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ABEJ : Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE: Aide Sociale à l'Enfance

BHCHP: *Boston Health Care for Homeless Program*

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CCNE : Conseil Consultation National d'Ethique

CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale des Soins

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESI : Espace Solidarité Insertion

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GAF : Groupe Amitié Fraternité de Toulouse

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades atteints d'Alzheimer
MIG : Mission d'Intérêt Général
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OSL : Observatoire Social de Lyon
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PACA: Provence Alpes Côte d'Azur
PAERPA: Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDF : Sans Domicile Fixe
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
T2A : Tarification à l'Activité
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Le visage de la pauvreté en France a changé. Elle touche aujourd'hui toutes les catégories de populations : femmes, jeunes travailleurs comme familles. D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), qui calcule la pauvreté en se référant au seuil de 60 % du niveau de vie médian, plus de 8,2 millions de personnes en France seraient concernées, soit 13,5 % de la population¹. Parmi ces personnes en situation de pauvreté, il est moins aisé d'identifier les personnes en grande précarité, qui ne bénéficient d'aucun logement (personnes à la rue ou en hébergement précaire, insalubre ou d'urgence). La dernière enquête de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) évaluait à 133 000 le nombre de personnes sans domicile² soit une augmentation de 50 % du nombre de personnes à la rue par rapport aux premiers chiffres de l'année 2001 (86 000 personnes concernées). Or, en dix ans, la population des sans-abris a changé : Aujourd'hui, ils sont à 39 % étrangers (dont 25 % de francophones), les moins de 49 ans sont surreprésentés, 25 % d'entre eux ont un emploi³.

Les inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les plus vulnérables. Ainsi, l'ONPES estime que 15 % de la population est dans une situation de non-recours aux soins, pour des raisons diverses, financières, logistiques ou de complexité administrative. Parallèlement, Médecins du Monde produit des chiffres un peu différents, basés uniquement sur les populations fréquentant les Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO). Selon l'association, 43 % des usagers ont recouru trop tardivement aux soins, et 22 % auraient renoncé à se soigner durant l'année 2012⁴. S'il n'existe pas de données propres aux personnes à la rue, on peut légitimement présumer que l'association des chiffres précédents est une représentation relativement réaliste de leur situation vis-à-vis des soins. Une grande partie des non-recours aux soins est incontestablement liée à des difficultés d'accès d'ordre économique, mais il ne faut pas exclure d'autres facteurs. Ainsi, professionnels de terrain comme pouvoirs publics s'accordent à

¹ ONPES (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale). *Crise économique, marché du travail et pauvreté*. 2011-2012, 134 p

² BRIANT, P., DONZEAU, N., Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles, La situation dans les années 2000. *Insee Première*, janvier 2011, n°1330

³ Il est à noter que c'est la région Île-de-France, en raison de son poids dans la population totale, qui concentre le plus grand nombre de personnes sans-abris.

⁴ Médecins du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France : rapport 2012*. Paris, 2013, 208 p.

dire que le refus de se faire soigner existe. Pourtant, peu de données chiffrées nous renseignent sur la portée de ce phénomène. L'état de santé des personnes à la rue est épisodiquement médiatisé, notamment lors des périodes de grand froid, amenant les pouvoirs publics à s'emparer de l'enjeu de l'accès aux soins des personnes les plus précaires. En témoigne notamment le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013⁵, qui prévoit la possibilité d'intégrer aux rémunérations des équipes de soins de proximité des objectifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Pourtant, la question de la non-acceptation des soins par les personnes à la rue n'est que rarement étudiée. Elle aurait cependant le mérite d'ouvrir la réflexion sur les éventuelles limites du système de santé, et ainsi de favoriser le recours aux soins de ces personnes. C'est pourquoi ce rapport visera à approfondir cette problématique.

Les personnes à la rue ne constituent pas un groupe homogène et présentent des catégories très diverses. Pour autant, le profil de cette population est dessiné dans diverses études statistiques : elle comprend essentiellement des hommes (à 94 %), avec une moyenne d'âge de 44 ans, et dont la moitié est née en France. Le nombre de familles sans logement augmente également (46% sont monoparentales)⁶. Néanmoins, le groupe s'est également accordé à considérer que les principaux facteurs pouvant avoir un impact sur le rapport aux soins de ces personnes sont l'isolement physique ainsi que leur désocialisation. C'est pourquoi notre analyse se réduira à une partie de cette population et ne prendra pas en compte les « *zonards* »⁷, dans la mesure où ils présentent une culture commune atypique. Les populations vivant en campement, majoritairement roms, ne répondent pas non plus à la cible étudiée car elles ont un mode de vie communautaire assez structuré, qui s'oppose aux facteurs définis précédemment. De plus, il convient de préciser que les gens du voyage, ne serait-ce que par leur choix d'appartenir à une communauté itinérante, ne peuvent naturellement pas être considérés comme des personnes à la rue. Enfin, le cas des mineurs ne sera pas totalement exclu mais fera l'objet d'un traitement assez succinct dans la mesure où leur situation nous semble mieux encadrée, et ainsi moins problématique.

La non-acceptation des soins est juridiquement définie. Elle renvoie à la notion de consentement libre et éclairé, établie dans la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner : « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce*

⁵ Comité interministériel de lutte contre les exclusions. *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. Sous la responsabilité du Premier Ministre, 2013, 51 p

⁶ BRIANT, P., DONZEAU, N., Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles, La situation dans les années 2000. *op.cit.*

⁷ Tristana PIMOR les définit comme un groupe de jeunes présentant des similitudes dans les goûts vestimentaires, musicaux, dans l'idéologie et présentant des normes et des valeurs communes qui régissent leur quotidien et leur mode de vie. Elle précise que les sociologues se réfèrent à eux comme des « jeunes en errance ». PIMOR, T. *En famille dans la rue. Trajectoires de la rue et carrières zonardes*. Doctorat de Science de l'Éducation, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, 2012

consentement peut être retiré à tout moment »⁸. Le recueil du consentement est donc particulièrement encadré, ce qui n'est pas sans créer des contraintes pour les personnels de santé dans la prise en charge des usagers. Cette problématique est amplifiée chez les personnes de la rue au regard des difficultés que présentent déjà leur prise en charge sanitaire. Or, l'objet de ce rapport est de démontrer que leur accès aux soins ne saurait être optimal tant que la question du consentement ne sera pas prise en compte.

Dès lors, au sein d'un système de santé qui peine à prendre en compte l'exclusion, quelles démarches engager pour favoriser le consentement aux soins des personnes à la rue ?

Pour répondre à cette question, il a semblé essentiel au groupe d'aller à la rencontre de divers professionnels : des personnes à la rue, dans la mesure où elles sont les premières concernées ; des experts, car cette interrogation n'est pas sans soulever des enjeux éthiques et juridiques ; des professionnels de terrain, puisqu'ils y sont confrontés quotidiennement et apportent ainsi un éclairage très pragmatique au sujet. La réflexion et la structure du présent rapport ont ainsi été construites sur la base de ces témoignages⁹.

Dans un premier temps, il convient de s'intéresser aux racines de ce phénomène, avant d'envisager dans une seconde partie des perspectives pour amener ces populations à se positionner en véritables usagers du système de santé.

⁸ Article 11 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiant l'article L1111-4 du CSP (Code de la Santé Publique)

⁹ Pour une méthodologie plus détaillée, cf. Annexe n°2

1 Face à un système de santé insuffisamment adapté, certaines personnes à la rue, fragilisées par leur désocialisation, ne consentent pas aux soins.

Le renoncement¹⁰ aux soins est la conséquence des difficultés d'accès aux soins mais également de comportements de refus de soin. Ainsi, sans qu'aucune estimation chiffrée ne soit disponible, le refus de se rendre dans une structure de soins, la difficulté à accepter les prises en charge thérapeutiques et à supporter les contraintes de traitements sont des comportements récurrents chez certaines personnes vivant à la rue¹¹. Ces refus de se faire soigner concernent essentiellement les personnes les plus marginalisées, et dans une moindre mesure le reste des personnes précaires¹².

Selon la typologie retenue par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), le renoncement aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique¹³, prend deux formes principales : le renoncement barrière, lié aux contraintes dans l'accès aux soins, et le renoncement refus, ces deux formes étant fréquemment associées¹⁴. Ainsi, le renoncement aux soins peut être l'expression, chez les personnes les plus marginalisées, d'un refus qui s'explique par des facteurs variés tenant aux caractéristiques des personnes à la rue (A) mais également à l'inadaptation des parcours thérapeutiques existants (B).

1.1 La vie à la rue freine le recours et le consentement aux soins de personnes sans abri présentant pourtant un cumul de pathologies

« La santé est le trésor le plus précieux et le plus facile à perdre ; c'est cependant le plus mal gardé. »

E-P CHAUVOT DE BEAUCHENE¹⁵

¹⁰Selon la définition retenue par l'IRDES, « les individus renoncent aux soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou lorsqu'ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ».

¹¹ Entretien n° 28 - BENOIST, Y. Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

¹² DAMON, J. *La question SDF. Critique d'une action publique*. Paris : PUF, 2002, 278 p. - DESPRES, C. Le renoncement aux soins, une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, octobre 2011, n°169

¹³ Les personnes à la rue, en particulier les clochards, alternent souvent la négligence ou le refus de soins et l'acceptation des soins, des périodes de suivi thérapeutique et des périodes de fugues. Nombre d'usagers s'en vont lorsque la maladie n'est plus un handicap pour revenir dès qu'elle réapparaît. BENOIST Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 2008-3, vol 26, p. 5-34

¹⁴ DESPRES, C. Le renoncement aux soins, une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, octobre 2011, n°169

¹⁵ CHAUVOT DE BEAUCHENE, E-P. *Maximes, réflexions et pensées diverses*. Paris : Dentu, 1819, 259 p.

La précarité impacte négativement le développement physique, psychologique et social des personnes sans abri, qui présentent un état de santé très dégradé par rapport à la moyenne nationale. Compte tenu du manque de données épidémiologiques, la majorité des données de morbidité provient, en France, d'enquêtes réalisées dans des dispositifs de soins et exclut *de facto* les personnes ayant renoncé aux soins. Malgré leurs limites, ces enquêtes apportent des éclairages intéressants et confirment un taux de mortalité accru. Ainsi, les personnes sans domicile ont une espérance de vie très inférieure à la moyenne nationale. Selon Médecins du Monde, l'âge moyen de décès des personnes sans domicile est de 41 ans pour les femmes et de 56 ans pour les hommes, contre respectivement 84 ans et 77 ans dans la population générale¹⁶. Ces chiffres sont confirmés par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), qui évalue l'espérance de vie des personnes à la rue à 45 ans¹⁷.

Cette mortalité prématurée s'explique par la sur-morbidité globale des personnes à la rue, la prévalence des pathologies somatiques étant beaucoup plus importante que dans la population générale. Selon une enquête INSEE de 2001, 16 % des personnes sans domicile fréquentant les services d'aide (structures d'hébergement d'urgence et services de distribution de repas chauds) s'estimaient en mauvaise santé contre 6 % des personnes disposant d'un logement personnel. Quelle que soit l'affection considérée, sa prévalence est toujours plus importante chez les usagers des services d'aide que dans l'ensemble de la population. Ainsi, dans la population des sans-abris, les maladies déclarées les plus fréquentes sont la migraine, les maladies respiratoires, les séquelles d'accidents graves, les maladies du système digestif, les désordres alimentaires, les maladies de la peau (essentiellement les parasitoses et les candidoses) ainsi que les problèmes bucco-dentaires¹⁸. Les maladies transmissibles sont également plus fréquentes : le taux de déclaration de la tuberculose est trente fois plus élevé parmi cette population. Par ailleurs, la population accueillie dans les CASO franciliens présente une prévalence du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) de 2,7 %, de l'Hépatite B de 6 %, soit quatorze fois la prévalence nationale, et de 5,9 % pour celle du Virus de l'Hépatite C, soit sept fois plus que la population générale¹⁹. Globalement, l'enquête démontre que l'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée de vie passée dans la rue²⁰. De surcroît, les pathologies psychiques, bien que mal évaluées, concernent un tiers des personnes sans domicile. Selon l'enquête SAMENTA de 2009, 31 % des personnes à la rue sont atteintes de troubles

¹⁶Médecins du Monde. *Mortalité des personnes sans abris à Marseille. Premières données et premières analyses*. Marseille, 2009, 8 p.

¹⁷INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, « les inégalités sociales de santé en 2006 », 27 janvier 2007

¹⁸ Pour les données chiffrées cf. Annexe n°1

¹⁹Observatoire de l'accès aux soins de la mission France-Rapport d'activité 2012-Octobre 2013

²⁰ Annexe n°1

psychiatriques sévères, soit 13 % de troubles psychotiques, 7 % de troubles de l'humeur et 12 % de troubles anxieux. Les troubles psychotiques, majoritairement des schizophrénies, représentent les pathologies les plus graves et les plus fréquentes dans cette population, avec une prévalence huit à dix fois supérieure par rapport à la population générale²¹. Enfin, la dépendance ou la consommation régulière de substances psycho-actives (alcool, drogues illicites et / ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix (28,5 %). Il convient de relever que l'alcoolisation excessive, qui concerne 21 % des personnes à la rue, majoritairement des hommes, s'observe essentiellement dans la catégorie la plus marginalisée de ces personnes²².

Malgré le mauvais état de santé général des personnes à la rue, leur demande de soins est plus rare et plus tardive que celle de la population générale. De manière générale, leur recours aux soins s'est amélioré : ainsi, plus de 80 % des personnes sans domicile consultent au moins un médecin dans l'année²³, soit une fréquentation comparable à celle de l'ensemble de la population. Par ailleurs, la plupart des personnes à la rue suivent leurs traitements²⁴. En effet, le fait de perdre son logement n'implique pas la perte définitive de la cohérence des actes de santé, la santé constituant, pour de nombreuses personnes à la rue, un capital à préserver pour poursuivre des projets d'insertion²⁵. Ainsi le service médical du Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri (CHAPSA) de Nanterre souligne la forte demande de soins des primo-arrivants, en comparaison notamment aux populations traditionnellement hébergées, cette demande étant en partie liée aux bénéfices secondaires attendus, dont le placement en hébergement ou l'obtention d'un titre de séjour²⁶. Toutefois, le recours aux soins reste souvent tardif et concerne des pathologies plus graves que dans la population générale : selon les données recueillies par Médecins du Monde en 2012, de nombreuses personnes sans domicile recourent tardivement aux soins et près de 40 % nécessitent des soins urgents lors de leur passage en consultation. De fait, le ratio hospitalisation / consultation des personnes sans domicile est plus élevé que dans la population générale, ce qui indique que ces patients font appel au système de soins plus tardivement que la

²¹ LAPORTE, A. & CHAUVIN, P. (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Paris : Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, 2010, 227 p.

²² *Ibid.*

²³ La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n° 893 - LAPORTE, A. & CHAUVIN, P. (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Paris : Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, 2010, 227 p. - DELAROCHERE, B. La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n° 893.

²⁴ Ainsi par exemple, 79 % des épileptiques et 87 % des diabétiques suivent leurs traitements. GARDELLA, E. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans abris. *Sciences sociales et santé*, 2008/3, vol 26, pp. 35-46

²⁵ GARDELLA, E. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans abris. *Sciences sociales et santé*, 2008/3, vol 26, pp. 35-46

²⁶ Entretien n° 28

population générale, quand la pathologie est plus grave ou plus avancée²⁷. De surcroît, le suivi médical en matière psychiatrique est très défaillant : au moment de l'enquête SAMENTA, seules 18 % des personnes présentant un trouble psychiatrique déclaraient être suivies et 71 % d'entre elles étaient en rupture de soins²⁸.

La faible demande de soins des personnes à la rue est avant tout à lier aux caractéristiques des personnes à la rue qui peuvent entraîner, chez les plus marginalisés, un refus de se faire soigner. Tout d'abord, la prévalence importante des pathologies psychiques est souvent invoquée pour expliquer une résistance aux soins²⁹. Ensuite, le rapport au corps et à la maladie des personnes vivant à la rue les conduit souvent à occulter leurs problèmes. On observe en effet chez les plus marginalisés un « *désinvestissement du corps* », qui peut se traduire en pratique par un recul du souci de soi et de l'hygiène et par un seuil très élevé de tolérance à la souffrance psychique, alors que la douleur physique est bien présente³⁰. Comme l'explique Jean FURTOS³¹, psychiatre et spécialiste de la souffrance psycho-sociale, ce syndrome d'auto-exclusion sociale entraîne « *une abolition de la demande* »³². Placées dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir, les personnes à la rue ne reconnaissent souvent la maladie qu'à partir du moment où elle devient un handicap pour la réalisation des activités quotidiennes³³, leur rapport au temps et à autrui étant spécifique³⁴. Par ailleurs, la satisfaction des besoins primaires et immédiats prime sur la santé³⁵. Ainsi que le résumait un psychologue interrogé, « *quand un SDF se réveille, il a froid et son truc, c'est d'une part récolter des sous pour s'acheter de l'alcool, du tabac ou de la nourriture, c'est où planquer mes sacs et c'est où je vais pouvoir passer la nuit prochaine. Le reste n'a pas de sens.* »³⁶. La dépendance aux substances psycho-actives explique également une partie des réticences des

²⁷ Une personne sur trois a été hospitalisée au moins une nuit au cours de l'année soit trois fois plus souvent que l'ensemble de la population (Insee, 2001) - DELAROCHERE, B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n° 893.

²⁸ LAPORTE, A. & CHAUVIN, P. (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Paris : Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, 2010, 227 p.

²⁹ DECLERCK, P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001, 458 p.

³⁰ Entretien n° 14 et 28 - DECLERCK, P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001, 458 p. - DEQUIRE, A-F. Le corps des sans domicile fixe - De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Recherches et éducation*, septembre 2010, pp. 261-290

³¹ FURTOS, J. *Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin*. Communication présentée à la Journée interrégionale Bretagne et Pays de Loire « Santé mentale et précarité », Rennes, 2007

³² BURLET, L., TERRA, P. Jean Furtos : « Cadres et SDF sont atteints de la même pathologie ». *Lyon Capitale*, consulté le 7 mai 2014 à http://www.lyoncapitale.fr/Journal/Lyon/Actualite/Actualites/Div_ers/Jean-Furtos-Cadres-et-SDF-sont-atteints-de-la-meme-pathologie

³³ BENOIST, Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

³⁴ Leur vie n'étant plus rythmée par des activités sociales, ils réduisent au minimum les rituels de l'échange et de la rencontre. REDAELLI, Mario, 2011-2012, *La prise en charge des usagers précaires : un enjeu d'avenir pour l'hôpital public*, mémoire de master, Sciences-Po Lyon, Lyon

³⁵ PARIZOT I. *Soigner les exclus*. Paris : PUF, 2003, 256 p

³⁶ Entretien n°9

personnes à la rue à utiliser les services médicaux, car elles redoutent davantage les effets du manque que les conséquences d'une aggravation de leur pathologie³⁷. De même, il est fréquent que les personnes sans abri refusent des prises en charge qui leur apparaissent trop contraignantes afin de ne pas alourdir un quotidien jugé pénible, notamment pour certaines pathologies chroniques comme les cancers³⁸. Enfin, et de manière paradoxale, des professionnels de terrain considèrent que l'absence de suivi des prescriptions thérapeutiques permet aux usagers de continuer à fréquenter les centres de soins³⁹ répondant ainsi à un certain besoin d'être « *maternés* »⁴⁰.

1.2 L'organisation actuelle du système de santé nuit au consentement, et les dispositifs spécifiques d'accès aux soins ne répondent pas actuellement à cet enjeu.

« *Avec le clochard, la compassion n'est jamais loin de la violence, la charité de la haine* »⁴¹

Pascal BRUCKNER

Les refus de se faire soigner et la non-observance des traitements tiennent également au fonctionnement et à l'organisation du système de soins articulé entre dispositifs universalistes et dispositifs dédiés aux sans-abris.

Concernant le système de droit commun, certaines personnes vivant à la rue renoncent à se faire soigner car elles ont intériorisé les réticences ou l'incapacité du corps médical à les prendre en charge⁴². Le système de soins de premier recours est d'abord organisé autour d'une offre de soins libérale de médecins généralistes. Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)⁴³, ils constituent le pivot du système de soins en ayant notamment un rôle de prévention, de diagnostic et d'orientation vers les soins spécialisés. Ils sont conventionnés par l'assurance maladie et sont donc amenés à répondre à certains objectifs de santé publique, notamment en modérant leurs dépassements d'honoraires. Si ce rôle est essentiel pour le fonctionnement de notre système de soins, certaines dérives dans l'exercice libéral de la médecine font obstacle à l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. A titre d'illustration, d'après une enquête réalisée par *testing*

³⁷ BENOIST, Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

³⁸ Entretien n° 28 - BENOIST, Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

³⁹ Entretien n°14

⁴⁰ Mis en évidence par Patrick DECLERCK (2001)

⁴¹ BRUCKNER, P. *La maison des anges*. Paris : Grasset, 2013, 320 p.

⁴² DEQUIRE, A-F. Le corps des sans domicile fixe - De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Recherches et éducation*, septembre 2010, pp. 261-290

⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

auprès de médecins généralistes sur dix villes françaises en 2006 par Médecins du Monde, on peut noter une moyenne de 37 % de refus de soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de 10 % de refus pour ceux bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU)⁴⁴⁴⁵. Les refus de soin et les dépassements d'honoraires sont encore plus fréquents pour les services de spécialité qui restent d'ailleurs souvent considérés comme des soins de confort ou de luxe par les personnes démunies. Par exemple, 40 % des patients sans domicile présentent des affections bucco-dentaires non soignées⁴⁶.

Cette réalité et sa représentation par les personnes sans abri les dissuadent de recourir aux soins de ville. La personne rencontrée à l'accueil de jour de l'Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (ABEJ) à Lille indiquait ne pas s'être rendue dans un cabinet de ville depuis les cinq années qu'il se trouvait à la rue. Au-delà du regard des autres patients et du médecin lui-même, il avait intégré *a priori* une situation de rejet de la part des praticiens libéraux⁴⁷.

Comme son étymologie le rappelle⁴⁸, l'hôpital se cantonnait à l'origine à une mission d'hospitalité. Il se chargeait de recueillir, nourrir et héberger les nécessiteux, faute de savoir ou pouvoir les guérir. Depuis la loi du 21 décembre 1941, l'hôpital est devenu un « *centre de santé ouvert à tous* »⁴⁹, avec une vocation médicale et plus seulement sociale. Avec les réformes successives, l'hôpital a évolué vers une structure technicisée et médicalisée, passant ainsi de « *lieu d'hébergement* » à « *lieu de passage* »⁵⁰. Dans ce contexte, la prise en compte de la situation sociale des patients est devenue de plus en plus complexe. Au vu de cette évolution, les services d'urgence restent une porte d'entrée ouverte sur la rue, illustrant l'inconditionnalité de la prise en charge hospitalière. Dans son Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France⁵¹ constate cette transformation des urgences, qui deviennent de plus en plus un mode de « *substitution partielle à la médecine de ville et à la permanence des soins ambulatoires* » pour les personnes les plus démunies. Ils constituent pour la plupart des sans-abris le premier contact avec le système de santé, et ce souvent sans leur accord explicite : nombre d'entre eux sont amenés par les pompiers, le SAMU ou la police après avoir été retrouvés en état d'ébriété

⁴⁴ Ministère de la santé et des sports. *Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé : résoudre les refus de soins*. Paris, 2010

⁴⁵ Nuançons ces résultats en précisant qu'ils se révèlent disparates selon les zones géographiques et le secteur tarifaire du praticien. En outre, la méthode du testing est controversée de par la fiabilité de ses résultats.

⁴⁶ Rapport SAMENTA

⁴⁷ Entretien n°24

⁴⁸ Hôpital vient du latin *hospitalia* signifiant « chambre pour les hôtes »

⁴⁹ Bernard Chenot, 1959, cité dans Dir. BRECHAT Pierre-Henri et LEBAS Jacques, *Innover dans les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, 495 p.

⁵⁰ DE KERVASDOUE, J. *L'hôpital* (4^{ème} ed). Paris : PUF, 2011, 127 p.

⁵¹ Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2016 Île-de-France

ou de décompensation sur la voie publique.⁵² Or, les services d'urgences, qui se retrouvent confrontés à cette activité quotidienne de prise en charge de toutes les formes de détresse, ont également un rôle de priorisation des urgences médicales. Ainsi, sans urgence vitale, les personnes sans abri sont amenées à patienter avant de rencontrer un soignant et une assistante sociale. Or, l'attente est une démarche souvent difficile pour des personnes en situation de désorientation temporelle⁵³. A titre d'exemple, citons le cas rapporté d'un sans-abri aux urgences pour une plaie importante à la jambe nécessitant une opération et dont l'examen par un médecin disponible ne pouvait être réalisé que plus tard dans la journée. Ne pouvant supporter l'attente et l'enfermement aux urgences, il a quitté le lieu avant même de rencontrer le médecin⁵⁴. Le manque de temps pour créer un lien et permettre aux infirmiers d'effectuer une réelle prise en charge bio-psycho-sociale peut favoriser l'incompréhension entre soignant et soigné et donc le non-consentement aux soins. Or comme le précise un médecin de la polyclinique Baudelaire, le travail d'approche avec une personne sans-abri se fait par un regard que l'on parvient à accrocher ; lorsque, très fréquemment, le premier contact échoue, il est très difficile de renouer un lien par la suite⁵⁵.

Les services de spécialité, contrairement aux services d'urgence, prennent d'abord en charge des admissions programmées, très en amont ou dans l'urgence selon les cas. L'entrée dans ces services est notamment filtrée par l'orientation effectuée dans les services d'urgence. Depuis le Plan Hôpital 2007 et la loi HPST de 2009, les établissements publics de santé sont majoritairement financés selon le mode de la tarification à l'activité (T2A)⁵⁶, qui attribue un tarif fixé nationalement à chaque acte effectué. Dans ce contexte, qui favorise l'accueil d'un « *malade normal* »⁵⁷, la prise en compte des situations de précarité et de leur influence sur les cumuls de pathologies pèse sur le budget des hôpitaux. Le codage PMSI, ainsi qu'une enveloppe « MIG Précarité »⁵⁸ prévoient le financement partiel de cette activité, qui reste cependant très chronophage pour les personnels hospitaliers et qui pèse sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS) des services. En effet, un rapport publié par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2006 a reconnu que « *la précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge*

⁵² Entretien n°11

⁵³ Entretien n°17

⁵⁴ Entretien n°11

⁵⁵ Entretien n°5

⁵⁶ La T2A est inscrite dans la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34)

⁵⁷ BISSARDON, Christian et al. *La prise en charge des patients en situation de précarité. Le point de vue des acteurs hospitaliers dans le cadre de la T2A*. Module Interprofessionnel de santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010, 70p.

⁵⁸ L'enveloppe « MIG précarité » est une dotation versée aux hôpitaux afin de couvrir une partie des frais engendrés par la prise en charge des patients en situation de précarité dans les services hospitaliers.

hospitaliers »⁵⁹. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) évalue pour sa part l'impact de la précarité à un temps supplémentaire de soignant de 10 à 20 %⁶⁰.

Dans un système de santé universel, des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins des personnes démunies. Ces dispositifs ont contribué à faire émerger une demande de soins et à faciliter l'accès aux soins⁶¹, sans toutefois apporter de réponse suffisante face à l'enjeu du recours et du consentement aux soins.

D'une part, des prestations sociales ont été mises en place pour les personnes non couvertes par une assurance maladie. Ainsi, 42 % des personnes à la rue bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU), qui permet à toute personne en situation régulière d'accéder au statut d'assuré social et qui peut être complétée par une couverture complémentaire, la CMU-C. En outre, 15 % des personnes sans abri bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat (AME), qui permet le financement des soins sans avance des frais pour les étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire depuis plus de trois mois, sous conditions de ressources⁶². Cependant, l'accès à ces droits prend de plus en plus la forme d'un « *parcours du combattant* », avec des « *trappes à non-recours* »⁶³ qui peuvent conduire au renoncement de la part des personnes démunies : les personnes sans abri et les travailleurs sociaux eux-mêmes manquent d'informations sur les conditions d'éligibilité et reconnaissent la complexité des dossiers de demande à constituer⁶⁴. En outre, la juxtaposition de ces dispositifs nourrit l'incompréhension et certaines démarches de renouvellement de droit peuvent s'avérer fastidieuses pour les personnes à la rue⁶⁵.

D'autre part, depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998⁶⁶, des structures d'accès aux soins dédiées aux personnes en situation de précarité ont été constituées au sein des structures hospitalières de droit commun : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Elles

⁵⁹ ABALLEA, P., BRAS, P-L, SEYDOUX, S. *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*. Paris : rapport IGAS, 2006, 97 p.

⁶⁰ MARIC, M., GREGOIRE, E., LEPORCHER, L. *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*. Rapport de recherche à la DREES, nov. 2008, 136 p.

⁶¹ CLEMENT, S., MANTOVAN J. Les personnes SDF et la question de la santé. Dans BALLEET, D (dir.), *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*. Paris : PUF, 2005, 384 p.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ REDAELLI, Mario, 2011-2012, *La prise en charge des usagers précaires : un enjeu d'avenir pour l'hôpital public*, mémoire de master, Sciences-Po Lyon, Lyon

⁶⁵ ARCHIMBAUD, A. *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité*. Rapport au Premier ministre, 2013, 130 p.

⁶⁶ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

proposent des consultations généralistes et spécialisées sans rendez-vous et sans avance de frais, ainsi qu'un accompagnement social global aux personnes sans couverture maladie. Elles visent ainsi à « *faciliter l'accès des personnes démunies, non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale* »⁶⁷. Si ces structures sont en développement depuis leur invention sur le modèle préfiguré par la polyclinique Baudelaire en 1992, certaines souffrent d'un manque de visibilité à l'égard des personnes à la rue mais également des professionnels des hôpitaux eux-mêmes. Ainsi, ce défaut de connaissance induit un défaut de recours ainsi qu'un défaut d'orientation des personnes qui pourraient bénéficier de ce dispositif. A l'inverse, les PASS les plus connues voient affluer un nombre important de personnes et ne réussissent pas à répondre à toutes les demandes dans la journée, suscitant une attente qui n'est pas toujours comprise par les usagers. De surcroît, l'organisation et le mode de financement des PASS sont à améliorer : aucun référentiel commun n'a à ce jour été défini et l'enveloppe « MIG PASS »⁶⁸ n'intervient qu'en compensation d'une partie des charges avancées par les hôpitaux. Ainsi, de nombreuses PASS ont une structuration minimaliste qui ne permet pas de répondre à la demande rencontrée et le nombre total de PASS, même après la création des dix PASS régionales que prévoit le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale⁶⁹, reste limité au vu des enjeux qui se présentent.

Parallèlement, Médecins du Monde a développé des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) qui remplissent les mêmes missions de prise en charge multidisciplinaire et d'ouverture de droits, mais qui connaissent aujourd'hui les mêmes limites que les PASS en termes d'affluence.

A la suite d'une prise en charge en établissement de soins ou sur orientation d'une structure sociale, les Lits Halte Soins Santé (LHSS) offrent une prise en charge médico-sociale temporaire à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. Cependant, la durée de séjour ne doit en général pas excéder deux mois. Or, 29,5 % des personnes sont accueillies pour des pathologies chroniques⁷⁰. En outre, 34 % quittent la structure sans projet, le retour à la rue signant le plus souvent la rupture de soins⁷¹. Enfin, un rapport de la Direction

⁶⁷ LEBAS, Jacques. Permanences d'accès aux soins de santé : dix ans d'expérience méconnus. *La revue de médecine interne*, juin 2009, volume 30, n°S2, p. 8-9.

⁶⁸ La « MIG PASS » est une dotation versée aux hôpitaux afin de couvrir une partie des frais de personnels engendrés par l'activité des PASS hospitalières.

⁶⁹ Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, objectif 34

⁷⁰ <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-d-accueil-medicalises-LAM.html>

⁷¹ Ainsi, 10% des personnes sortent des LHSS par exclusion de la structure et 24% sortent prématurément par eux-mêmes. <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-d-accueil-medicalises-LAM.html>

Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) de février 2013⁷² déplore un manque de places au vu des besoins, ceci étant confirmé par l'entretien effectué à la PASS de l'Hôpital Saint-Antoine. Face à cet engorgement, des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) ont été créés pour accueillir les personnes avec des pathologies chroniques ou avec des pronostics sombres. Grâce à des durées de séjour plus longues, ces structures permettent de trouver des solutions d'aval plus adaptées et peuvent constituer un dernier lieu de vie pour les personnes les plus malades.

Si ces structures dédiées s'efforcent au mieux d'adapter leur organisation aux modes de vie des personnes à la rue, le parcours thérapeutique proposé demeure souvent inadapté aux caractéristiques et aux modes de vie des personnes à la rue. Selon Y. Benoist, « *la relation thérapeutique repose sur un contrat normatif qui est intenable à long terme pour les SDF* »⁷³, d'autant que les rapports aux institutions sont le lieu fréquent d'une violence symbolique à l'égard des plus marginalisés⁷⁴. Ainsi, l'accès aux soins est souvent conditionné au respect de normes (propreté, sobriété) mal comprises des personnes les plus marginalisées. Outre qu'elles peuvent être analysées comme relevant d'un contrôle normatif des corps des malades pauvres dans une perspective quasi-hygiéniste⁷⁵, ces pratiques, parfois perçues comme humiliantes, infantilisantes ou coercitives pour les patients, sont, selon l'enquête ethnologique réalisée par Y. Benoist, l'une des causes de l'échec de la prise en charge médicale des SDF.

Par ailleurs, la rigidité des règles de prise en charge (contraintes horaires, délais d'attente) n'est pas adaptée au rapport au temps et aux contraintes des personnes à la rue. Ainsi, le temps médical de la consultation ou de l'hospitalisation prend mal en compte le phénomène de désorientation temporelle qui touche une partie des personnes à la rue⁷⁶ et est souvent incompatible avec leurs contraintes quotidiennes (allers / retours incessants entre la rue et les centres d'hébergement, mendicité en vue de la satisfaction des besoins naturels et d'éventuelles addictions, formalités administratives)⁷⁷.

Enfin, le personnel médical et soignant, opérant une distinction entre « *bons malades* » et « *mauvais malades* », aurait tendance à enfermer les SDF dans des catégories dévalorisantes et à

⁷² Rapport DGCS, évaluation des dispositifs de LHSS, 12 Février 2013

⁷³ BENOIST, Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.

⁷⁴ GAULEJAC, V. *Les sources de la honte*. Paris, Desclée de Brouwer, 2007, 315 p

⁷⁵ FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976, 248 p.

⁷⁶ EMMANUELLI, X. *Out*. Paris : éditions Robert Laffont, 2003, 288 p.

⁷⁷ FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976, 248 p.

user de discours moralisateurs voire culpabilisants envers les personnes à la rue, ce qui ne favorise pas la relation de confiance entre le soignant et le soigné⁷⁸. Cette situation s'explique par le fait que dans l'esprit des soignants, le droit à chacun d'être soigné a pour corollaire le devoir de chacun de garder sa bonne santé et de suivre correctement les traitements prescrits. Or, en travaillant auprès des populations « *sans toit stable* », il semble que « *le médecin doit faire le deuil d'une profession qui guérit et qui réinsère* »⁷⁹, situation difficilement objectivable pour le corps médical.

Après avoir identifié les multiples causes du non-consentement aux soins des personnes à la rue, qui occasionne un non-recours lourd de conséquences pour leur santé, il convient de s'interroger sur les réponses à apporter à ce phénomène.

2 L'enjeu aujourd'hui est de favoriser le consentement aux soins et l'adhésion à la démarche thérapeutique, en respectant les principes éthiques et les impératifs juridiques.

Face à la difficulté posée par le non-consentement aux soins des personnes à la rue, le débat sur l'opportunité d'introduire une obligation de soins systématique est incontournable (A). Néanmoins, dans la mesure où le groupe rejette unanimement cette solution, d'autres pistes sont à explorer (B).

2.1 L'obligation de soins peut être une réponse à des situations spécifiques mais sa généralisation est inenvisageable.

« *On peut consentir contre sa volonté.* »⁸⁰

Homère

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁸¹. De plus, le droit à la protection de la santé est un droit fondamental que le préambule de la Constitution de 1946 garantit à tout individu⁸², quel que soit son statut socio-économique. Parallèlement, le législateur a souhaité consacrer un certain nombre de libertés

⁷⁸ Entretiens n°5 et n°21

⁷⁹ HASSIN, J. *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable*. Doctorat d'université, mention éthique médicale, Université René Descartes, Paris, 1996

⁸⁰ Homère. *L'Illiade*, IV, 43.

⁸¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

⁸² Préambule à la Constitution Française de 1946, repris dans la Constitution du 4 octobre 1958

relatives au rapport de l'être humain à son corps, notamment l'inviolabilité du corps humain⁸³ et la non-atteinte à l'intégrité du corps humain⁸⁴. A ce titre, il a été nécessaire de prévoir des dérogations à ce dernier principe, ne serait-ce que pour permettre l'exercice de la médecine⁸⁵ qui est par définition une atteinte à l'intégrité du corps. Lorsqu'on les associe, ces divers droits et libertés établissent un principe aux nombreuses conséquences : chaque individu a droit à la protection de sa santé, les soins qui lui seraient prodigués participent de cet objectif, mais ne sauraient être réalisés à tout prix. Pour clarifier cette articulation, la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a matérialisé l'obligation de recueil du consentement éclairé du patient avant tout soin⁸⁶. Ainsi, positionnant la personne comme véritable acteur de sa santé, elle consacre l'obligation d'un consentement explicite, qui a dès lors pour corollaire la possibilité de refuser les soins proposés.

Le non-consentement aux soins est une problématique qui se retrouve fréquemment chez les sans-abris. Or, l'ensemble du corpus législatif et réglementaire précité empêche de passer outre l'obtention de cette acceptation pour entamer leur prise en charge. Mais cette opposition aux soins peut être difficilement admissible pour les professionnels de terrain, au regard de leur devoir d'optimiser les chances pour les personnes à la rue de recouvrer la santé. Ce dilemme se présente pour eux avec d'autant plus d'acuité que le non-consentement des sans-abris peut être associé à une auto-appréciation biaisée de leur état de santé, comme développé précédemment, et qu'ils craignent le risque de mise en cause de leur responsabilité pour non-assistance à personne en péril⁸⁷.

Néanmoins, ce premier constat est à nuancer. Tout d'abord, la mise en cause pour non-assistance à personne en péril n'est que peu probable pour les professionnels de terrain non soignants. En effet, l'article 232-6 du Code pénal caractérise l'assistance à une personne en péril comme une action personnelle ou un déclenchement de secours⁸⁸, ce qui est fait de manière

⁸³ Article 16-1 du Code civil : « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable [...]* »

⁸⁴ Article 16-3 du Code Civil : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain[...]* »

⁸⁵ L'article 16-3 du Code civil a été modifié par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, pour préciser : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale* » (version en vigueur jusqu'au 7 août 2004)

⁸⁶ Il est à noter que les principes d'information du patient et de recueil du consentement éclairé trouvent leur origine dans la loi Huriet de 1988, qui les avaient consacrés à l'époque dans le cadre des recherches biomédicales (Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales).

⁸⁷ Article 232-6 du Code pénal : « [...] *Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* »

⁸⁸ Entendus ici comme « secours compétents » : personnels médicaux si des soins sont nécessaires, sapeurs-pompiers en cas d'incendie...

systématique par les professionnels de terrain confrontés à une personne à la rue présentant une altération générale de l'état de santé. De plus, comme le précise un maître de conférences en droit interrogé dans notre travail d'enquête, « *le non-consentement aux soins peut mettre en jeu la responsabilité des professionnels. [...]. Pour les équipes mobiles, il suffit d'un double témoignage du refus pour dégager les professionnels de la responsabilité liée à la notion de non-assistance à personne en danger.* »⁸⁹. En revanche, la mise en cause semble plus probable pour un personnel médical, qui doit par définition une assistance médicale à la personne en péril. C'est là le cœur de l'enjeu du non-consentement aux soins des personnes à la rue. En effet, dans le cas d'un refus de soins de la part d'une personne, l'article R.4127-36 du CSP indique clairement que « *lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* »⁹⁰. L'article L.1111-4 du CSP précise les suites à donner à ce refus : « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.* ». Les personnels de santé sont donc face à un réel paradoxe quant à la conduite à tenir face aux refus de se faire soigner exprimé par une personne à la rue. De cette ambiguïté émerge nécessairement le questionnement suivant : peut-on obliger une personne à la rue à recevoir des soins contre son gré ?

En réalité, la notion d'obligation de soins existe déjà et est consacrée par le droit français dans un certain nombre de cas.

Tout d'abord, la question des mineurs, comme évoquée dans l'introduction du présent rapport, est peu problématique. En effet, bien que l'article 1111-4 du CSP précise que le consentement des mineurs comme des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché si la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, il prévoit également la possibilité de passer outre le consentement parental ou de l'enfant en cas de soins nécessités par une urgence vitale.⁹¹ En cas de mineur isolé sans référent bénéficiant de l'autorité parentale, le médecin peut prodiguer les soins urgents, et sera demandée ultérieurement l'ouverture d'une tutelle⁹², en lien avec les services d'aide sociale à l'enfance.

⁸⁹ Entretien n°17

⁹⁰ Il s'agit également de l'article 36 du Code de Déontologie Médicale.

⁹¹ Article L11-4 du CSP : « *Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables* »

⁹² Article 390 du Code Civil

Pour les majeurs, le Conseil d'Etat⁹³ a considéré qu'un médecin pourra s'exonérer du consentement de la personne s'il existe des conditions cumulatives d'une urgence médicale, de l'absence d'alternative thérapeutique et de la présence d'un risque vital pour la personne. Il est cependant à noter qu'une jurisprudence n'est pas aussi protectrice qu'une disposition législative ou réglementaire, dans la mesure où elle ne protège ni d'une mise en cause personnelle, ni de l'éventualité d'un revirement de jurisprudence⁹⁴. Lorsque la personne n'est pas en état de consentir, le Code civil est en revanche explicite : il sera possible en situation d'urgence de prodiguer les soins nécessaires⁹⁵. Il existe cependant deux conditions cumulatives : la menace de l'intégrité de la personne et un consentement qui ne peut être obtenu en temps utile, compte tenu de l'urgence. Cette démarche concerne uniquement les soins nécessaires pour remédier au danger ou à l'intégrité de la personne. Cependant, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du CSP, ou la famille, ou à défaut un de ses proches, n'ait été consulté. Dans le cas des personnes à la rue, cette dernière disposition n'est pas réellement problématique : les soins d'urgence seront réalisés en priorité. Néanmoins, les professionnels de santé doivent avoir le souci de rechercher les personnes susceptibles d'être consultées dans le cadre de la prise en charge du patient, bien que cette recherche soit d'autant plus difficile qu'il s'agit par définition d'une population désocialisée.

L'intervention de la justice dans le processus d'obligation de soins peut également se faire *a priori* : un juge peut prononcer une obligation de soins à l'occasion de la commission de tout type de délit ou de crime qui impliquerait que l'auteur des faits ait besoin de soins⁹⁶. Plus particulièrement, cette obligation prend la forme d'une injonction thérapeutique pour les auteurs d'infraction à la législation sur les stupéfiants⁹⁷. Cette disposition est d'autant plus intéressante qu'un grand nombre de personnes à la rue, consommateurs de substances illicites, seraient susceptibles de faire l'objet d'une telle mesure.

⁹³ CE, 16 août 2002, *Consorts Feuillatey*, n° 249552, Rec. p. 309

⁹⁴ Néanmoins, ce constat est à atténuer dans la mesure où une jurisprudence du Conseil d'Etat est un acte juridiquement fort, et ne peut en général être remise en cause que par une jurisprudence opposée de la Cour de Cassation, ou un revirement du Conseil d'Etat lui-même.

⁹⁵ Article 16-3 du Code civil : « [...] *Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* »

⁹⁶ Articles 138 du code de procédure pénale lorsque prononcé dans le cadre d'un contrôle judiciaire, article 132-45 du code pénal lors d'une mise à l'épreuve, article 731 du code de procédure pénale lorsque le soin est assorti à une libération conditionnelle.

⁹⁷ Article L3423-1 du CSP : « *Le procureur de la République peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale dans des conditions prévues aux articles [L. 3413-1](#) à [L. 3413-4](#).* »

Le ministère de la santé peut également prononcer par arrêté des obligations de soins en cas de menace sanitaire grave de nature épidémique⁹⁸. Techniquement, il peut s'agir d'injonction diagnostique, d'injonction d'isolement ou d'injonction thérapeutique *stricto sensu*. Ces dispositions concerneraient alors toute la population et les personnes à la rue pourraient se retrouver contraintes à subir un diagnostic, un soin ou un traitement, voire une mesure d'isolement.

Enfin, pour les personnes présentant des troubles mentaux, l'absence de consentement aux soins est encadrée par la loi du 5 juillet 2011⁹⁹ modifiée par la loi du 27 septembre 2013¹⁰⁰. En effet, compte tenu des troubles mentaux que présentent certaines personnes et du danger qu'elles représentent pour elles-mêmes ou autrui, la loi prévoit plusieurs formes de soins psychiatriques sans consentement. S'il existe un danger pour la personne et que celle-ci est dans l'incapacité de consentir aux soins, un tiers peut en faire la demande. S'il existe des troubles psychiatriques qui représentent un danger pour autrui et pour l'ordre public, le représentant de l'Etat peut également requérir des soins psychiatriques. Concernant les personnes à la rue, l'absence de tiers conduit plus souvent les professionnels de santé à mettre en place une procédure de péril imminent¹⁰¹, lorsque l'état mental impose des soins immédiats. Cette possibilité d'obligation de soins psychiatriques est d'autant plus intéressante qu'elle règle une partie de la problématique du consentement aux soins des personnes à la rue. En effet, le rapport SAMENTA¹⁰² sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France montre une prévalence des troubles psychiatriques dans cette population plus élevée que dans la population générale. Ainsi, les intervenants de rue sont fréquemment confrontés dans les espaces publics à la présence de troubles psychiatriques et plus particulièrement aux personnes ayant des troubles psychotiques. Si la loi du 5 juillet 2011 insiste sur l'importance d'amener dans un premier temps la personne à consentir aux soins psychiatriques afin d'éviter toute mesure de contrainte, il est nécessaire que les intervenants de rue sachent repérer la présence de troubles mentaux dans la population prise en charge afin d'apporter une information claire et précise à la personne en vue d'un consentement éclairé aux

⁹⁸ Article L3131-1 du CSP : « *En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.* »

⁹⁹ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

¹⁰⁰ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

¹⁰¹ Qui ne requiert pas de demande de tiers mais se fait sur une décision du directeur d'établissement, basée sur un certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement. Cette procédure est d'autant plus importante pour les personnes à la rue qu'elle permet de les accueillir sur la base d'un seul certificat, qui peut être réalisé par le médecin d'une équipe mobile (EMPP par exemple).

¹⁰² LAPORTE, A. & CHAUVIN, P. (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Paris : Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, 2010, 227 p.

soins psychiatriques, ou à défaut d'alerter un professionnel de santé compétent pour déclencher la procédure d'urgence.

Ainsi, l'obligation de soins a déjà une réalité juridique indéniable. En revanche, elle est composée d'une adjonction de diverses procédures et dérogations, qui n'en font actuellement pas un dispositif généralisé. Dès lors, dans ce contexte du non-consentement des personnes à la rue, sa généralisation présenterait-elle un intérêt ?

Pour le moment, les situations de non-consentement aux soins des personnes à la rue ne rentrant pas dans un des dispositifs juridiques précités sont traitées au cas par cas, ainsi que cela est recommandé dans des documents officiels de type circulaire¹⁰³. Or, cette situation semble convenir aussi bien au groupe de travail qu'aux professionnels qui se sont exprimés lors des entretiens. En effet, certains ont largement exprimé leur doute sur l'efficacité à long terme d'une systématisation de l'obligation de soins en cas de non-consentement : « *Les expériences de « ramassage » des personnes à la rue ordonnées par le préfet en période de grand froid n'ont pas été concluantes : en effet, elles conduisent les personnes à la rue à fuguer puis à éviter durablement la fréquentation des services sanitaires et sociaux* »¹⁰⁴. D'autres ont souligné la diversité de cas particuliers déjà envisagés par le droit, jugeant ainsi : « *Pour moi, la question de l'obligation de soins est déjà réglée. Quelqu'un dans une situation dangereuse pour lui-même ou autrui et en refus de soin, la loi prévoit déjà son cas. Après, tant que la vie de la personne n'est pas en jeu, pas de ramassage forcé. Mais on n'a jamais laissé quelqu'un mourir à la rue* ». Enfin, cette généralisation soulèverait des résistances d'ordre éthique évidentes. Ainsi que le souligne le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), « *il est souhaitable de ne pas céder à l'obsession médico-légale de la non-assistance à personne en danger* »¹⁰⁵, qui pousserait à réclamer une réponse juridique systématique pour toutes les situations de refus de soins par une personne en péril. A la lumière de ces divers témoignages et analyses, le groupe s'est unanimement positionné contre une généralisation de l'obligation de soins. Néanmoins, sur la base de notre démonstration, nous souhaiterions soumettre cette question à la conférence de consensus sur le consentement aux soins et le libre-arbitre des

¹⁰³ Circulaire DGCS/1A/2012/ 369 du 23 octobre 2012 relative à la mobilisation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pendant l'hiver 2012-2013: « *Si une personne refuse d'être mise à l'abri alors qu'elle semble en danger, il appartient aux agents entrés à son contact d'user, dans un premier temps, de toute leur persuasion et en cas d'échec, de prévenir le SAMU en coordination, notamment à Paris, avec la brigade des sapeurs-pompiers. L'obligation d'assistance à personne en danger qui impose, le cas échéant, de faire hospitaliser une personne avec ou sans son consentement, sera appréciée par les acteurs de terrain en lien avec le médecin régulateur du SAMU.* »

¹⁰⁴ Entretien n°28

¹⁰⁵ CCNE. Avis n°87 : refus de traitement et autonomie de la personne. Paris, 2005, 39 p, à <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

personnes à la rue prévue par le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale¹⁰⁶. Le groupe serait en revanche favorable à une consécration législative des principes consacrés par la jurisprudence en matière de dépassement du consentement en cas d'urgence vitale¹⁰⁷, afin d'assurer une réponse constante et juridiquement forte à cette problématique.

Mais pour résoudre les difficultés qui demeurent, d'autres pistes de réflexion doivent être envisagées, en priorité pour faciliter le consentement aux soins, en privilégiant une approche humaine et une relation de confiance. A ce titre, il est essentiel de rappeler que le consentement aux soins est associé à l'obligation d'informer la personne sur l'acte médical ou les thérapeutiques envisagées¹⁰⁸. L'information délivrée est destinée à éclairer la personne sur son état de santé et l'aider à prendre les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. La qualité de la délivrance de l'information sur l'état de santé de la personne a fait l'objet, en 2012, de recommandations de bonnes pratiques professionnelles diffusées par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁰⁹. L'information est donnée, dans le cadre d'un entretien individuel exclusivement, de façon orale et personnalisée. Elle doit être synthétique, hiérarchisée et compréhensible par la personne. Le professionnel de santé doit s'assurer que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, notamment sur la nature de sa pathologie, l'évaluation bénéfique / risque du traitement envisagé et les conséquences sur sa santé en cas de refus du traitement. Le consentement ne peut être qualifié d'éclairé qu'à partir du moment où l'information répond aux caractéristiques précitées¹¹⁰. Pour les personnes à la rue, la délivrance de l'information par les professionnels de santé peut être relativement complexe compte tenu du contexte environnemental. On peut ainsi se poser la question du caractère réellement éclairé du consentement donné par une personne à la rue, d'autant plus quand il est obtenu quelques minutes avant la prise en charge. Ainsi, comme le souligne une personne de la Mission France de Médecins du Monde : « *Le sujet ce n'est pas le consentement aux soins mais c'est plutôt la méthode que l'on emploie pour les amener au consentement aux soins. La médecine préventive limite le refus de soins.* »¹¹¹.

¹⁰⁶ Comité interministériel de lutte contre les exclusions. *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. Sous la responsabilité du Premier Ministre, 2013, 51 p

¹⁰⁷ CE, 16 août 2002, *Consorts Feuillatay*, n° 249552, Rec. p. 309

¹⁰⁸ Article L. 1111-2 du CSP

¹⁰⁹ Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux - Recommandation de bonne pratique - HAS Mai 2012

¹¹⁰ La délivrance de l'information sur l'état de santé d'une personne concerne les médecins, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux, chacun dans son domaine de compétences. Ainsi, l'information en vue de la recherche d'un consentement éclairé relève uniquement des professionnels de santé, qui sont peu présents dans les équipes mobiles.

¹¹¹ Entretien n°16

2.2 D'autres perspectives sont à envisager afin de favoriser l'adhésion des personnes à la rue à la démarche de soins.

« *Consentir est une décision ponctuelle alors qu'adhérer est un projet au long cours.* »
Maître de conférences en droit¹¹².

Au regard de ce qui a été développé précédemment, et après avoir unanimement exclu l'hypothèse d'une généralisation de la contrainte de soins pour les personnes à la rue, il s'agit de déterminer quelles perspectives pourraient être envisagées pour favoriser le consentement aux soins. La réflexion, basée sur la bibliographie et sur les différents entretiens, ainsi que sur des comparaisons internationales, amènera à aborder différentes pistes dont la mise en œuvre serait envisageable à plus ou moins long terme. Sur ce point, de nombreux débats ont eu lieu au sein du groupe concernant l'opportunité de privilégier la mise en place de dispositifs spécifiques et ciblés à l'amélioration des dispositifs généralistes. Globalement, le groupe s'est majoritairement accordé sur le fait qu'à long terme, les dispositifs généralistes sont les seuls à garantir un égal accès de l'ensemble des citoyens à des soins de qualité, et à susciter l'adhésion de l'ensemble de la population. *A contrario*, une offre de soins à l'usage exclusif des personnes sans abri présente le risque d'exclure ces dernières des dispositifs du droit commun, car « *la simple désignation d'individus ou de groupes comme pouvant légitimement prétendre à un traitement social différencié [...] contient un risque d'enfermement sous une étiquette qui discrimine négativement* »¹¹³. Toutefois, dans un souci de pragmatisme et compte tenu de la difficulté actuelle à adapter l'offre de soins universaliste aux spécificités des personnes à la rue, des dispositifs ciblés doivent être envisagés à court terme.

Dans un premier temps, et afin de prendre en compte la fragilité des liens entre intervenants au sein de l'organisation administrative et l'hétérogénéité des publics pris en charge, la coordination entre les structures sanitaires et sociales en charge des personnes à la rue doit être améliorée dans un cadre contractualisé. En effet, alors que la loi HPST¹¹⁴ a consacré l'idée d'un véritable parcours de soins pour les usagers, celui-ci n'est pas effectif pour les personnes à la rue : il n'existe pas de parcours défini s'appuyant sur un partage d'informations entre les professionnels. Or, comme le

¹¹² Entretien n°17

¹¹³ BRESSON, M, *Sociologie de la précarité*, 2ème éd. Paris : Armand Collin, 2010. p. 20, collection Domaines et approches. ISBN 973-2-200-24819-2

¹¹⁴ Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

soulignent les travailleurs sociaux du SAMU social de Paris, « *il est nécessaire de construire une logique commune et partagée autour d'une logique de parcours, il faut passer d'une prise en charge saucisson à une prise en charge globale* »¹¹⁵. En effet, « *la dissociation du soigner et du prendre soin justifient pour l'essentiel le travail en réseau [...]* »¹¹⁶, associant professions médicales et travailleurs sociaux. Ainsi, au même titre que pour la prise en charge des personnes âgées avec le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), un parcours de soins pourrait être créé pour la prise en charge des personnes sans abri. Dans ce cadre, la mise en place du Dossier Médical Personnalisé (DMP) au profit des personnes sans abri, expérimentée par le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)¹¹⁷, apparaît prématurée au regard des difficultés techniques rencontrés dans la mise en œuvre du dispositif et des caractéristiques des personnes à la rue précédemment décrites. En revanche, la création de « *fiches de liaison médico-sociale pour la prise en charge des personnes sans chez-soi* », préconisée par le rapport Girard, constitue une alternative pragmatique qui permettrait une meilleure articulation des acteurs « *aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville (...) et dans toutes les structures d'hébergement* »¹¹⁸. La mise en place de la fiche de liaison personnelle doit être complétée par une organisation des professionnels des terrains en réseau. A cet effet, l'élaboration de guides de bonnes pratiques, tels que le « *guide sans-abris* »¹¹⁹ à Rennes, peut *a minima* être encouragée à condition que son élaboration repose sur un diagnostic partagé et suscite des modalités de prises en charge coordonnées. Dans une perspective plus ambitieuse, la création d'un guichet unique, sur le modèle des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)¹²⁰, permettrait de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social avec pour but d'éviter les ruptures de prise en charge dans les interventions auprès des personnes à la rue, et d'améliorer la lisibilité pour le citoyen. En effet, leur fonctionnement est coordonné par un pilote, qui a pour fonction d'animer le réseau et d'impulser une dynamique de coopération ou de mutualisation entre les différents acteurs. A terme, il pourrait même être envisagé que la coordination amène à la création d'une structure unique intégrant tous

¹¹⁵ Entretien n°15

¹¹⁶ FURTOS, J. *Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin*. Communication présentée à la Journée interrégionale Bretagne et Pays de Loire « Santé mentale et précarité », Rennes, 2007

¹¹⁷ Cf. entretien n°23 et [//www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Programmes/Ajouts_du_15.11.2011/Programme_regional_d_acces_a_la_prevention_et_aux_soins_PRS_arspaca_15112011.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Programmes/Ajouts_du_15.11.2011/Programme_regional_d_acces_a_la_prevention_et_aux_soins_PRS_arspaca_15112011.pdf)

¹¹⁸ *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin Novembre 2009

¹¹⁹ Sans-abri guide pratique, édité par la ville de Rennes

¹²⁰ http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=603

les services nécessaires à leur bonne prise en charge, comme c'est le cas à Boston avec le « *Boston Health Care for the Homeless Program (BHCHP)* »¹²¹.

Boston Health Care for the Homeless Program 122»

80 sites sont répartis dans le grand Boston (hôpitaux, abris, soupes populaires...) et dispensent des soins aux sans-abri incluant les soins de santé basiques, d'urgence, soins dentaires, dépistages, mais permettent aussi le recours à des interprètes, aux services sociaux ou encore à des conseillers en matière de contraception. On estime à 22 500 personnes la population sans abri à Boston, dont 13 000 recourent au BHCHP, soit plus de 50 % du public cible.

Des modèles similaires privilégiant le soin global existent ailleurs. En Grande-Bretagne, le « *Health Care for the Homeless (HCH) program of Manchester*¹²³» permet à deux structures mobiles d'occuper quotidiennement deux emplacements. Le programme s'articule autour de trois principes : le soin primaire (somatique et psychiatrique), le travail social de proximité, et l'éducation à la santé. L'équipe compte des médecins généralistes, des infirmières, une infirmière psychiatrique et un travailleur social.

Dans un deuxième temps, il apparaît nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de santé. En effet, l'insuffisance de leur formation face aux enjeux de la précarité est souvent dénoncée par les associations, qui créent des formations spécifiques¹²⁴ pour pallier cette difficulté, reconnue par une partie du corps médical¹²⁵. De fait, pour les médecins comme pour les infirmières, ces modules de formation sont pour la plupart facultatifs ou très généralistes. Or, une meilleure maîtrise des causes et conséquences de la vie à la rue permettrait pourtant aux soignants de mieux s'adapter aux caractéristiques des sans-abris et d'améliorer la qualité de la relation soignant / soigné. Ainsi, l'intégration au programme des étudiants en médecine, des premier et deuxième cycles et de l'Examen Classant National (ECN), de modules sur les enjeux de l'accès au soin des personnes les plus démunies doit être envisagée afin de compléter l'offre facultative de formation en la matière. A titre complémentaire, l'opportunité de généraliser des formations à l'instar de celle mise en place au

¹²¹<http://www.nhchc.org/directory/boston-health-care-homeless-program/>

¹²²<http://www.nhchc.org/directory/boston-health-care-homeless-program/>

¹²³<http://www.nhchc.org/directory/city-manchester-public-health-department/>

¹²⁴ Face à ce constat, certaines associations ont développé, en partenariat avec des facultés, des diplômes universitaires de troisième cycle pour former sur les enjeux de santé, de précarité et les dispositifs existants pour y remédier. Médecins du Monde a ainsi promu la création de neuf diplômes universitaires dont la fréquentation est en hausse (Grenoble, Lille, Paris, Bordeaux, Montpellier, Strasbourg-Nancy et Clermont-Ferrand).

¹²⁵ Entretiens 14 et 28

Centre hospitalier de Chambéry, mettant directement en lien professionnels de la rue et personnes en difficultés sociales afin de confronter les différentes perceptions de la relation soignant / soigné, peut être expertisée après une évaluation du dispositif¹²⁶. En tout état de cause, les efforts de formation doivent être complétés par une attention continue portée au profil des personnes recrutées, qui doit combiner qualités techniques et qualités humaines, et à la stabilité des équipes qui conditionne l'établissement d'un lien de confiance inscrit dans la durée¹²⁷.

Dans un troisième temps, l'une des principales solutions pour favoriser le consentement aux soins des personnes à la rue est le développement de « l'aller vers » la personne dans le besoin, dans le respect de son autonomie et de son propre cadre de référence. Cette démarche est déjà concrétisée par l'existence d'équipes mobiles, telles que le SAMU social, les PASS mobiles et les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP). Cependant, les moyens de ces dispositifs doivent être renforcés d'un point de vue qualitatif et quantitatif, car ils ne disposent pas actuellement d'un nombre suffisant de personnels soignants ou bien l'approche médicale s'avère plus psychiatrique que somatique. La démarche de « l'aller vers » se concrétise également par la présence de personnels et de dispositifs médicaux dans les structures sociales, à l'exemple des centres de santé en accueil de jour ou en centre d'hébergement et des temps infirmiers dans les maraudes. Comme l'explique un médecin proposant des consultations au Centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri (CHAPSA), les populations les plus marginalisées connaissent souvent des problèmes de pertes de repères et d'orientation qui justifient cette implantation¹²⁸. En ayant un relais médical sur place, le travailleur social est ainsi plus à même d'informer et de sensibiliser à la santé et pour la personne sans abri, ce premier contact avec le milieu soignant est crucial pour déterminer son entrée effective dans un parcours de soins coordonné. Toutefois, la généralisation de tels dispositifs étant difficile à réaliser compte tenu de son coût dans un contexte de restriction des dépenses sociales, une solution *a minima* peut consister à privilégier le recrutement de personnel infirmier dans les centres d'hébergement afin d'« établir un lien avec le médecin » et « de prodiguer des soins, des traitements, faire un suivi de prise en charge, un accompagnement lors des consultations médicales »¹²⁹. Dans le même sens, la diffusion des Services de Soins Infirmiers A Domicile Précarité (SSIAD précarité), telle qu'expérimenté par l'ABEJ à Lille, permettrait, en

¹²⁶ La formation Précarité et Santé : « se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales ». Site internet : www.mrie.org : co-formation précarité et Santé : Se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales.

¹²⁷ Entretien n°27

¹²⁸ Entretien n°14

¹²⁹ Entretien n° 15

mutualisant les moyens humains et financiers, d'apporter les soins infirmiers dans les lieux d'accueil et d'hébergement¹³⁰.

Parallèlement, la mise en place de dispositifs innovants de prise en charge médicale des sans-abris pourrait être envisagée pour rapprocher les soins des personnes à la rue et favoriser leur consentement. A ce titre, le développement d'initiatives de soins directement dispensés dans la rue est plébiscité par certains professionnels. Ainsi, selon un médecin rencontré à l'Hôpital de la Conception à Marseille, il est très important d'aller vers les personnes à la rue afin qu'elles s'approprient la démarche de soins¹³¹. Le rapport Mannoni, Harzo et Chevallier¹³² confirme ce point de vue, soutenant que les stratégies de proximité sont les plus efficaces. Toutefois, cette option ne fait pas consensus¹³³. Selon le médecin du CHAPSA, notamment, « *la médecine de bitume ne peut être qu'une médecine au rabais en termes de qualité des soins et d'accès aux examens médicaux* »¹³⁴. En effet, le but reste bien de faire accéder les personnes de la rue au droit commun, car l'ambition n'est « *pas tant de proposer une filière spécifique de soins mais une filière d'accès spécifique aux soins* »¹³⁵. A défaut de prodiguer des actes médicaux dans la rue, une solution intermédiaire consisterait à diffuser la pratique des soins infirmiers à la rue. En particulier, les propositions visant à développer la dispensation de soins primaires et le portage de médicaments ou à généraliser la mise en place d'équipes mobiles de soins palliatifs¹³⁶ doivent être expertisées.

Une alternative souvent mise en avant est l'intégration de médiateurs pairs¹³⁷ dans les équipes intervenant auprès de ce public, comme l'a par exemple mis en place l'équipe mobile psychiatrie précarité à Marseille¹³⁸. Cette démarche, qui s'inscrit dans le projet de santé communautaire¹³⁹, répond à un double objectif de valoriser par une insertion professionnelle des

¹³⁰ Entretien n° 21

¹³¹ Entretien n°18

¹³² *Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans-abri à Marseille*, rapport final, Chantal MANNONI, consultante en santé publique et médecine sociale, Christian HARZO, sociologue, et David CHEVALLIER, Observatoire Social de Lyon

¹³³ Entretiens 1, 2, 14, 27 et 28

¹³⁴ Entretien n°14

¹³⁵ MERCUEL, A. Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? *Annales médico-psychologiques*, décembre 2011, volume 169, n°10, P. 615-694, ISSN 0003-4487

¹³⁶ Entretiens n° 1, 14 et 28

¹³⁷ « *La médiation en santé est une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Le médiateur de santé crée du lien entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. La particularité du médiateur pair en santé mentale est de s'appuyer sur son expérience d'utilisateur des services de santé mentale, de rétablissement et de recouvrement de sa santé dans son travail d'accompagnement des personnes* », selon la définition donnée par le Centre hospitalier de Cannes

¹³⁸ Entretien n°3

¹³⁹ Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur

personnes ayant connu ou connaissant des troubles psychiatriques et de mettre à profit une expérience concrète des problématiques de la rue pour mettre en confiance les usagers avec l'institution. Toutefois, ce dispositif présente certaines limites. Pour le médecin rencontré au CHAPSA, « *le système des travailleurs pairs est à écarter. En effet, il est extrêmement risqué pour les travailleurs pairs eux-mêmes qui sont confrontés à leur passé, souvent très douloureux, d'où de graves rechutes, parfois définitives* »¹⁴⁰. Ainsi, la mise en place de programmes de travailleurs doit être conditionnée à l'évaluation des programmes expérimentaux intégrant des travailleurs pairs issus de la population sans abri et à la création d'un statut et d'une « *formation diplômante pour les travailleurs pairs destinée à assurer leur intégration professionnelle et leur distanciation par rapports aux patients* »¹⁴¹. Dans le même sens, le développement des démarches collectives de l'auto-support¹⁴², d'inspiration anglo-saxonne, pratiqué par le Collectif des SDF de Lille ou le Groupe Amitié Fraternité de Toulouse (GAF), permet le développement d'une identité de la rue. Néanmoins, il doit être envisagé avec précaution pour les sans-abris car bien souvent, « *ce public adopte des stratégies de dissimulation plutôt que de revendication eu égard aux problèmes de stigmatisation qu'il rencontre* »¹⁴³.

Enfin, dans un quatrième temps, l'autonomisation des personnes à la rue doit être favorisée afin que la personne vulnérable redevienne l'acteur de son propre parcours, conformément aux théories de *l'empowerment*. Dans ce cadre, la politique du « Logement d'abord », expérimentée en France à partir de 2010, pourrait être approfondie. Inspiré du modèle « *Housing first* », ce programme permet d'installer durablement la personne sans abri dans une démarche d'insertion sociale en partant du logement comme point d'accroche et comme socle du processus de stabilisation du parcours de la personne à la rue. Si son efficacité n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation en France, les évaluations américaines en dressent un bilan positif puisque 70 à 80 % des personnes bénéficiaires d'un logement à ce titre étaient encore dans leur logement après 4 ans¹⁴⁴ et que 85 % des personnes suivies par le programme connaissaient une amélioration sensible de leurs conditions générale¹⁴⁵. Toutefois, la mise en place de pareils dispositifs se heurte aux difficultés du marché du logement en France et notamment à la saturation du parc social ainsi qu'aux réticences des bailleurs privés à

les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

¹⁴⁰ Entretien n° 14

¹⁴¹ CHAUVIN, P., GIRARD, V., ESTECAHANDY, P. *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, 2009, 231 p.

¹⁴² Entretien n° 3

¹⁴³ Entretien n° 14

¹⁴⁴ <http://aurore.asso.fr/aurore-travaille-sur-le-programme-un-chez-soi-dabord>

¹⁴⁵ Sam TSEMBERIS dans le cadre de la seconde conférence du Housing First à Chicago en mars 2014.

financer la construction de logements pour les publics les plus précarisés. De plus, ces dispositifs ne peuvent pas s'appliquer à toutes les situations, en particulier pour les personnes dont les troubles psychiques ne leur permettent pas d'acquérir une autonomie suffisante.

Conclusion

Si la problématique de l'accès aux soins des plus démunis a souvent été l'objet de préoccupations dans la sphère publique, tous ses enjeux n'ont pas été examinés. Ce rapport a établi que la question du consentement aux soins est un paramètre des inégalités sociales de santé. Les causes identifiées en sont multiples et tiennent tout autant au profil particulier de ces populations qu'à l'inadaptation du système de santé pour les prendre en charge. Par conséquent, les éléments de réponse à ces difficultés sont multiples et de toutes natures. Les pistes de réflexion portent aussi bien sur des modalités de mise en adéquation des dispositifs existants que sur la création de nouvelles modalités de soins ou sur l'évolution des mentalités, tant des professionnels que du reste de la population. De plus, au-delà de la recherche systématique du consentement aux soins, il s'agit d'obtenir des personnes de la rue une véritable adhésion à la démarche thérapeutique, meilleure garantie qui soit de la qualité de leur parcours de soins.

Néanmoins, si le consentement est apparu comme une problématique importante, il convient de ne pas masquer la réalité du terrain. En effet, le non-consentement n'est qu'un des éléments expliquant le non-recours aux soins des personnes à la rue. Les professionnels semblent plus souvent confrontés à des personnes à la rue en demande de soins, mais n'y accédant pas faute d'offre adaptée à leurs besoins et à leurs modes de vie. Comme en témoignent les professionnels de la policlinique Baudelaire, « *les ruptures de soins et les départs avant fin de traitement sont nombreux, mais ils s'expliquent surtout par le manque de solutions d'aval : [...] très peu de LHSS pour ceux qui ne peuvent pas suivre leur traitement dans la rue* »¹⁴⁶. Le constat du non-recours se généralise également aux personnes disposant d'un logement mais de moyens financiers si faibles qu'ils adoptent un comportement de renoncement aux soins. Comme le rappelle un ancien directeur de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris, « *le problème, c'est la frange de population intermédiaire, juste au dessus du seuil de pauvreté, qui se voit supprimer certaines aides sociales du fait de ses tout petits revenus. Aujourd'hui, le non-droit est plutôt sur cette population, qui est démunie en termes de recours pour les soins* »¹⁴⁷.

Enfin, les solutions envisagées dans ce dossier ne sont ni exhaustives ni nécessairement complémentaires. L'objectif était plutôt de présenter un éventail de possibilités, permettant d'exposer l'ensemble des opinions du groupe, qui ont pu diverger par moments. Nous ne nous sommes pas davantage positionnés sur le clivage traditionnel entre solutions universalistes et solutions spécifiques, dans la mesure où il nous apparaissait plutôt nécessaire de combiner ces deux

¹⁴⁶ Entretien n°5

¹⁴⁷ Entretien n°1

types de réponses. Au regard de la situation actuelle, il nous paraît indispensable de mettre en place des processus spécifiques à court terme, même si, dans un objectif d'aide à la resocialisation, il convient de tendre à long terme vers une logique universaliste.

Cette volonté de laisser le débat ouvert répondait enfin à une nécessaire humilité : « *Qui pourrait se lever et dire de quoi est fait l'abandon total de ces hommes, de ces femmes, de ces enfants – des enfants couchés sous les porches, dans les nuits mordantes de l'hiver ? Qui saurait parler de ceux-là sans se tromper jamais ?* »¹⁴⁸.

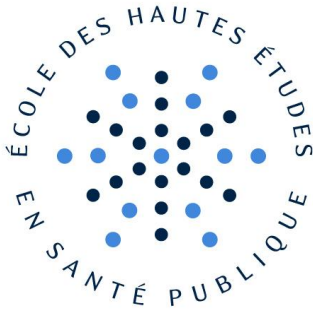
C'est pourquoi nous souhaiterions soumettre à la future conférence de consensus sur le thème du consentement aux soins et du libre-arbitre des personnes à la rue, dont l'organisation est prévue par le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale¹⁴⁹, un certain nombre de questionnements qui nous semblent aujourd'hui incontournables.

Questions à l'attention de la conférence de consensus

- Comment faire changer le regard parfois stigmatisant, ou *a minima* ressenti comme tel, des professionnels de santé sur les personnes à la rue?
- Pourrait-on envisager l'élaboration d'une culture professionnelle partagée par la mise en place d'une formation pluriprofessionnelle pour tous les acteurs de terrain de la prise en charge des personnes à la rue (personnels médicaux et non médicaux, travailleurs sociaux, pompiers, bénévoles...)?
- La généralisation de l'obligation de soins à tous les cas de refus de soins exprimés par les personnes à la rue a-t-elle un sens ? Est-elle envisageable ? Répondrait-elle réellement à une nécessité ? Si non, peut-on envisager la mise en place d'une réglementation plus protectrice des acteurs de terrain, qui ne ferait par contre que consacrer une jurisprudence constante?
- L'information du patient et le recueil de son consentement éclairé font partie des droits fondamentaux des usagers du système de santé. Comment assurer le respect de ces droits dans le cadre de prises en charge de personne à la rue ? Qui dispense l'information et quand commence réellement la prise en charge ?
- La question du recours aux médiateurs pairs ne fait l'unanimité ni au sein du groupe ni parmi les professionnels interrogés. Dès lors, quelle évaluation bénéfiques / risques faire sur la mise en place d'une telle mesure ?

¹⁴⁸ CALAFERTE, L. *Requiem des innocents*. Paris : Julliard, 1952, p. 177

¹⁴⁹ Comité interministériel de lutte contre les exclusions. *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. Sous la responsabilité du Premier Ministre, 2013, 51 p



EHESP
OUVRAGES

Bibliographie

- BABIN, P. *SDF, l'obscénité du malheur*. Toulouse : Eres, 2003, 121 p.
- BENOIST, Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical – Approche ethnographique d'un système de soins*. Paris : L'Harmattan, 2009, 156 p.
- BRECHAT, P-H & LEBAS, J (dir.). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, 495 p.
- BRESSON, M. *Sociologie de la précarité* (2^{ème} éd.) Paris : Armand Collin, 2010, 128 p.
- BRUCKNER, P. *La maison des anges*. Paris : Grasset, 2013, 320 p.
- CALAFERTE, L. *Requiem des innocents*. Paris : Julliard, 1952, 217 p.
- CEFAÏ, D., GARDELLA, E. *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samu social de Paris*. Paris : La Découverte, 2011, 576 p.
- CHAUVOT DE BEAUCHENE, E-P. *Maximes, réflexions et pensées diverses*. Paris : Dentu, 1819, 259 p.
- CLEMENT, J-M. *Droits des malades – Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier*. Paris : Les Etudes Hospitalières, 2002, 87 p.
- CLEMENT, S., MANTOVAN J. Les personnes SDF et la question de la santé. Dans BALLEST, D (dir.), *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*. Paris : PUF, 2005, 384 p.
- DAMON, J. *La question SDF. Critique d'une action publique*. Paris : PUF, 2002, 278 p.
- DECLERCK, P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001, 458 p.
- DE KERVASDOUE, J. *L'hôpital* (4^{ème} éd.) Paris : PUF, 2011, 127 p.
- EMMANUELLI, X. *Out*. Paris : éditions Robert Laffont, 2003, 288 p.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976, 248 p.
- GAULEJAC, V. *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer, 2007, 315 p.
- GOFFMAN, E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Editions de Minuit, 1968, 451 p.
- HOMERE. *L'Illiade*, IV, 43
- LE BRETON, D., *Anthropologie de la douleur*. Paris : Editions Métailié, 1995, 227 p.

- MORIN, E. *Dialogue sur la connaissance. Entretiens avec des lycéens*. La Tour d'Aigues : Édition de l'Aube, 2002, 69 p.
- PARIZOT I. *Soigner les exclus*. Paris : PUF, 2003, 256 p.

RAPPORTS

- ABALLEA, P., BRAS, P-L, SEYDOUX, S. *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*. Paris : rapport IGAS, 2006, 97 p.
- ARCHIMBAUD, A. *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité*. Rapport au Premier ministre, 2013, 130 p.
- CHAUVIN, P., GIRARD, V., ESTECAHANDY, P. *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, 2009, 231 p.
- DGCS. *Evaluation du dispositif LHSS (Lits Halte Soins Santé)*. 2013, 179 p., à http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf
- FEANTSA. *Le droit à la santé est un droit humain : garantir l'accès des personnes sans domicile à la santé*. Bruxelles : Rapport annuel de la FEANTSA, 2006, 49 p.
- Grès Médiation Santé. *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*. Paris, commande réalisée à la demande de la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins. 2003, 4p, à http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_pass_rapport_resume.pdf
- HOUNGBONON, G. *Rapport d'analyse sur les jeunes en précarité*. Paris : Secours catholique, mai - juillet 2011, 78 p.
- LAPORTE, A. & CHAUVIN, P. (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Paris : Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, 2010, 227 p.
- MANNONI, C., HARZO, C., CHEVALLIER, D., OSL. *Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans-abri à Marseille*. Rapport à la Ville de Marseille et à l'ARS PACA, mars 2011, 136 p.
- MARIC, M., GREGOIRE, E., LEPORCHER, L. *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*. Rapport de recherche à la DREES, nov. 2008, 136 p.

- Médecins du Monde. *Mortalité des personnes sans abris à Marseille. Premières données et premières analyses*. Marseille, 2009, 8 p.
- Médecins du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France : rapport 2011*. Paris, 2012, 216 p.
- Médecins du Monde. *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France : rapport 2012*. Paris, 2013, 208 p.
- Ministère de la santé et des sports. *Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé : résoudre les refus de soins*. Paris, 2010, à http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Resoudre_les_refus_de_soins.pdf
- Observatoire du Samu social. *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*. Paris, 1998-1999, 7 p.
- ONPES (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale). *Crise économique, marché du travail et pauvreté*. 2011-2012, 134 p., à <http://www.onpes.gouv.fr/Le-Rapport-2011-2012.html>
- ORSMIP (Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées). *L'Equipe Mobile Sociale et de Santé (EMS) : rapport d'évaluation*. Toulouse : rapport réalisé à la demande du CHU de Toulouse, 2002, 72 p.
- Samu social de Paris. *Rapport d'activité 2012*. 2012, 64 p., à <http://www.samusocial-75.fr/wordpress2/wp-content/uploads/2013/09/SSP-RA2012.pdf>
- WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Journal Officiel, 1987, 104 p.

DOCUMENTS OFFICIELS

- ARS d'Ile-de-France. *Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2016*. Paris, 2011, 124 p, à <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>
- ARS PACA. *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2012-2016*. Marseille, 2011, 64 p., à http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Programmes/Ajouts_du_15.11.2011/Programme_regional_d_acces_a_la_prevention_et_aux_soins_PRS_arspaca_15112011.pdf
- CCNE. *Avis n°87 : refus de traitement et autonomie de la personne*. Paris, 2005, 39 p, à <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

- Comité interministériel de lutte contre les exclusions. *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. Sous la responsabilité du Premier Ministre, 2013, 51 p.
- HAS. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé - Principes généraux*. Paris : service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, 2012, 18 p.
- Conférence internationale sur la Santé. *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. New-York, 19-22 juin 1946, 18 p.
- Préfecture de la région Ile-de-France. *Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté d'Ile de France*. Paris, 2010-2011, à <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/GuidePersDiffi.pdf>

ARTICLES

- BENOIST, Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 2008-3, vol 26, pp. 5-34
- BENOIST, Y., TERROLLE, D. Biomédecine, grande pauvreté et domination sociale – Job et les vétérinaires. *Illusio*, 2012, n°8-9, pp. 199-217
- BURLET, L., TERRA, P. Jean Furtos : « Cadres et SDF sont atteints de la même pathologie ». *Lyon Capitale*, consulté le 7 mai 2014 à <http://www.lyoncapitale.fr/Journal/Lyon/Actualite/Actualites/Divers/Jean-Furtos-Cadres-et-SDF-sont-atteints-de-la-meme-pathologie>
- BRIANT, P., DONZEAU, N. Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles, La situation dans les années 2000. *Insee Première*, janvier 2011, n°1330
- DELAROCHERE, B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n° 893
- DESPRES, C. Le renoncement aux soins, une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, octobre 2011, n°169
- DEQUIRE, A-F. Le corps des sans domicile fixe - De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Recherches et éducation*, septembre 2010, pp. 261-290
- FEANTSA. L'Exclusion liée au logement et les arts : Créativité, autonomisation et changement social. *Sans abris en Europe*, printemps 2009, pp. 3-21
- GARDELLA, E. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans abris. *Sciences sociales et santé*, 2008/3, vol 26, pp. 35-46

- INVS. Les inégalités sociales de santé en 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 27 janvier 2007
- INVS. Les cas de tuberculose déclarés en 2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007
- LEBAS, J. Permanences d'accès aux soins de santé : dix ans d'expérience méconnus. *La revue de médecine interne*, juin 2009, volume 30, n°S2, pp. 8-9
- MERCUEL, A. Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? *Annales médico-psychologiques*, décembre 2011, volume 169, n°10, pp. 615-694

TEXTES JURIDIQUES

- Préambule de la Constitution Française du 27 octobre 1946, à <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>
- Loi n°5060 du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics
- Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, à <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508831>
- Loi n°98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 à <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>
- Loi de finances rectificative n°2003-1312 du 30 décembre 2003, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429346>
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
- Loi 2009-879 du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- Loi de finances rectificative n°2010-1657 du 29 décembre 2010, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023314376&dateTexte=&categorieLien=id>
- Loi n° 2011-803 du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte&categorieLien=id>
- Loi n° 2013- 869 du 27 Juillet 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629>
- Circulaire DGCS/1A/2012/369 du 23 octobre 2012 relative à la mobilisation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pendant l'hiver 2012-2013

THESES ET MEMOIRES

- HASSIN, J. *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable*. Doctorat d'université, mention éthique médicale, Université René Descartes, Paris, 1996, à http://www.jacques.hassin.free.fr/these_hassin.pdf
- PIMOR, T. *En famille dans la rue. Trajectoires de la rue et carrières zonardes*. Doctorat de Science de l'Education, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux, 2012, à <http://www.theses.fr/2012BOR21968>
- REDAELLI, M. *La prise en charge des usagers précaires : un enjeu d'avenir pour l'hôpital public*, Mémoire de Master, Sciences-Po Lyon, Lyon, 2012, à <http://ouvrages.sciencespo-lyon.fr/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=422638>
- RODE, A. *Le « non-recours » aux soins des personnes précaires. Construction et réception des normes*. Doctorat de Science politique, Université de Grenoble, 2010, à http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/48/84/03/PDF/These_A_RODE.pdf

COMMUNICATIONS

- FURTOS, J. *Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin*. Communication présentée à la Journée interrégionale Bretagne et Pays de Loire « Santé mentale et précarité », Rennes, 2007.

PAGES WEB

- Aurore. *Un chez soi d'abord : l'expérimentation française de Housing first*. Consulté le 5 mai 2014 à <http://aurore.asso.fr/aurore-travail-sur-le-programme-un-chez-soi-dabord>
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV)*. Consulté le 7 mai 2014, à <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html>>
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Les lits d'accueil médicalisés (LAM)*. Consulté le 10 mai 2014, à <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-d-accueil-medicalises-LAM.html>
- Médecins du monde. *Sans-abris : « il faut ouvrir des centres d'accueil de nuit »*. Interview de Graciela Robert, responsable de la mission SDF à Paris. Consulté le 10 mai 2014, à <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Tribunes/Sans-abris-II-faut-ouvrir-des-centres-d-accueil-de-nuit>
- Médecins du monde. *Sans-abri et mal-logés*. Consulté le 9 mai 2014 à <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Sans-abri-et-mal-loges>
- Plaies d'exil. *Au CASO de Saint-Denis : « Notre but, c'est de fermer »*. Consulté le 3 mai 2012, à <http://plaiesdexil.fr/2012/05/03/les-centres-daccueil-de-soins-et-dorientations-orientent-comme-ils-peuvent/>
- Tweets 2 rue. *Les SDF et la santé, interview de Jean-François Corty, médecin et directeur des missions France de Médecins du Monde*, consulté le 12 mai 2014, à <http://tweets2rue.blogspot.fr/2013/12/les-sdf-et-la-sante.html>

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Tableaux de prévalence INSEE relatifs à la santé des personnes à la rue

Annexe n°2 : Méthodologie de travail définie par le groupe

Annexe n° 3 : Trames d'entretien non directives

Annexe n°4 : Résumés et extraits des entretiens

Annexe n° 1 : Tableaux de prévalence INSEE relatifs à la santé des personnes à la rue

② Prévalence des principaux problèmes de santé physiques des sans-domicile

En %

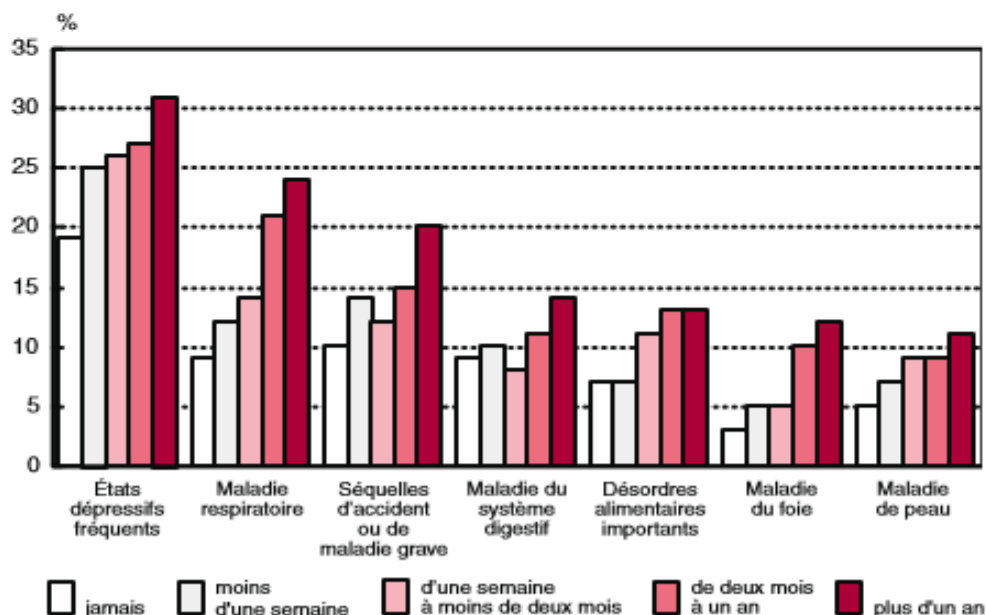
	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Migraine	3	7	4	13	30	20
Maladie respiratoire	6	5	6	13	14	14
Séquelles d'accident ou de maladie grave	2	<2	2	15	8	13
Maladie articulaire et osseuse	9	8	8	11	9	10
Maladie du système digestif	2	3	2	10	10	10
Désordres alimentaires importants	<2	<2	<2	7	11	9
Hypertension	5	3	4	8	9	8
Maladie de la peau	4	6	4	8	6	7
Maladie cardio-vasculaire	3	3	3	6	5	6
Maladie du foie et de la vésicule biliaire	<2	<2	<2	6	4	6

Champ : personnes de 18 à 60 ans

< 2 : l'estimation est inférieure à 2 %

Sources : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier 2001 et Enquête "comportements vis-à-vis de la santé" partie variable de l'enquête Permanente sur les Conditions de Vie, mai 2001, Insee

① Prévalence de quelques maladies psychologiques et physiques chez les sans-domicile selon la durée passée dans la rue¹



1. Il s'agit du temps total passé dans la rue au cours de leur vie

Champ : sans-domicile usagers des services d'aide âgés de 18 à 60 ans

Source : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier 2001, Insee

Source : DELAROCHERE, B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*, avril 2003, n° 893

Annexe n° 2 : Méthodologie de travail définie par le groupe

Le groupe de travail se compose de onze personnes (deux Attachés d'Administration Hospitalière, deux Directeurs des Soins, deux Directeurs d'Etablissements sanitaire, social et médico-social, deux Directeurs d'Hôpital, un Ingénieur d'Etudes Sanitaires, deux Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale). Les différents parcours individuels et la diversité des formations ont enrichi les discussions et les réflexions.

La première semaine de travail a été consacrée tout d'abord à la définition du sujet, aux premières réflexions, à la recherche de la problématique. Le groupe a également lu le recueil de documents à sa disposition et a élargi sa bibliographie par des recherches documentaires complémentaires. Ces premiers échanges ont donné lieu à l'ébauche d'un plan qui a guidé notre réflexion. Nous avons également établi des trames d'entretien, en ciblant des personnes à interroger (personnes à la rue, professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, juristes...). Leur but était de définir au préalable l'ensemble des thèmes à aborder lors des entretiens, mais nous n'avons pas souhaité faire de grille directive afin de laisser à nos interlocuteurs leur liberté de parole et de réflexion.

Nous avons réalisé une trentaine d'entretiens lors de la deuxième semaine, tout en travaillant individuellement sur les thèmes que nous nous étions répartis. Ces rencontres ont été très enrichissantes et ont permis d'agréments considérablement notre réflexion. Certains interlocuteurs, intéressés par notre sujet, ont même souhaité que le présent rapport leur soit communiqué.

Lors de la troisième semaine, nous avons mis en commun les résultats de nos entretiens ainsi que de nos travaux individuels. Nous avons ensuite finalisé notre plan à la lumière de ces éléments. Des sous-groupes ont été constitués afin de diviser les tâches de rédaction et de mise en forme du document final. Nous avons néanmoins fait le choix de réunir l'ensemble du groupe quotidiennement afin que chacun puisse mesurer l'avancée du travail et exposer ses remarques.

Les connaissances, travaux et aptitudes de chacun ont été exploités au maximum dans le but de fournir un rapport le plus exhaustif possible, ceci dans une ambiance de travail sereine et dynamique qui a été stimulante pour l'ensemble du groupe.

Annexe n° 3 : Trames d'entretiens non directives élaborées par le groupe

Thèmes qu'il est souhaitable d'aborder avec les professionnels de terrain (soignants, médecins, travailleurs sociaux...)

- Le contact avec les populations à la rue : fréquence, profils, conditions de la rencontre, lieu, adaptation du lieu...
- La prise en charge: leur relation avec ces populations, l'existence de refus de soins, le non consentement ou la rupture de soins...
- Les perspectives : solutions pour améliorer la prise en charge, attitudes des professionnels, évolution des dispositifs...

Thèmes qu'il est souhaitable d'aborder avec les personnes à la rue

- La prise en charge : la dernière confrontation au soin, le déroulement des soins, l'impression que leur font les professionnels de santé, non-consentement éventuel, motifs, structures favorites...
- Attentes : vis-à-vis des structures, de leur fonctionnement...
- Santé : leur définition, leur état de santé...

Thèmes qu'il est souhaitable d'aborder avec les experts (juristes, spécialistes de l'éthique, directeurs d'établissement...)

- Concepts : leur connaissance de la question du consentement des personnes à la rue, leur définition du consentement aux soins, de la non assistance à personne en danger, la relation soignant / soigné pour les personnes à la rue...
- Perspectives : leur avis sur la question de l'obligation de soins, sur les soins à la rue, leurs propositions de solutions...

Annexe n° 4 : Liste des entretiens effectués

Entretien n°1	Ancien directeur de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris
Entretien n°2	Sage-femme de PMI
Entretien n°3	Médiateur pair en EMPP à Marseille
Entretien n°4	Sociologue et anthropologue au centre Norbert Elias en Avignon
Entretien n°5	Médecin généraliste, cadre de santé et assistante sociale à la polyclinique Baudelaire / PASS de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris
Entretien n°6	Bénéficiaire d'un restaurant social à Limoges
Entretien n°7	Directeur et IDE au SAMU social municipal de Marseille
Entretien n°8	Président du SAMU social de Rennes (entretien téléphonique)
Entretien n°9	Psychologue
Entretien n°10	Médecin aux urgences de l'Hôpital de la Conception à Marseille
Entretien n°11	IDE aux urgences du CHU d'Angers
Entretien n°12	Enseignant - formateur Croix Rouge à Marseille
Entretien n°13	IDE en EMPP à Limoges
Entretien n°14	Médecin responsable de la mission « lutte contre la grande exclusion » à la RATP
Entretien n°15	Professionnels de santé, assistantes sociales et travailleurs sociaux du Samu social de Paris
Entretien n°16	Directeur de la Mission France à Médecins du Monde
Entretien n°17	Maître de conférence à la Faculté de Droit et de Science politique de l'Université de Rennes I
Entretien n°18	Médecin à la PASS de l'hôpital Conception à Marseille
Entretien n°19	Bénévoles de l'association Notre Dame des sans-abris à Lyon
Entretien n°20	Juristes de la Faculté de droit à l'Université Lyon III
Entretien n°21	Cadre de santé à l'ABEJ (Lille)
Entretien n°22	Cadre de santé à l'ABEJ (Lille)
Entretien n°23	Animateurs et éducateurs de l'Accueil Solférino de l'ABEJ (Lille)
Entretien n°24	Sans-abri rencontré à l'Accueil Solférino de l'ABEJ (Lille)
Entretien n°25	Médecin à la mission « recherche et développement en santé publique » de l'ARS PACA
Entretien n°26	Sans-abris rencontrés à Rennes
Entretien n°27	Médecin au service d'addictologie du CASH de Nanterre
Entretien n°28	Médecin au secteur social du CASH de Nanterre

Entretien n°1 : ancien directeur de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris, ayant participé à la création de la consultation Baudelaire, et actuel directeur de CHU - 9 mai 2014

Comment s'est déroulée la création de la consultation Baudelaire à Saint-Antoine ?

A Saint-Antoine, ils avaient fait le constat de nombreuses créances irrécouvrables qui plombaient le budget, et pratiquaient de vrais refus de soins : les patients qui n'avaient pas de papiers ou de droits ouverts à la sécu n'étaient pas pris en charge, sauf cas extrêmes. Ce qu'on a mis en place : accès à une consultation rapide, diagnostic, prescription d'un traitement, fiche de liaison courte avec la pharmacie, passage à la pharmacie, accueil immédiat, mise à disposition du traitement. On était à l'époque dans la pleine expansion de l'épidémie de sida, il y avait donc souvent reconvoction pour le suivi du traitement et en même temps pour le suivi du dossier social.

Aviez-vous envisagé au départ la question des refus / ruptures de soins ?

Oui on l'avait envisagé, notre crainte était surtout sur le sida. Pour cela, le pharmacien était notre pivot. Il surveillait les échéances et prévenait systématiquement les personnes de la date de leur prochain traitement. Et on savait que les personnes à la rue sont difficilement appréhendables, elles étaient très méfiantes vis-à-vis du système de santé. On savait qu'on prenait également le risque d'un trafic des traitements. Et en fait on n'a quasiment pas eu de soucis. On a établi facilement un lien de confiance en misant sur la qualité de l'accueil et de l'échange.

Pensez-vous que c'est le bénéficiaire qui doit aller au soin, ou le soin au bénéficiaire ?

Non. Il ne faut surtout pas externaliser systématiquement ce type d'activités, parce qu'on tombe dans l'excès inverse. On aura un traitement très spécifique d'une partie de la population en fragilité vis à vis d'une organisation sociale dont elle est exclue, et à force de leur apporter une aide trop spécifique on va conforter leur exclusion définitive, alors que le but est aussi d'aider à la ré-identification sociale. Il vaut mieux travailler à faire en sorte que l'accès aux soins soit opérationnel plutôt qu'à se disperser sur ces pistes. Il est important de mettre un soignant dans les maraudes, mais cela est suffisant pour établir le lien, pour apporter des soins basiques et éventuellement distribuer des médicaments de première nécessité.

Que pensez-vous de l'obligation de soins ?

Pour moi la question est déjà réglée. Quelqu'un dans une situation dangereuse pour lui-même ou autrui et en refus de soin, la loi prévoit déjà son cas. Après tant que la vie de la personne n'est pas en jeu, pas de ramassage forcé. On n'a jamais laissé quelqu'un mourir à la rue pour autant.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

Le problème actuel, ce n'est pas les plus démunis. Des voies d'abord ont été créées et fonctionnent. Le problème c'est la frange de population intermédiaire, juste au-dessus du seuil de pauvreté, qui se voit supprimer certaines aides sociales du fait de ses tout petits revenus. Aujourd'hui, le non-droit est plutôt sur cette population, qui elle est démunie en termes de recours pour les soins. Et c'est une frange de la population qui croît, avec de plus en plus de familles monoparentales, de personnes âgées...

Pour moi, le phénomène de l'exclusion il est là aujourd'hui, il se produit sous nos yeux sans qu'on réagisse, en tout cas d'un point de vue sanitaire. Ce n'est pas une misère immédiatement visible, mais les gens qui arrivent aux urgences et qui n'ont pas pu consulter du fait de leurs moyens subissent de vraies pertes de chance.

Rencontrez-vous souvent des personnes à la rue ? Dans quelles circonstances ?

Depuis peu, je m'occupe des femmes d'un campement Rom. Mais mes patientes à la rue me sont bien plus souvent adressées par le 115, elles sont souvent dans des hôtels sociaux ou des chambres du 115.

Cette population a-t-elle évolué ?

Il y a avant tout de plus en plus de femmes à la rue. Parmi ces femmes, on dénombre une grande majorité de femmes d'origine étrangère et sans papiers. Je dirais que ce sont plutôt les nationalités qui varient avec le temps, en fonction des événements géopolitiques.

Pour quelles raisons consultent-elles ?

Nous avons un partenariat avec la maternité, on nous les adresse quand elles sont en situation précaire, d'autant plus lorsqu'elles sont enceintes car on considère que ce sont des grossesses à haut risque. On essaie de les voir entre leurs consultations de suivi, notamment celles dont on sait qu'elles n'iront pas en consultation.

Comment envisagez-vous la relation soignant / soigné avec ces femmes ?

Je ne vois aucune différence entre les femmes à la rue et mes autres patientes. Ou plutôt toutes les patientes sont des cas particuliers. En tout cas ce n'est pas la précarité qui fait la différence.

Quelles peuvent-être les causes des refus/ruptures de soins ?

Cela dépend vraiment des situations. Les Roms par exemple, ont une tradition très importante de vie en groupe. De plus, la famille est dans leur situation la seule instance sécurisante, alors prendre le risque d'être séparées de leurs familles elles ne l'acceptent pas. Cela leur est déjà arrivé en appelant le 115, seules les femmes et enfants en bas âge ont une chambre. Du coup elles n'appellent plus, et elles nous associent à ça et ont peur de l'hospitalisation, qu'on les sépare de leurs familles. Ce sont également des questions culturelles, notamment sur la place du soin dans le pays dont elles sont originaires, sur la place de la femme, de son corps. Certaines femmes ne comprennent pas l'intérêt d'exams car les grossesses sont très peu médicalisées dans leur pays, d'autres si. Par exemple, les femmes africaines sont très faciles à suivre, très en demande de soins. Elles perçoivent le soin comme synonyme de progrès, leur rapport au soin est très sain. Des personnes à la rue peuvent tout à fait avoir eu les éléments éducatifs nécessaires pour appréhender au mieux le soin. Et parfois je vais rencontrer beaucoup plus de difficultés avec des femmes ayant un habitat en cité, et vivant de minima sociaux. Ou par exemple avec des femmes issues de milieux très ruraux, où le rapport au médicament est très différent du nôtre.

Comment faire pour éviter ces refus / ruptures de soins ?

Il faut avant tout comprendre leur milieu (exemple : le jour où j'ai compris que si elles ne pouvaient jamais venir en consultation le mercredi et samedi après-midi, c'est parce qu'elles avaient parlé avec leur conjoint ou un membre de leur famille emprisonné !)

Il faut tisser du partenariat entre les institutions, qu'elles agissent en complémentarité et pas en concurrence : 115, PMI, MDM, la boussole...

Se sentir humain, avoir envie de vivre : il faut que le système encourage cela.

Pensez-vous que le soin doit aller au bénéficiaire ou l'inverse ?

Mon boulot c'est de ramener dans le soin les femmes qui ne se soignent pas, pas question d'aller le faire ailleurs, ce ne serait pas éducatif, et elles n'apprendraient pas ainsi à s'occuper d'elle, alors elles seraient encore moins autonomes pour s'occuper d'un enfant.

Entretien n°3 : médiateur pair en équipe mobile psychiatrie précarité à Marseille – 12 mai 2014

Idée forte : santé communautaire, pour permettre aux personnes à la rue de reprendre le pouvoir sur leur vie. Le processus est individuel, chaotique, non linéaire.

La question du consentement aux soins psychiatriques

La question ne se pose pas car on est sous le coup du droit commun. Si la personne refuse le soin, on la laisse tranquille. Le consentement doit être éclairé. Autrement, le soin est sous contrainte (à la demande d'un tiers, de l'Etat ou en cas de péril imminent) : en cas de crise psychotique par exemple. L'équipe mobile (composée de travailleurs sociaux, médecins généralistes, psychiatres) peut la demander.

Le rôle du médiateur est de faciliter le consentement sans que ce soit une contrainte. Il faut en ce sens, créer un lien de confiance avec la personne à la rue (écouter, accueillir, rassurer). Il est important d'aller vers elle (tourner, marauder), d'installer le lien dans le temps, faire de la consultation. Souvent, la personne ne consent pas car elle ne veut pas perdre son indépendance, ou alors, elle ne veut pas perdre sa place.

La question du suivi

Même lorsque la personne est stabilisée, il y a risque de rechute : nécessité de l'éducation thérapeutique du patient.

Solutions / pistes d'amélioration

Développer l'auto-support, à l'image du Collectif des SDF de Lille, permet de développer une identité de la rue, fait prendre conscience aux personnes à la rue qu'elles sont des citoyens avant d'être des exclus. On reprend ainsi sa vie en main et recommencer à raconter son histoire, retrouver l'espoir. Cela étant, l'auto-support est difficile à mettre en place de par la culture individualiste de la rue.

Développer le volet soin par exemple pour les populations spécifiques : exemple de suivi avec les CCARUD / CSAPA pour les toxicomanes.

Développer le réseau dans chacun de ces éléments :

- Améliorer la politique du logement d'urgence : Le Docteur Vincent Girard a développé « un chez soi d'abord » sur le modèle du « *housing first* ». L'interviewé propose également d'autoriser la consommation d'alcool dans les chambres des CHRS : transformer un enjeu de discipline en un enjeu de santé (maintien de la personne en centre / contrôle de la consommation)
- Améliorer l'insertion professionnelle.

Entretien n°4 : sociologue et anthropologue au centre Norbert Elias en Avignon, chargé de recherche AP-HM en sociologie de la précarité – 9 mai 2014

Recensement des personnes à la rue. : Flou total. Son ressenti : il y a à la fois un vieillissement et un rajeunissement des personnes à la rue.

Relation soignant / soigné

Ce n'est pas une relation fixe. Dépend d'où se fait la rencontre et de qui est le soignant (IDE, médecin, psychologue..). Tous ces éléments entrent en jeu : il n'y a pas de structure sans appareillage symbolique¹⁵⁰.

La question du refus de soins somatiques

Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène :

- La question matérielle : difficile de se déplacer quand on a sa maison sur le dos, son chien
- Leur vécu quotidien / routine organisée autour des questions de survie (la santé pour la personne à la rue n'est pas l'urgence)
- Un rapport difficile à l'institution
- Une méconnaissance des droits : beaucoup estiment ne pas avoir droit aux soins
- Des troubles chroniques qui entraînent une perte de confiance et un « décrochage » (par manque de temps, d'argent etc.)

Eventuelles solutions

Plusieurs pistes sont à explorer :

- développer des « politiques de la misère », type « housing first » en s'adaptant aux populations concernées
- agir sur les structures en développant la médecine pour grands précaires
- rendre moins stigmatisant le fait de se rendre dans des structures comme la PASS
- développer l'auto-support, à l'image du GAF de Toulouse (Groupe Amitié Fraternité), association de SDF, créée par des SDF, pour des SDF, mise en place depuis une quinzaine d'années. Cela dit, les sans-abris ont plutôt tendance à développer des stratégies de dissimulation, ils se cachent, ne revendiquent pas.

<p align="center">Entretien n°5 : professionnels de la polyclinique Baudelaire / PASS de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris – 7 mai 2014</p>
--

Les premiers acteurs concernés par la question du consentement aux soins sont les maraudes, qui amènent à la polyclinique des personnes sans abri qu'elles ont réussi à convaincre de se soigner. Les SDF ne viennent donc jamais par eux-mêmes à la polyclinique, et ils acceptent de venir le plus souvent au moment où ils ressentent une gêne intense, qui leur pose problème pour la vie à la rue. Pour favoriser le consentement aux soins, l'enjeu est donc celui du développement des différentes équipes mobiles, dont les PASS mobiles.

Le travail de persuasion est très difficile car les personnes qui vivent à même le sol ont perdu toute estime d'elles-mêmes. Le travail d'approche se fait par un regard que l'on parvient à accrocher, mais très souvent, ça ne marche pas et quand le premier contact échoue, il est très difficile d'en renouer un. Le lien se crée toujours sur le fil du rasoir et lorsqu'il est noué, c'est ensuite le « *maternage extrême* » qui permet de garder la personne.

La population fréquentant la polyclinique a peu évolué depuis vingt ans, même s'il est vrai qu'il y a de plus en plus de populations migrantes de l'Est, dont quelques femmes avec enfants. Dans les pathologiques, on trouve beaucoup d'hépatites C et d'addictions. L'éthylisme concerne toutes les personnes à la rue, il faut boire pour réussir à tenir dans ce milieu. Face à

¹⁵⁰CEFAÏ, D., GARDELLA, E. *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samu social de Paris*. Paris : La Découverte, 2011, 576 p.

cela, les discours moralistes n'ont donc aucun effet, la meilleure stratégie est d'amadouer la personne et de lui faire peur avec les conséquences possibles de son comportement. Certains soignants, même à la polyclinique, adoptent cette attitude moraliste ou conditionnent leurs soins à un certain niveau d'hygiène, ce qui n'a aucune efficacité. Dans tous les cas, les études ont montré l'échec des démarches de sevrage qui ne procèdent pas d'une demande volontaire, et c'est donc le rôle du soignant de susciter cette demande. Pour ne pas braquer la personne, cette proposition ne peut intervenir que lorsqu'elle commence à se porter mieux. Comme la peur n'évite pas le danger, il est plus efficace d'évoquer les conséquences financières et sociales de l'alcoolisme que sanitaires.

Les ruptures de soins et les départs avant fin de traitement sont nombreux mais ils s'expliquent surtout par le manque de solutions d'aval : sorties d'hospitalisation de plus en plus précoces (DMS) et très peu de lits halte soins santé pour ceux qui ne peuvent pas suivre leur traitement dans la rue (exemple : prise d'insuline). Les règles fixées jouent aussi un rôle dans certaines ruptures de soins : les personnes à la rue quittent la structure lorsqu'on leur demande de se séparer de leur bouteille d'alcool. Parfois, les soignants considèrent qu'il vaut mieux laisser partir une personne en état de manque que de la garder contre son gré, en lui proposant de revenir plus tard. Certaines personnes gravement malades quittent l'hôpital contre avis médical lorsqu'elles vont mieux avant de revenir pour une nouvelle décompensation. En foyer d'hébergement, la promiscuité et le manque de sécurité incitent les personnes sans abri à y rester le moins longtemps possible.

L'enjeu est de réussir à adapter la structure aux usagers tout en les amenant à se conformer à certaines règles pour respecter les limites de la sécurité collective. La polyclinique sait s'adapter aux situations de désorientation temporelle ou de violence, mais ce n'est pas le cas de la plupart des structures de soins. Plus que la formation, c'est l'expérience qui permet d'apprendre à réagir aux situations, à allier subtilement souplesse et fermeté, en faisant attention à ne pas « *se faire marcher dessus* » et « *céder aux caprices* ». En effet, l'attitude des personnes à la rue est très paradoxale car elles ne sont pas souvent en demande mais lorsqu'elles veulent une aide, elles ne veulent pas attendre pour être servies et peuvent même se montrer agressives. Elles sont à la fois peu compliantes et impatientes. La demande exprimée est d'abord une demande d'hébergement ou simplement d'échange, le soin vient toujours en dernier.

Les soins sous contrainte pour les personnes à la rue sont inenvisageables d'un point de vue éthique autant que juridique. Le seul cas qui pourrait poser question est celui de la tuberculose bacillifère, qui est très contagieuse et mortelle, mais peut-on vraiment concevoir d'enfermer quelqu'un pour 6 à 8 mois, le temps du traitement ? Dans les faits, il n'y a aucun précédent de tuberculeux ayant refusé l'hospitalisation, après avoir compris les risques qu'il encourait. La gale ne pose pas le même problème dans la mesure où l'on en guérit plus vite. Par contre, il est vrai que l'ouverture de toutes les structures psychiatriques pose question pour certaines personnes qui ont besoin d'encadrement. Avec cette ouverture, on a retrouvé dans la rue beaucoup de personnes qui étaient auparavant suivies dans un cadre structuré et qui ont connu la précarité et se retrouvant seules dans la société. Pour les personnes qui refusent un cadre trop rigide, les solutions intermédiaires telles que les pensions de famille, les résidences relais et les résidences accueil semblent pertinentes.

Le service des urgences est beaucoup plus confronté au refus de soins que la polyclinique, car certaines personnes sont amenées contre leur gré après avoir troublé l'ordre public. Leur prise en charge médicale est systématique mais dans l'ordre de priorité, elles passent après celles qui ont une urgence vitale. On leur propose alors de voir une assistante sociale ou de se rendre à la polyclinique dans ses horaires d'ouverture. Quoi qu'il en soit, ce mode de prise en charge par les urgences n'est pas le plus adapté pour créer un lien et réussir à garder les personnes sans abri, ce qui n'est d'ailleurs pas la vocation de ce service.

Avec ses nouvelles contraintes, l'hôpital est en train de laisser tomber le social : les infirmiers n'ont plus le temps de faire la vraie prise en charge biopsychosociale qui leur a été enseignée et les patients doivent sortir de plus en plus vite pour éviter d'augmenter la DMS des services. Les solutions alternatives à l'hospitalisation complète qui se développent, comme la chirurgie ambulatoire et l'HAD, ne sont pas adaptées aux patients dans des situations particulières, comme les SDF.

En conclusion, le besoin de soins existe toujours même si la demande n'est pas toujours explicite, et le problème est d'abord celui des relais : les professionnels soignants ont le sentiment de « *tourner en rond* » sans réussir à trouver les bons interlocuteurs. Si tout n'est pas qu'une question de moyens, il est illusoire de penser que l'on fera plus avec moins : « *pour mettre de l'huile dans les rouages, il faut que tout le monde ait les moyens de dépasser un peu le cadre strict de ses missions* ».

Entretien n° 6 : bénéficiaire d'un restaurant social à Limoges – 10 mai 2014

Le restaurant social est né d'un collectif d'associations en 1994 (restaurant du cœur, Emmaüs, secours populaire, ...). Il est ouvert tous les jours de la semaine matin et soir (le Week-end et jours fériés seulement à midi mais possibilité d'un sandwich pour le soir). Le repas est facturé au bénéficiaire à 1€50. L'équipe du restaurant est composée de 4 salariés (directeur, personnels de cuisine) et de bénévoles pour le service. Le jour de l'entretien, le restaurant a servi 104 repas entre 11h30 et 13H00. Le directeur me propose de réaliser un entretien auprès d'un homme d'une quarantaine d'années qui mange seul à sa table.

Venez-vous fréquemment ici ? Oui je viens régulièrement depuis plusieurs mois. Ici on mange bien ... les repas sont équilibrés. **Vous prenez soin de votre santé ?** Je n'ai pas la possibilité de me faire des repas là où je suis. **Vous voulez bien m'en parler ?** Je vis tantôt chez les uns tantôt chez les autres ... c'est des personnes que j'ai connu à la rue, qui m'hébergent aujourd'hui. Mais je ne reste jamais très longtemps chez la même personne. **C'est compliqué de trouver un appartement ici ?** Cela dépend, il en existe mais c'est des appartements insalubres. Pour les appartements corrects, on nous demande une caution ... et moi je n'ai pas d'argent. **Pensez-vous avoir droit à des aides financières ?** Oui bien sûr, je pourrais avoir une aide au logement et j'ai actuellement le RSA et la CMU. **Ces aides vous permettent-elles d'accéder à des soins si vous en avez besoin ?** Oui, je vais voir mon médecin régulièrement ... et tout va bien.

Avez-vous fréquenté des centres d'hébergement ? Non et je ne veux pas y aller ... car il n'accepte pas les animaux et moi j'ai un chien. **Que pouvez-vous me dire des dispositifs d'aide que vous fréquentez ?** On est beaucoup trop materné ... **C'est-à-dire ?** Vous ne décidez jamais de rien ... quand on vous propose un logement c'est celui-ci ou rien par exemple ... sous prétexte qu'on est pauvre ... on n'a pas droit au choix. **Que faudrait-il changer selon vous ?** La façon dont on nous regarde ... on n'est pas des pestiférés. **Des pestiférés ?** Oui des personnes différentes qui doivent se soumettre. **Est-ce le cas dans ce restaurant ?** Non ici on ne nous pose pas de question, on nous prend comme on est... et puis ici j'ai mes amis avec lesquels je mange ... pour moi c'est important de trouver un peu de chaleur et de convivialité. **C'est-à-dire ?** On est souvent très seul et je pense qu'on ne nous comprend pas. Pour nous comprendre il faut être passé par là... avoir vécu ce que nous vivons. Les gens avec qui je mange me comprennent bien. **Voulez-vous ajouter autre chose à notre discussion ?** Non.

Entretien n°7 : directeur et IDE volontaire au SAMU social municipal de Marseille – 7 mai 2014

Le SAMU social municipal de Marseille est en place depuis 1996-1997. Il est ouvert de 7 heures à 1 heure. Il emploie 70 professionnels rémunérés (aucun bénévole) et dispose de 16 véhicules.

Concernant la question de la non-assistance à personne en danger.

On est souvent à la limite. Le Procureur a un jour effectué une maraude avec l'interviewé. Le constat est le suivant: si un accident survient, une enquête de police de proximité a lieu. Elle contrôle que le SAMU, en tant que responsable de l'action, a pris tous les moyens nécessaires (pédagogiques, psychologiques) pour inciter la personne vulnérable à accepter le soin. Devant le refus, et en cas de grave danger, les possibilités sont l'appel aux Marins-Pompiers, au SAMU ou à Médecins du Monde. Cela pose, outre le problème du consentement, celui de l'évaluation du danger.

La réponse à l'urgence.

Il n'y a pas assez de personnel médical dans le service. L'interviewé a demandé à la Ville, une IDE titulaire pour répondre à la première urgence. Il faut évoluer vers une approche plus médicale qui n'existe pas pour le moment à Marseille. En 2011-2012, des médecins de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires ont maraudé pendant les 3 mois d'hiver, de 17 heures à 1 heure du matin (rémunérés par l'Etat, dans le cadre du plan grand froid) : 5 personnes ont pu être sauvées d'une mort certaine causée par le froid. Le plus souvent, les personnes vulnérables sont transportées, si elles consentent, vers des centres d'hébergement de jour ou de nuit. Ces transports se font sur la base de conventions.

Tenter d'expliquer le refus de soins.

Selon les sans-abris, « *quand on entre à l'hôpital, on n'en sort plus* » : on constate un fort terrain anxieux chez les personnes à la rue. Certaines ont déjà été hospitalisées sans succès notamment dans des lieux psychiatriques, d'autres ont fait de la prison. Par conséquent, on retrouve chez beaucoup de ces personnes vulnérables, le refus de l'enfermement. C'est pourquoi le médecin doit venir dans la rue. L'interviewé souligne la survenance d'éventuels problèmes de communication avec les toxicomanes, les personnes ayant une lourde pathologie psychiatrique, ou encore les étrangers avec lesquels se pose le problème de la barrière linguistique. Nombreux sont ceux qui pensent qu'ils n'ont pas droit aux soins car ils n'ont pas de papiers de sécurité sociale.

Amener la personne vulnérable à accepter le soin.

La confiance par le dialogue est la base. Il faut rendre leur dignité à ces personnes. Le soignant essaie d'amener petit à petit, par la préparation psychologique, le sans-abri à une éventuelle hospitalisation. L'interviewé parle de « *reprise de survie* ». Il arrive aussi que le SAMU social utilise le moyen coercitif : la personne à la rue peut être amenée d'office aux soins, par la police municipale, sur appel du Samu.

<p>Entretien n°8 : président du SAMU social d'une ville de plus de 200 000 habitants (entretien téléphonique) - 29 Avril 2014</p>
--

Une grande majorité des médecins n'accepte pas les personnes sous CMU. Les personnes à la rue n'ont plus la démarche intellectuelle de faire les démarches pour se faire soigner. Leur parcours de vie les rend fragile. Lorsque l'on emmène quelqu'un aux urgences, il faut taper du poing sur la table pour la faire accepter. L'accueil dans les hôpitaux classiques est très difficile pour les SDF. Quand le camion du SAMU social arrive à l'hôpital, les visages changent... Cela pose des problèmes de faire intervenir les pompiers quand il s'agit des SDF. Ils sont considérés comme des gens de seconde zone. Maintenant on appelle systématiquement le 115 et non le 18.

On a beau dire que les soins sont ouverts à tous, ce n'est pas vrai dans la réalité. Certains refusent en effet de se faire soigner comme cette femme qui pèse 32 kg et qui refuse d'aller aux urgences. Elle n'a pas eu le déclic dans sa tête. Elle a peur de se retrouver seule, de quitter la rue, ses amis... Il ne faut pas oublier que 30 % de la population SDF dépendent des soins psychiatriques.

Entretien n°9 : psychologue - 6 mai 2014

Je suis psychologue de formation. J'ai appuyé une IDE sur un mémoire sur le soin aux SDF. On se préoccupe de l'accès aux soins des SDF mais les SDF ne donnent pas accès à leur corps. On parle de bien-être, etc. mais ça n'a pas de sens pour les gens qui sont dans une manière de vivre tellement éloignée de ce que l'on voudrait pour eux que ça n'a aucun sens. On peut accéder aux SDF pour les soigner seulement quand on les ramasse pour cause de délire dans la rue, blessures,... On peut les soigner le temps où on les tient car il y a l'impossibilité d'échapper.

La question principale est celle de la représentation de la santé ?

Au fond, quand un SDF se réveille, il a froid et son truc c'est, d'une part récolter des sous pour s'acheter de l'alcool, du tabac ou de la nourriture, c'est où planquer mes sacs et c'est où je vais pouvoir passer la nuit prochaine. Le reste n'a pas de sens. Aux Restos du cœur, ils font des massages aux SDF sans les déshabiller. On a une représentation de la santé et du soin qui n'est pas la même que les SDF. Le problème est notre conception de la santé, si on conçoit ça comme un corps à soigner, on ne comprend rien à la santé des gens. C'est quelque chose qu'on éprouve. Ce sont des gens qui sont dans un rapport au monde où ils ont leur manière de concevoir leur vie, leurs soucis premiers (etc.) et faut d'abord s'occuper de ça si on veut s'occuper de leur santé. Dans un établissement, il faut des règles, or, s'ils voulaient bien des règles, ils ne seraient pas dans la rue.

Question : Doit-on forcer ces personnes un moment donné à se soigner ?

De mon point de vue, non. Ça pose la question, du consentement éclairé. Est-ce que la personne est dans la possibilité d'avoir un avis vraiment personnel ou est-il dans un tel marasme lié à la drogue, etc. qu'il ne peut plus avoir d'avis et qu'il est « *décérébré* ». C'est vraiment au cas par cas. Le SDF qui refuse l'aide qu'on veut lui apporter a de bonnes raisons de son point de vue. On qualifie de besoin du SDF ce qu'on sait lui offrir, c'est-à-dire ce qui ne nous coûte rien. Le besoin est ce que l'institution sait faire mais ça n'a rien à voir avec ses besoins à lui. Notre bienveillance est assez hypocrite. Il faut considérer un SDF comme un être humain à part entière et on ne peut pas faire ce qu'il ne veut pas qu'on lui fasse.

A l'EHESP, j'ai travaillé sur les questions de promotion de la santé et question de planning familial, avortement, SIDA, etc. Je me suis toujours posé la question : on a une idée de ce qui est bien pour l'autre mais ce crétin ne suit pas les conseils qu'on lui donne ! Les humains ne sont pas des objets que l'on peut tailler à nos envies. C'est des chieurs qui ont leur manière de se faire du bien, leurs inspirations, etc. Ils n'ont pas forcément une idée très élaborée de là où est leur bien mais peut-on être là dans le concret de ce qu'ils vivent ?

Quand on résout les problèmes de base, les gens peuvent aller vers un ailleurs. On peut avoir des désirs sur ce que doivent faire les gens mais eux jusqu'où peuvent-ils aller sur ce chemin-là ? Ça demande beaucoup d'humilité et de respect de là où ils sont aujourd'hui. Ce n'est pas avec eux qu'on discute des politiques et choses à mettre en place et de ce que l'on va faire pour eux. Ça demande une souplesse de réponses au cas par cas, ça ne peut se faire qu'avec des structures souples et ouvertes. Il faudrait des acteurs un peu différents, anthropologues, psy, sociologues, pluridisciplinaires pour comprendre qu'elle est la vie des gens. Et à partir de là, modestement qu'est-ce que je peux faire ici et maintenant pour aider ?

A Rennes, il y a des restaurants sociaux avec peu d'exigences, type Leperdit. Il faudrait trouver des idées autour du gardiennage, des points d'eau, ... Au secours catholiques, on leur échange leurs vêtements, on assure la conversation, on soutient leur quotidien, leurs questions, leurs sentiments de vivre...

Ce sont des humains, ils ont besoin de solidarité et de parler comme tout le monde. On ne peut pas regarder les gens avec nos propres repères en pensant que c'est les bons. La définition des besoins c'est ce que l'institution sait faire. Faut d'abord le considérer comme un humain, considérer ses demandes précises et après établir une relation sur laquelle pourra se fonder le soin.

C'est le lien social qui entretient la santé. Les professionnels n'ont pas souvent cette réflexion. Cela suppose des éducateurs de rue qui se baladent, qui sont des personnes recours. Ce n'est pas aux gens à la rue de venir aux centres c'est aux centres de venir vers les gens à la rue pour créer du lien car eux ne viendront pas forcément. La santé n'est pas quelque chose de séparable du reste. Le problème de la santé c'est qu'on est envahi par la médecine et le soin. Or, des gens malades sont en santé. La santé est plutôt un rapport à soi-même et aux autres. On ressent qu'on est bien quelle que soit la situation.

Le Relais travaille sur la santé en s'occupant des soins car questions de vie, et là ils vont trouver des ouvertures. Souvent les rendez-vous ne sont pas honorés. Il y a la trouille d'aller voir le médecin aussi et d'entendre des choses qu'on n'a pas envie d'entendre. La temporalité est liée à des impératifs : mendier, aller à la soupe, trouver où dormir, etc. Il y a des impératifs qui rythment leur journée.

Tout le problème est relationnel. Comment garder des liens qui vont permettre de déboucher sur des soins ?

Entretien n°10 : médecin aux urgences de l'Hôpital de la Conception à Marseille – 6 mai 2014

Accueil des personnes à la rue

Fréquence : au moins 4 SDF le matin, arrivés pendant la nuit, transportés par le SAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes).

Le SMUR est en charge de l'évaluation : c'est le point d'appel.

Causes d'arrivée aux urgences : l'état d'ébriété le plus souvent (alcool et cannabis). Soins dispensés : alcoolémie, bilan, grand nettoyage.

Question du consentement

Le taux d'alcoolémie de certaines personnes à la rue fait qu'il n'y a pas consentement ou non consentement.

Cas où il y a obligation de soins : chute, violence (la police avant d'emmener la personne est tenue de demander un avis médical), maladies infectieuses (risque d'épidémie), maladies psychiatriques (présentant un danger pour soi-même ou pour autrui).

En général, c'est le SMUR qui évalue le risque.

Réflexions sur les solutions envisagées pour améliorer les dispositifs / structures

On fait peser sur l'hôpital, tout le poids des problèmes du social. Surtout sur le service des urgences dont le rôle est d'accueillir tout le monde. 30% des patients admis dans les services hospitaliers le sont par les urgences. Les personnes à la rue sont dans les faits refusées par le privé et les services en T2A. Le refus de ces derniers n'est jamais explicite (obligation de prise en charge). Il prend la forme d'une longue attente pour obtenir des soins. De fait, le SDF s'en va souvent avant d'avoir vu un médecin. Il y a un manque de médecins urgentistes (il en faudrait 5-6 de plus pour les urgences des hôpitaux Timone et Conception). Les relais médico-sociaux comme la PASS sont à développer.

Question de la responsabilité.

En cas de problème, le médecin est responsable. Depuis l'affaire du sang contaminé, le principe de précaution, personne ne veut prendre de risques (pompiers compris), les gens se couvrent et les personnes à la rue sont plus facilement « embarquées », emmenées aux urgences. Mais après, gros problème au niveau de l'aval : qui fait assure l'aval ? Pas grand monde... problème de suivi.

Faut-il former le personnel médical au social ?

Non. Il y a déjà trop de tentatives d'« éducation » du personnel médical et pas assez de moyens.

Pistes d'amélioration

- Développer le réseau pour assurer un meilleur suivi. Dans les faits, la personne à la rue lorsqu'elle vient à l'hôpital, ressort avec une prescription mais ne prend pas toujours les médicaments. Elle sera sans doute réadmise aux urgences. C'est un éternel recommencement.
- Problème des moyens octroyés aux urgences : il n'y a pas d'évaluation correcte des moyens nécessaires.

Entretien n° 11 : IDE aux urgences du CHU d'Angers - 6 mai 2014
--

Pourquoi arrivent-ils aux urgences ?

Souvent ils sont en état d'ébriété sur la route donc ils arrivent aux urgences pour faire un dégrisement, parfois ils arrivent pour des petites plaies. Il ne faut pas oublier qu'ils ont du mal à rentrer dans quelque chose de cadré, et en plus ils ont souvent des troubles addictifs à des drogues moyennement dures. Ca empêche les suivis réguliers.

Quand ils arrivent aux urgences que faites-vous ?

La plupart du temps aux urgences, c'est des chroniques qui reviennent souvent. Nous, aux urgences à Angers, il y a un suivi avec une infirmière addictologue. Elle crée une fiche et elle propose un rendez-vous et ensuite il y a un suivi externe en dehors de l'hôpital. Tous les SDF chroniques étaient suivis. Souvent, ils ne sont pas pris rapidement en charge. Ce n'est pas l'endroit où tu peux prendre le temps de voir le côté social de la personne. A Angers, dès qu'il n'y avait pas de CMU, l'assistante sociale était avertie pour qu'au moins une CMU soit ouverte. Je pense à l'exemple d'un SDF qui avait une plaie très très moche qui nécessitait une intervention rapide, le chirurgien n'était pas disponible, il devait le voir le lendemain. Le SDF n'est jamais revenu. Quand il est rentré dans le hall des urgences, il n'a pas réussi à rester plus de 10 minutes dans le hall sans devoir aller prendre l'air dehors, il était incapable de rester enfermé.

Comment envisagez-vous la relation soignant / soigné ? Et plus particulièrement vis-à-vis des personnes à la rue ?

La prise en charge est complètement différente quand tu connais la personne ou pas. Aux urgences, il y a tellement de boulot qu'on n'a pas trop de temps de leur parler. Le matin, tu leur sers un petit déjeuner, tu prends plus le temps. Mais c'est longtemps après leur arrivée. Les SDF que tu vois moins souvent, sont beaucoup plus réservés. Chaque soignant a sa sensibilité. C'est le regard qu'on leur porte qui met aussi les personnes à la rue à l'écart.

Etes-vous confronté à des refus / ruptures de soins ? Si oui, pourquoi selon vous ?

La plupart du temps, oui. Ils arrivent, ils sont saouls. Quand ils ont décuvés, ils veulent sortir de l'hôpital au plus vite. Le médecin arrive souvent une heure après leur réveil. Souvent ils refusent le soin, car ils ne veulent pas rester là. Ils ont passé la nuit au chaud, là ils veulent retourner dans

la rue. Il faut aller les voir dans la rue, et créer de la confiance avec eux et les accompagner dans les structures pour leur montrer que c'est des endroits où ils peuvent sortir et entrer comme ils veulent. Si tu les forces, tu sais qu'ils ne reviendront pas. Il faut toujours se mettre en tête qu'ils n'ont plus de repères, ni de cadres structurants. Ils ne supportent pas de rester enfermés dans l'hôpital. Comme l'exemple du marginal avec sa plaie, là tu ne peux rien faire. Heureusement qu'ils gardent le droit de savoir s'ils veulent être soignés ou pas.

Vous sentez-vous parfois démuni face à cette population et / ou ce refus / cette rupture de soins ?

Il faut avoir beaucoup de patience avec eux, ils sont livrés à eux-mêmes. La confiance dans la vie, ils l'ont plus ou moins perdue. Chacun a le droit de choisir de se faire soigner. Par exemple, les témoins de Jéhovah n'acceptent pas les transfusions. Tu te trouves souvent démuni, mais comme pour tous les alcooliques chroniques. Les urgences ne sont des structures adaptées pour eux.

Que faites-vous / que pouvez-vous faire face au refus / à la rupture de soins ?

Rien, pas d'imposition de soin sauf quand l'alcoolémie est trop grande car ils peuvent se faire du mal en ressortant alcoolisés. On les garde jusqu'à ce qu'ils dégrisent. Mais c'est ainsi pour tous les gens alcoolisés (exemple : étudiants). Certains SDF sont tellement coupés du monde que leur addiction leur permet d'oublier.

Avez-vous des solutions ou des idées pour améliorer la prise en charge ?

Les améliorations seraient de renforcer les équipes mobiles car c'est à l'extérieur que tu les suis le mieux (addictologie, infirmière). Tu auras plus de mal à les faire rentrer en structure de soins. Il faudrait refaire des pansements dans la rue, etc. Mais il y a de moins en moins d'embauches d'infirmières.

Selon vous, que faut-il changer dans l'attitude professionnelle et / ou les formations pour répondre à l'enjeu du consentement aux soins ?

Dans la formation que j'ai eue, ils parlaient très peu du social. Juste les différentes prises en charge. Nous n'avions pas d'intervention du SAMU social. Ce qu'il faudrait c'est avoir une ou deux journées où les étudiants peuvent suivre le SAMU social, petites sœurs des pauvres. Culturellement y a tout un travail à faire pour ne pas « avoir peur ». On est trop dans la marginalisation de la personne. C'est difficile, il y a tout un travail d'éducation à faire par rapport à ça.

Une dernière remarque ?

Ce qu'il faut garder en tête quand on prend en charge médicalement un SDF, c'est qu'il n'a plus rien et qu'il s'attache à des petites choses : un chien, un t-shirt, un briquet, ... Ils n'ont plus de rythme, tout est déstructuré et désocialisé.

Entretien n°12 : enseignant - formateur Croix Rouge, responsable d'une structure d'accueil pour la cohésion sociale, ancien éducateur « SOS drogues international » - 6 mai 2014

Avez-vous été confronté à des refus ou des ruptures de soins ? Si oui, pourquoi selon vous ?

Oui. Savoir demander de l'aide est une compétence qu'il faut développer chez la personne à la rue. Cette compétence se construit dans un rôle social. Sortir de l'urgence de la précarité demande de la patience de la part la personne prise en charge. Il faut être capable de reconnaître sa souffrance, de l'exprimer avec des mots et de pouvoir demander de l'aide. Quand cela touche à la santé mentale, c'est encore plus complexe car il faut pouvoir conscientiser sa douleur.

Comment envisagez-vous la relation soignant / soigné ?

Asseoir un rapport de confiance : Il faut avoir suffisamment confiance pour accepter le soin et demander de l'aide. Le professionnel doit tisser du lien social pour que la personne malade développe des capacités : reconnaître sa souffrance, identifier les ressources, demande/accepter l'aide. La personne à la rue doit être envisagée dans sa globalité (pas uniquement dans sa pathologie). Le soignant doit aussi comprendre que l'urgence des gens à la rue n'est pas la même que l'urgence du professionnel : il faut développer l'écoute, cf. Edgar MORIN : « *A force de privilégier l'urgence à l'essentiel, on oublie l'urgence de l'essentiel* »¹⁵¹.

Quelles sont les perspectives sur l'évolution des dispositifs ?

Il faut être en mesure de mieux repérer les ressources tant du point de vue du professionnel que de l'utilisateur. Améliorer les articulations entre le sanitaire et le social : les soignants sont trop peu formés au lien social (peut être cause de rejet du patient venant de la rue). Articuler prise en charge/prise en compte autour de deux fondamentaux : accueil transdisciplinaire et travail d'infiltration. Il faudrait rationaliser les dispositifs pour pouvoir gérer l'imprévu, réguler les budgets, développer la logique de réseau et améliorer l'échange de pratiques. Développer l'auto-support (association d'utilisateurs) pour une meilleure prise en compte des populations spécifiques.

Entretien n° 13 : IDE en EMPP à Limoges – 5 mai 2014

Avec quel type de population travaillez-vous ?

Notre mission nous conduit à travailler auprès des personnes qui vivent à la rue et des professionnels et les bénévoles qui interviennent auprès de ces personnes pour un appui technique sur des situations difficiles (violence, décompensations psychiatriques), ainsi que sur la formation concernant la souffrance psychologique et la lutte contre la stigmatisation.

Qu'entendez-vous par « *personnes qui vivent à la rue* » ?

Ce sont des personnes qui vivent dans les espaces publics ou dans des hébergements précaires (chez des amis, dans des centres d'hébergement, etc.). Je constate dans ma pratique que la majorité des personnes présente une souffrance psychologique en lien avec une situation d'insécurité (logement, finance, inquiétude du lendemain, etc.). Ils sont originaires de la région pour la plupart d'entre eux. J'observe également que les gens de passage dans la ville fréquente en majorité les espaces publics. Ces personnes qui vivent dans la rue ne possèdent pas un travail, le niveau scolaire est faible mais ils sont tous capables de lire (dans leur langue d'origine). Ce sont des adultes et des jeunes adultes avec enfants. Un tiers des personnes est d'origine étrangère (pays de l'est de l'Europe en majorité) et souffre psychologiquement d'une histoire douloureuse (guerre, violence, etc.).

Avez-vous le sentiment que la population avec laquelle vous travaillez a évolué ?

Nous rencontrons plus de jeunes adultes et moins de personnes âgées. **Comment l'expliquez-vous ?** Peut-être par une meilleure prise en charge des personnes âgées par le secteur médico-social dans le Limousin.

Selon vous, quelles sont les raisons qui conduisent cette population à vous rencontrer ?

¹⁵¹ MORIN, Edgar, *Dialogue sur la connaissance*, Édition de l'Aube, 2002, p.30.

Un besoin de parler, en lien avec la souffrance psychologique. Mais l'accroche est toujours somatique. C'est difficile de se confier comme cela, dans la rue, avec une personne que l'on ne connaît pas bien. Le discours commence toujours par un problème (souvent de peau) et au fil de la discussion et de l'installation d'une relation de confiance les problèmes plus profonds sont parfois abordés. Lors de ces entretiens nous sommes parfois amenés à orienter les personnes vers une structure médico-sociale ou un centre de jour lorsque nous ne pouvons pas répondre à la problématique.

Quels sont leurs besoins, leurs attentes, existe-t-il un décalage entre besoins ressentis exprimés, est-ce plus facile d'aller à leur rencontre, ...

Le besoin ressenti (rarement exprimé) est un besoin de sécurité. Sans domicile fixe, les personnes à la rue éprouvent une insécurité en lien avec leur intégrité physique (risque de violence, de vols, etc.) mais également en lien avec l'incertitude du lendemain. La santé n'est pas pour eux la première préoccupation. L'esprit est occupé par la recherche quasi constante d'un toit et de nourriture. Cette vie au jour le jour les inscrit dans un espace temporel d'immédiateté qui ne leur permet pas de se projeter. Cela se traduit notamment par la difficulté d'honorer les prises de rendez-vous avec les professionnels (rupture de soins). Dans ce contexte il est très difficile d'imaginer que ces personnes puissent aller vers les professionnels.

Votre action répond-t-elle, selon vous, aux besoins exprimés ou non exprimés de cette population ?

Mon intervention répond en partie à leurs besoins en fonction de mes compétences. Il est nécessaire de mieux coordonner l'action de tous les professionnels afin de proposer une prise en charge plus globale (formations, échanges d'expériences). A Limoges, notre équipe a soumis l'idée de regrouper, au cœur de la ville, des professionnels du secteur sanitaire, médico-social, social dans un espace conviviale. Le but est d'inciter petit à petit les personnes qui vivent dans la rue à venir à la rencontre des professionnels dans un lieu non stigmatisé. Ce projet est en «stand-by» actuellement.

Que pouvez-vous me dire du contact relationnel avec ce type de population ?

Le contact relationnel est particulier dans le sens où la rencontre est souvent spontanée, elle est à l'initiative du professionnel, et requière donc un accord tacite entre les deux personnes (tisser des liens). Cette rencontre est réalisée dans un espace qui appartient à la personne qui vie à la rue (ne prédispose pas à une relation facile). Il est plus difficile de cerner les besoins des personnes (n'exprime pas les besoins réels) et il est parfois difficile de s'adapter aux situations par manque de compétences pluridisciplinaires.

Avez-vous le sentiment que cette population est plus vulnérable aux ruptures de soins ?

Les facteurs de rupture de soins sont d'une part l'immédiateté dans laquelle ils vivent mais également la méconnaissance de leurs droits concernant l'accès à la santé. Je pense qu'il faudrait renforcer les EMPP car si on ne va pas à leur rencontre, ils ne viendront pas à la nôtre. Les dispositifs actuels ne sont pas adaptés à une population qui est à la recherche d'une prise en charge plus globale. Il existe un accès aux soins, mais les dispositifs sont trop standardisés ... **C'est-à-dire ?** Ils ne tiennent pas suffisamment compte de la singularité des prises en charge.

Etes-vous confronté à des refus ?

Oui très fréquemment. **Pouvez-vous m'en dire plus ?** Les personnes ont peur d'être prise en charge par des dispositifs qui ne tiennent pas compte de leurs particularités. **Lesquelles ?** Notamment le fait de vivre dans l'immédiateté, mais également leurs habitudes de vie, la capacité de faire des choix, leur liberté, etc. **Quels sont les recours possible face au refus de soins et lorsqu'il existe un danger pour la personne?** S'il existe un trouble psychiatrique qui met en danger le patient, nous avons la possibilité de mettre en œuvre des soins psychiatriques

sans consentement. Si c'est un problème somatique, et que la maladie fait partie des déclarations obligatoires, nous faisons un signalement auprès des autorités sanitaires. Cependant, je pense que ce problème doit être réglé en amont d'une urgence. Nous serions assez favorables à l'idée de soins somatiques dans la rue, sous la forme que nous connaissons actuellement pour les soins psychiatriques... **C'est-à-dire ?** Il est très long de convaincre une personne pour aller se faire soigner à l'hôpital alors que nous constatons des problèmes somatiques sur lesquels il faudrait intervenir (lésions cutanées essentiellement mais qui peuvent avoir des répercussions importantes comme par exemple une plaie infectée au pied d'une personne diabétique). S'il existait une équipe mobile d'infirmières somatiques nous pourrions signaler les personnes qui ont besoins de ces soins techniques.

Selon vous, quelles devraient être les perspectives des politiques sanitaires et sociales pour faire évoluer les dispositifs de prise en charge des personnes dans la rue ?

Je pense qu'il faut consolider la coordination des professionnels, mettre en place des lieux communs pluridisciplinaires au cœur des quartiers pour faciliter le contact avec les personnes, et poursuivre et renforcer les équipes mobiles (psy et soma) afin d'aller au plus proche du public.

<p>Entretien n°14 : créateur de la consultation médicale du CHAPSA et du recueil social / accueil de jour de la RATP – 5 mai 2014</p>
--

Sur la fréquence des refus de se faire soigner

Dès lors qu'une relation de confiance s'est établie entre les professionnels de terrain et les patients à la rue, il n'y a plus véritablement de problématique de refus de soins. En revanche, il peut y avoir refus de soin lorsqu'une certaine violence ou un manque de considération émane du personnel médical et soignant.

Sur les méthodes utilisées pour faciliter le consentement aux soins

La création de la consultation médicale en 1984 au CHAPSA a été rapidement un succès car elle correspondait mieux au rapport au temps et à l'espace des personnes à la rue (à la différence des urgences trop éloignées du centre d'hébergement et avec des délais d'attente plus longs). Le simple fait pour les usagers d'apercevoir la porte de la consultation en sortant de la douche créait une demande et les incitait à consulter alors qu'ils ignoraient a priori qu'ils pouvaient avoir accès à des soins. Par ailleurs, cela permettait aux soignants de repérer les pathologies au moment des douches ce qui a pu paraître choquant en termes de dignité et d'éthique mais qui ne posait pas de difficulté en pratique et permettait de mieux repérer les pathologies.

A l'époque le CHAPSA était considéré comme un univers violent mais il était également plus convivial. Au démarrage, certains actes (tels que le rasage) réalisés par les surveillants étaient mal acceptés mais ils ont été bien admis dès lors qu'ils ont été réalisés par des soignants et dispensés comme des soins. Toutefois, dans le cadre du soin, ces mesures n'ont rien d'obligatoire puisqu'elles sont elles-mêmes une forme de soin. Les patients peuvent refuser, comme ils peuvent refuser un pansement. C'est au personnel de savoir en expliquer l'utilité comme pour tous les autres soins. Toutefois, il convient de prendre en compte deux aspects techniques : 1) soigner un patient atteint d'incurie ne sert parfois à rien pour certaines pathologies et 2) même si l'absence d'hygiène est une constante connue, il faut parfois penser aux conditions de travail du personnel, essentiellement le personnel type ASH.

Sur les comportements favorisant le consentement aux soins

En cas de refus, les soignants et les médecins resollicitent fréquemment les patients et finissent par les convaincre « à l'usure » en usant de méthodes variées. Le personnel soignant utilise le

transfert opéré par les patients sur les soignants, ce transfert étant « immédiat et massif » sur différents registres : mode maternel, mode fraternel/amical, mode passionnel. Ce positionnement n'est pas éthique du point de la vue de la pratique professionnelle mais très efficace en pratique. Le ton de la banalisation, de la plaisanterie et de la dédramatisation est souvent préférable face à des lésions qui peuvent paraître « choquantes » car il faut amener le patient à se réapproprier son corps. Mais cette réappropriation doit s'effectuer progressivement sinon le choc est trop brutal.

Sur la problématique du soin sous contrainte et sur les pistes d'amélioration

En centre d'hébergement ou en consultation, il est difficile de contraindre quelqu'un à se soigner sauf argument juridiquement incontestable (maladie contagieuse, à déclaration obligatoire). Mais la plupart du temps, le personnel soignant arrive à convaincre les patients de soigner.

Par conséquent, le problème se pose essentiellement dans la rue en période hivernale. Sur ce point, il n'est pas envisageable de légaliser le ramassage collectif. En revanche, le ramassage individuel devrait être autorisé si la personne à la rue n'est pas pleinement consciente d'autant que les symptômes d'hypothermie se confondent avec l'état d'ébriété. En pratique d'ailleurs, les équipes du Samu social ne recueillent pas le consentement d'un patient qui va trop mal ou qui n'est pas pleinement conscient de son état mais sans base légale. Pour apprécier le caractère « éclairé » du consentement, les professionnels utilisent un questionnaire (en quelle année sommes-nous ? qui est le président de la république ?). Il faut en effet pouvoir justifier son intervention en cas de plainte et démontrer qu'il y a un péril.

Les pistes de réflexion pour résoudre juridiquement le problème du ramassage forcé pourrait être :

1) d'autoriser certains agents assermentés (gardiens de la paix, RATP, SAMU social) sous certaines conditions d'expérience et de diplômes, à faire appel aux pompiers ce qui placerait chacun devant ses responsabilités et permet à chacun d'intervenir ou non en fonction de ses principes éthiques. Actuellement la circulaire ministérielle (CIRCULAIRE DGCS/1A/2012/369 du 23 octobre 2012 relative à la mobilisation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pendant l'hiver 2012-2013) prévoit que le SAMU peut emmener des patients à la rue aux urgences mais cette circulaire est dépourvue de base légale. Par ailleurs, les travailleurs sociaux sont compétents pour constater une aggravation de l'état d'une personne à la rue.

2) d'expertiser l'opportunité d'introduire dans le code de la santé publique, une certaine dose d'obligation de soins en fonction du type de pathologie (ex : notion de maladie contagieuse), du niveau de conscience du patient, du danger encouru.

Sur les alternatives pour faciliter le consentement aux soins des personnes à la rue

Amener la médecine dans la rue ne constitue pas une alternative envisageable sauf pour le portage des médicaments (ce qui s'est fait à une époque pour la tuberculose). En effet « *la médecine de bitume* » ne peut être qu'une médecine au rabais en termes de qualité des soins. Il est donc préférable de médicaliser les centres d'hébergement selon la formule du CHAPSA mais en étant davantage soucieux de s'adapter à la diversité des publics.

Les dispositifs spécifiques doivent être privilégiés compte tenu des particularités du public. Les contraintes de la prise en charge médicale ne sont pas adaptées à la prise en charge médicale des personnes à la rue, la pratique médicale visant davantage à adapter les usagers aux services dispensés plutôt que d'adapter la médecine aux usagers. C'est pourquoi, les structures de soins et d'hébergement doivent mieux s'adapter aux contraintes et modes de vie des patients à la rue : possibilité de se déplacer à l'extérieur, tolérance de l'alcool voire possibilité d'être hébergé en couple (ce qui est important comme les carences affectives sont nombreuses). Actuellement, la prise en charge reste empreinte d'une culpabilisation de la pauvreté liée aux assises morales et religieuses de la société.

Afin d'adapter la pratique médicale et soignante aux usagers, il convient d'améliorer la formation des professionnels de santé à la précarité et de sélectionner les candidats selon leur motivation. L'adaptation de l'organisation est fonction des lieux et des types de prise en charge. Les expériences de santé communautaire constituent une voie intéressante pour favoriser le consentement aux soins mais il est souvent difficile pour à un individu qui a souvent perdu sa propre identité individuelle de se réapproprier une identité collective.

En revanche, le système des travailleurs pairs est à écarter. En effet, il est extrêmement risqué pour les travailleurs pairs eux-mêmes qui sont confrontés à leur passé, souvent très douloureux, d'où des graves rechutes, parfois définitives. Par ailleurs, on observe souvent une certaine forme d'exigence, voire une cruauté larvée de la part des travailleurs pairs qui tentent d'imposer aux « clients » des progrès qu'eux-mêmes n'ont pas réussi à faire au même rythme. C'est un système très pervers. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'avoir été alcoolique pour aider les alcooliques, suicidé pour aider les dépressifs, battu ou violé pour aider les victimes. Dans ce cas, la thérapie est surtout celle de l'aidant et non de l'aidé.

Entretien n°15 : professionnels de santé et travailleurs sociaux du SAMU social de Paris

Entretiens (3) médecins : Dr du CHU Montrouge (19/02/14), Dr de l'ESI, Paris (20/02/14), Dr de la Maison des femmes Montrouge (12/03/14),

Entretien (1) infirmier : IDE de l'ESI (05/03/14),

Entretiens (2) Assistantes sociales : Assistantes Sociales du CHU Montrouge (19/02/14 et 28/2/14),

Entretiens (4) travailleurs sociaux : Opératrice du 115 pôle infirmier (20/02/14), travailleur social du CHU Montrouge (19/2/14), travailleur social du CHU Femmes (24/02/14), responsable du CHU Oscar Roty (26/02/14)

Accueillez-vous régulièrement des SDF?

Les médecins du SAMU social de Paris consultent généralement quelques demi-journées par semaine au sein soit des centres d'hébergement d'urgence ou des centres de stabilisation. Ces consultations sont d'ordre généraliste ou spécialiste (gynécologie pour les centres accueillant des femmes). Un médecin coordinateur assure l'astreinte pour les maraudes tous les soirs.

Cette population a-t-elle évolué ? Comment ?

Les professionnels de santé et les travailleurs sociaux mettent en lumière une modification du profil des personnes sans-abris « *on a peu de grands exclus, surtout des migrants, des jeunes de moins de 25 ans venant de l'ASE ou en rupture familiale. Un public varié de 18 à 86 ans* » avec essentiellement des hommes, migrants des pays de l'Est et une augmentation du nombre des familles à la rue : « *il est vrai qu'il y a de plus en plus de populations migrantes de l'Est, dont quelques femmes avec enfants* ».

Pour quelles raisons déclaratives / constatées consultent-ils ?

Suite aux entretiens et à l'observation des consultations médicales, les motifs de consultations sont généralement pour des problèmes dermatologiques (parasitoses), des renouvellements d'ordonnances/pathologies cardiaques ou ostéoarticulaires, et des troubles psychologiques et / ou addictologiques

Comment envisagez-vous la relation soignant / soigné ? Et plus particulièrement vis-à-vis des personnes à la rue ?

« Il est nécessaire de ne pas prendre des décisions isolées et donc de partager les informations avec les travailleurs sociaux. J'exerce à temps partiel dans la structure car il est important de prendre du recul par rapport aux situations rencontrées, d'être disponible pour les personnes. A temps plein, il existe un risque de lassitude. La prise en charge consiste à écouter, à donner un traitement symptomatique et faire de l'éducation en santé et à les orienter si nécessaire vers l'hôpital ou vers un médecin traitant ». « Certains patients m'appellent maman. Une notion de confiance s'est créée, ce qui permet une continuité de prise en charge, je les vois régulièrement. J'ai un rôle d'écoute, de prescription, d'orientation et de traitement ».

Certains professionnels sont-ils plus réticents à prendre en charge des personnes à la rue ?

« Il arrive que ces demandes ne comprennent pas toutes les informations, c'est parfois des demandes pour plus ou moins se débarrasser des SDF que de réelle raison médicale. Pour limiter ce risque, le médecin hospitalier signe un engagement de reprise du patient. ».

Etes-vous confronté à des refus / ruptures de soins ? Si oui, pourquoi selon vous ? Exemples ?

« Le relais d'information entre professionnels de santé et travailleurs sociaux est personne-dépendante. Ce qui pose un problème dans la continuité des prises en charge par exemple : une femme avait besoin d'un respirateur de nuit. On ne l'a pas mis en place, on ne sait pas pourquoi elle en a besoin, et une fois une personne, elle en avait un, cela faisait trop de bruit la nuit, ça empêchait l'autre personne de dormir dans la chambre, il y avait des tensions. On ne sait pas toujours de quoi souffrent les personnes. On ne peut pas leur préparer et leur donner leur médicament. Alors il faut trouver des solutions comme trouver une pharmacie qui accepte de préparer les piluliers ou des infirmiers. ». « En hébergement d'urgence, il n'existe pas de suivi des patients, nous n'avons pas d'infirmier la nuit. Alors on a un problème lorsqu'il faut donner une douche ou faire un pansement ou de donner un médicament. On n'a pas droit de le faire et on ne peut pas rentrer dans le cabinet médical, seuls les infirmiers des maraudes ont les clés de la pharmacie », « on constate parfois un phénomène de lassitude chez certains médecins ce qui entraîne une non prise en charge optimale des usagers ; pour exemple une personne a refusé des soins lors de la consultation médicale alors qu'un travail long avait été effectué par l'infirmière de l'association pour lui faire accepter une consultation médicale. Il faut associer à la compétence médicale des compétences relationnelles pour créer un lien de confiance entre les usagers et le médecin mais aussi entre le médecin et les professionnels sociaux. ».

Vous sentez-vous parfois démuni face à cette population et / ou ce refus / cette rupture de soins ?

« Il existe un problème de disponibilité de places, ce qui augmente le temps d'hospitalisation avec un risque de remise à la rue des SDF. », « Nous n'avons pas de personnel soignant dans le centre pour effectuer les soins d'hygiène et les pansements ce qui pose un problème. Les travailleurs sociaux n'ont pas de droit de le faire. ».

Avez-vous des solutions ou des idées pour améliorer la prise en charge ?

« Nous demandons une infirmière à temps plein dans le centre. Elle permettrait d'établir un lien entre nous et le médecin. Elle n'a pas d'appréhension du corps. Elle pourrait donner des soins, des traitements, faire un suivi de prise en charge, un accompagnement lors des consultations médicales et accompagner les usagers à l'hôpital. Ce paramédical pourrait être un traducteur entre le médecin et les travailleurs sociaux car il a une approche moins technique que le médecin, et plus dans l'empathie. Cela permettrait de faire du lien entre le social et le médical dans le partage ou la recherche d'informations. Il faut passer d'une prise en charge saucisson à une prise en charge globale. ».

Quelles perspectives sur l'évolution des dispositifs / structures et des politiques sanitaires / sociales ?

« L'évolution des dispositifs devraient prendre en compte l'accompagnement des personnes à mobilité réduite et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes », « Il existe un problème de tensions culturelles entre deux logiques : une logique de gestion des places et une logique de prise en charge des usagers. Il est nécessaire de construire une logique commune et partagée autour d'une logique de parcours. », « Il y a un problème de manque de structure intermédiaire de prise en charge entre l'amont (urgence) et l'aval (réinsertion). Il existe un embouteillage des structures d'urgence et donc il n'y a pas de véritable construction et d'accompagnement des personnes en grande exclusion. ».

Entretien n°16 : directeur de la Missions France à Médecins du Monde - 7 mai 2014

La question du consentement aux soins à la rue est-elle déjà traitée ?

« On constate une augmentation des inégalités de santé induit par la crise économique et par le système de protection sociale notamment par la complexité des démarches administratives (domiciliation obligatoire pour recours aux droits communs), l'effet de seuil (seuil CMU-c, 60 % ne recourent pas à aide médicale santé, octroi AME si résidence depuis trois mois sur le territoire français), la complexité des trois cent mutuelles, le manque d'information sur le dispositif et le refus de soins par certains professionnels de santé, les dépassements d'honoraire, la peur du déplacement dans les transports qui génère un risque d'expulsion pour les personnes sans-papiers. ».

Comment définissez-vous le consentement aux soins ? Limites ?

« Jamais de contrainte. Si des explications sont données, que l'on prend le temps, qu'on arrête de stigmatiser les personnes en grande précarité, qu'on fait appel à des interprètes pour les populations migrantes, qu'on collabore avec les travailleurs sociaux, alors les personnes à la rue consentent aux soins. Le sujet ce n'est pas le consentement aux soins mais c'est plutôt la méthode que l'on emploie pour les amener au consentement aux soins. La médecine préventive limite le refus de soins sauf pour les personnes atteintes d'affections psychiatriques. Les personnes en grande précarité refusent les soins (hospitalisation par exemple) si il existe un risque pour leur cohésion familiale ou par peur du fait de leur irrégularité administrative (personnes sans-papiers). ».

Comment définissez-vous la non-assistance à personne en danger ?

« Sur la question des personnes en danger, d'un point de vue clinique, c'est une personne qui n'est pas en capacité de « pouvoir s'assumer ». Il y a plusieurs cas de figure : ceux qui sont « border line » dont on sait qu'ils sont dans la rue depuis longtemps et qui vont plus ou moins arriver à gérer et ceux qui décompensent un traitement ou une pathologie. Ils relèvent des pompiers, de l'hospitalisation, de l'hospitalisation d'office, pour qu'ils soient stabilisés ou qu'ils prennent leur traitement. Sur la logique humanitaire, c'est comment à un moment donné on aide des gens en rupture face à un état antérieur à se restituer dans leurs capacités de choix c'est-à-dire revenir à leur stade initial pour qu'ils aient la capacité de choix, de faire ce qu'ils veulent dans leur vie. Je me demande si dans cette logique-là, la question que vous posez, elle ne se pose pas exclusivement pour les précaires, elle se pose pour tous et à mon avis la réponse doit être la même pour tous en fonction du niveau clinique. En revanche en matière de non-consentement, si on ne parle pas des raisons psy spécifiques, il y a des dynamiques liées à la grande précarité qui font que l'on peut comprendre pourquoi il y a telle ou telle attitude de non-consentement. Je ne pense pas qu'il faille une logique différente du non-consentement pour les gens qui sont à la rue

et pour ceux qui ne sont pas à la rue, il faut avoir la même logique pour les personnes en danger. ».

Comment définissez-vous le consentement aux soins ? Limites ?

« Pour susciter le consentement aux soins il ne suffit pas d'avoir une posture philosophique mais une logique pragmatique qui prend en compte les problèmes psychologiques ou psychiatriques et l'environnement des personnes en grande précarité. Il est nécessaire de prendre du temps pour informer les personnes à la rue pour obtenir leur consentement aux soins. Le consentement aux soins se pose pour les patients psychiatriques. Si une personne décompense sur la voie publique, les pompiers, la police, la PASS psychiatrique mobile prennent le relais et proposent des soins. ».

Que pouvez-vous nous dire sur la relation soignant / soigné ? Et plus particulièrement dans le cas des personnes à la rue ?

« Il est nécessaire qu'existe une médiation sanitaire et sociale pour augmenter le recours aux soins et le recours aux droits communs. Pour améliorer les interfaces entre les professionnels de santé, sociaux et les ayants droits, il faut avoir en tête tous les déterminants pour prendre en compte la précarité car la qualité de santé pour ces populations n'arrive qu'après une qualité de survie (logement, alimentation...). ».

Selon vous, est-ce le bénéficiaire qui doit aller au soin ou le soin au bénéficiaire ?

« Il conviendrait d'être plus dans l'aller vers. Le premier à l'avoir formalisé c'est le Dr. Jabot dans les années 1900. C'est le premier à faire des équipes mobiles et d'aller dans les villages pour faire de la détection, à traiter les gens, le côté aller jusqu'au bout de la piste c'est lui qui l'a développé ».

Perspectives ?

« L'expérimentation du programme housing first (« maison d'abord ») pour les grands précaires psy est une démarche pilote d'approche globale centrée sur une mise à l'abri d'un psy à la rue dans logement individuel et où tout se construit autour. Ce programme favorise la démarche de consentement, de stabilisation de la pathologie (intervention équipe mobile) et on limite les facteurs de risques exogènes. On attend le retour des premières expérimentations. ».

« Les solutions consisteraient en une meilleure compréhension entre les ayants-droits et les acteurs de soins, renforcer la médiation et la traduction, simplifier le dispositif d'accès aux droits et renforcer les dispositifs qualitatifs, en nombre. On sait qu'il y a des besoins de renforcer les dispositifs de soins, de les rendre plus fonctionnels, de sortir des logiques de l'hospitalo-centrisme, d'être plus en proximité, de renforcer les dispositifs mobiles, d'aller vers, de renforcer l'information sur les droits potentiels. Il faut tenir compte de toutes les spécificités en lien avec ce qui amène le réel de la grande précarité. C'est nécessaire pour les professionnels de santé et les travailleurs sociaux qui vont travailler avec ces précaires, il faut qu'ils aient en tête tous ces déterminants de la précarité. ».

<p align="center">Entretien n°17 : maître de conférences à la Faculté de droit et de sciences politiques de l'Université de Rennes I - 12 mai 2014</p>

Selon vous, les personnes de la rue opposent-elles souvent leur refus à une prise en charge médicale ?

Le refus de se faire soigner s'observe souvent chez ces personnes. Les causes du non-consentement sont multiples et très pratiques. Beaucoup de personnes à la rue ne veulent pas se rendre, ou être amenées, dans une structure de soin car cela représente une perte de leur liberté.

Elles sont également réticentes car ne savent pas ce qu'il va advenir de leur chien (signalement à la SPA) ou de leurs affaires, ou encore de leur emplacement dans la rue. Les personnes de la rue ont également peur de la rupture de leur anonymat. Le cas des familles à la rue est particulier. Les parents ne veulent pas dévoiler aux professionnels leur situation, de peur que leur enfant leur soit enlevé par les services sociaux. Souvent, les personnes à la rue ne désirent pas être perçues comme des malades aux yeux des autres. Elles sont dans le déni en ce qui concerne leur condition et se disent libres. Or, les soins les confrontent à la réalité : leur liberté n'est pas réelle.

Pensez-vous que le système de la contrainte peut s'appliquer pour ces populations ?

La contrainte ne peut être envisagée d'une façon générale pour les populations à la rue qui présentent toutes des profils différents. La réponse apportée ne peut être qu'individuelle. La contrainte ne se justifie, en droit, que s'il y a urgence vitale (« *l'urgence corrompt tout* »), risque de diffusion d'épidémie, ou si la personne est atteinte de troubles psychiatriques empêchant une prise de décision en toute conscience (procédure classique des soins sans consentement). En cas d'ivresse ou d'intoxication, la seule possibilité d'action légale est d'empêcher les personnes de circuler librement sur la voie publique (cellule de dégrisement).

De quelles protections les professionnels disposent-ils lorsqu'ils sont face au non-consentement d'une personne à la rue ?

Le non-consentement au soin peut mettre en jeu la responsabilité des professionnels. Dans ce cas, le médecin doit faire signer une autorisation de sortie contre avis médical. Pour les équipes mobiles, il suffit d'un double témoignage pour dégager les professionnels de la responsabilité liée à la notion de non-assistance à personne en danger.

Que faire pour encourager le consentement de ces personnes ?

Il s'agit avant tout d'accueillir ces personnes de manière digne (« *l'accueil joue autant que la prise en charge médicale* »), sans jugement, de s'assurer qu'elles récupèrent leurs affaires à la sortie. Il faut instaurer une relation de confiance, en montrant notamment qu'on ne travaille pas avec « les bleus », et qu'on ne cherche pas à les sortir de la rue. Si le professionnel est catalogué ainsi, la personne de la rue se cachera des maraudes, ou ira dans une autre ville (« *leur seule grande liberté, c'est la fuite* »). Le rôle des travailleurs sociaux est alors primordial : ils doivent créer ce lien de confiance afin d'identifier les besoins de la personne et de l'aider dans ses démarches. Pour encourager l'adhésion à une démarche thérapeutique, les règles doivent être minimales : les professionnels de santé ne doivent pas donner de rendez-vous fixe et doivent signifier aux personnes concernées qu'elles peuvent venir quand elles en ont envie. En effet, ces personnes, lorsqu'elles sont depuis longtemps à la rue, perdent la notion du temps. Elles doivent être prises en charge tout de suite pour éviter l'attente. L'idéal serait de connaître les habitudes des personnes à la rue (horaires des structures associatives qu'elles fréquentent), afin de pouvoir assurer un suivi au sein des Soupes populaires, Croix rouge...). Le *care* doit également prendre en compte l'hygiène (idée d'un kit d'hygiène à distribuer). Pour adhérer, il ne faut pas passer par la contrainte, même en psychiatrie (« *Consentir, c'est une décision ponctuelle. Adhérer, c'est s'engager sur un plus long terme.* »). Il faut encourager les contacts avec les équipes sociales et soignantes, même pour de mauvaises raisons (exemple : venir à l'hôpital parce qu'il fait chaud et pas parce qu'il prodigue des soins).

Entretien n°18 : médecin à la PASS de l'Hôpital De la Conception à Marseille – 5 mai 2014
--

Pour quelles raisons les SDF consultent-ils ?

Les personnes à la rue ont un rapport très distancié de leur corps. Elles ne viennent à la PASS que quand elles sont très mal. Le plus souvent on rencontre des gros problèmes orthopédiques

(les SDF subissent de grandes violences, ils sont battus, molestés), psy, infectieux ainsi que tous les problèmes liés aux conséquences des addictions (alcool, drogue; ex : crise d'épilepsie).

Quel est le rapport soignant/soigné ?

Les personnes qui viennent à la PASS sont des personnes en demande de soins. Néanmoins les SDF ont une approche particulière du médecin et de leur corps qui complique la relation soignant/soigné. Les médecins doivent donc être flexibles, et ne peuvent contraindre aux soins (exemple : refus de prise de sang). Il faut toujours laisser une porte ouverte à la discussion. Parfois les personnes à la rue quittent la salle d'attente et ne vont pas se faire soigner. Souvent les SDF savent qu'ils sentent mauvais, et par honte et gêne, ils refusent que les médecins les touchent, ou refusent de s'asseoir sur les sièges par peur de salir.

Quelle est la limite entre la non-assistance à personne en danger et le respect de la volonté des personnes à la rue ?

En dehors des cas des personnes psychotiques, et qui ne sont pas saines d'esprit, les médecins doivent suivre la volonté (ou refus) des SDF de soigner. Dans tous les cas, il est important d'informer la personne sur son état de santé, les risques, qu'elle encoure... L'information de la personne ne souffrant pas de troubles psychiatriques est ce qui ne fait pas basculer les médecins dans la non-assistance à personne en danger. Il y a eu des cas où ce refus de soins a mené jusqu'à la mort devant un médecin spectateur hélas impuissant face à ce choix.

Quelles solutions pourraient améliorer la prise en charge des personnes à la rue ainsi que l'accès au soin ?

Les professionnels entre eux ne connaissent pas suffisamment les dispositifs existants et leurs compétences (PASS, LHSS, CHRS...). Aussi, une formation professionnelle sur la précarité doit être privilégiée. De plus il est nécessaire de renforcer le réseau des professionnels de santé pour améliorer et renforcer la cohésion de la prise en charge des SDF. Enfin, des traducteurs devraient être plus souvent présents aux urgences par exemple. Il est vrai que la barrière de la langue est un réel obstacle à la prise en charge du SDF.

Selon vous, est-ce la personne à la rue qui doit aller au soin ou plutôt le soin qui doit se déplacer vers elle ?

Assurément les deux ! Mais il est très important d'aller jusqu'à eux pour qu'ils apprivoisent le soin, se sensibilisent à leurs problématiques de santé car ils ont un rapport distancié avec leur propre corps.

<p align="center">Entretien n°19 : bénévoles de l'association caritative Notre Dame des sans-abris à Lyon - 2 Mai 2014</p>

Accueillez-vous régulièrement des SDF ?

Oui, notre association existe depuis 1950. Elle a été fondée pour aider à lutter contre le mal – logement et la misère, selon 4 grands principes : accueillir, héberger, accompagner et insérer les personnes sans-abris et en grande difficulté sociale et familiale. Nous les appelons des « passagers » car ils ne sont là que de passage, pendant une période difficile de leur vie. Le Foyer Notre Dame des Sans Abris est là pour répondre à l'urgence et trouver des solutions durables. Les bénévoles, comme moi, accueillent les passagers pour les repas (les servir, les aider à porter leur plateau jusqu'à la table, débarrasser et ranger la salle après) et les douches.

Pensez-vous que cette population de « passagers » a évolué et, si oui, comment ?

Ils sont de plus en plus nombreux. Autrefois, la misère était souvent cachée, et les personnes étaient secourues, plus ou moins, par leur voisinage. De nos jours, avec la crise économique, le chômage et le surendettement mettent les gens à la rue.

Pourquoi viennent-ils dans votre association ?

Parce que nous sommes l'association de référence à Lyon, et que nous proposons différentes aides : douches, repas chauds, soins, hébergement (y compris chenil), vestiaire, accompagnement social, aide à la réinsertion, soutien scolaire, et veille sociale par le centre 115.

Etes-vous confronté à des refus de soins ?

Les passagers sont contents de venir pour se laver et manger. Beaucoup sont demandeurs pour rencontrer une infirmière, mais, le dimanche soir (jour de la douche où la bénévole est là), il n'y pas de professionnels de santé. Nous, les bénévoles, on est toujours gênés quand ils nous demandent quelque chose pour calmer une douleur. Souvent, ils ont mal aux dents, et nous n'avons même pas le droit de leur donner de l'aspirine.

Vous pouvez donc vous sentir démuni face à ces demandes de soins ? Que faites-vous dans ce cas ?

C'est toujours très gênant de leur dire que l'on ne peut rien faire pour eux, parce que si ils viennent nous voir, c'est parce qu'ils ont besoin d'aide. Nous n'avons personne à qui en parler, car nous, les bénévoles, nous ne voyons pas les professionnels. Et on ne peut pas appeler le Samu pour un mal de dent. Il faudrait que l'on puisse donner de l'aspirine nous – même quand ils ont mal ou qu'il y ait une infirmière avec nous. Moi, je ne peux venir que le dimanche soir et là il n'y a pas personne à qui parler du problème du passager. On en parle entre nous quand on se raccompagne entre bénévoles, et c'est triste de ne rien pouvoir faire de nous – mêmes.

Entretien n°20 : juristes de la Faculté de Lyon III - 30 avril 2014
--

Les dispositifs pour favoriser l'accès aux soins sont nombreux. Pourtant, il y a toujours des problèmes de consentement aux soins. D'un point de vue législatif, comment définir ce qu'est le consentement aux soins ?

En France, il existe un principe intangible : chacun a la libre disposition de son corps. Mais cette libre disposition peut avoir des effets néfastes sur sa propre santé ou celle des autres (ex : tabagisme passif, alcoolisme de la femme enceinte.....). Se pose donc la question des limites de ce principe de libre disposition de son corps. Un autre principe constitutionnel est important en matière de santé : l'inviolabilité et le respect de l'intégrité du corps. L'exercice de la médecine est une dérogation légale à ce principe. Mais, il s'exerce en regard du respect des principes de respect de la dignité et de la liberté de conscience du sujet (dont celui de refuser les soins proposés). Il existe des exceptions à ces principes : les obligations de soins (ou injonctions de soins) pour faire cesser des troubles à l'ordre public. Il s'agit alors de réponses médicales à visée sécuritaire, qui sont utilisées dans les cas suivants : délinquant sexuel, toxicomane, malade mental dont les troubles compromettent la sécurité des personnes (patient dangereux pour lui-même ou pour autrui). Or, le refus d'une mesure individuelle de protection de la santé ne peut se faire qu'en regard de la nécessité et de la proportionnalité de la mesure proposée pour protéger des tiers. La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients considère que le patient est acteur de sa santé et qu'il est autonome. Il n'est pas obligé de se soumettre aux soins proposés par les médecins. Son consentement à ces soins doit être libre et éclairé et peut être retiré à tout moment.

Quelles sont les limites de ce consentement aux soins ?

La Convention Européenne des Droits de l'Homme précise que « *nul ne peut être soumis à des traitements inhumains ou dégradants* », c'est-à-dire à un traitement qui l'humilie ou le blesse

dans sa dignité. Ces traitements sont, par exemple, le manque de respect, les actes qui font provoquent des sentiments de peur ou d'infériorité d'où des souffrances physiques et/ou psychiques.

Comment réagir face au non-consentement, et plus particulièrement celui d'une personne à la rue ?

Par exemple, si les « *intervenants de rue* » (pompiers, SAMU social, associations) pouvaient emmener un SDF à l'hôpital ? Celui – ci pourrait y refuser les soins et se plaindre de la contrainte exercée. Dans l'état actuel des textes législatifs, rien ne permet à un acteur social de faire admettre à l'hôpital une personne (sauf exception pour les injonctions de soins édictées par les représentants de l'Etat que sont les magistrats et les préfets). Les associations caritatives peuvent aussi intervenir, mais, dans la pratique, elles le font surtout dans le cadre du droit au logement opposable. Les politiques, eux, pensent aux élections et prennent souvent des mesures d'intérêt général dans le but de protéger les populations : par exemple, des arrêtés anti – mendicité pour éloigner les SDF des centres-villes ou des évacuations de campements illégaux. Ce type d'actions a souvent pour conséquence d'éloigner les SDF, donc de déplacer les problèmes, tout en rassurant les riverains.

Comment définissez-vous, d'un point de vue juridique, la notion de non-assistance à personne en danger ? Est-elle opposable au refus de soins d'une personne à la rue ?

La crainte des « *intervenants de rue* » et des personnalités politiques est d'être accusés de non-assistance à personne en danger. Ce risque existe-t-il réellement ? Peuvent se porter partie civile pour une accusation de non – assistance à personne en danger, les proches de la victime. Or, une des caractéristiques fréquente des SDF est l'isolement social. L'OMS définit la santé comme un état de bien - être physique, mental et social, et non pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. Or, pour les personnes sans domicile fixe, le critère de bien-être social est, par définition absent. Donc, le principe d'atteinte à la santé est d'emblée présent. C'est pourquoi se pose la question de savoir si il faut en priorité assurer ce bien-être social, en général lié à la jouissance d'un logement, ou si les problèmes de santé doivent être, en premier lieu, traités.

Pensez-vous que la réglementation relative aux soins sans consentement puisse être appliquée au refus de soins des personnes à la rue ? Et pourquoi ? Peut-on imposer des normes et des obligations au niveau des individus sans enfreindre ce principe de liberté ?

La liberté s'entend comme la possibilité de faire ce que l'on veut, sous réserve de ne pas nuire à autrui, d'après la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. C'est-à-dire que la protection collective (ou l'ordre public) peut justifier des atteintes aux libertés individuelles. Et le seul refus n'est pas un trouble à l'ordre public si la personne est en capacité de s'occuper d'elle-même. La capacité au sens juridique renvoie aux possibilités de la personne d'exercer ses droits de manière autonome. Toute intervention doit être proportionnelle aux buts recherchés et ne pas faire courir à autrui un danger plus grand (comme l'atteinte à une liberté fondamentale).

Entretien n°21 : cadre de santé à l'ABEJ (Lille) – 24 janvier 2014

Dans son livre *Out*¹⁵², Xavier Emmanuelli explique le manque de prise en compte de la désorientation temporelle des personnes précaires par les professionnels de santé. Cela nourrit l'incompréhension soignant/soigné et l'impression que le second refuse les services du premier. Le pôle santé de l'ABEJ constate de nombreux retards aux soins et un déni de la douleur chez les personnes sans abri qui se présentent dans ses structures, et qui pour beaucoup ont subi avant d'arriver des refus de soins en médecine de ville.

L'ABEJ reçoit notamment des personnes qui, de par leur comportement ou leur situation de grande marginalité, se sont retrouvées exclues de tous les autres dispositifs et ainsi étiquetées. Face à leur refus de soins apparent, il faut aller plus loin et faire preuve de souplesse. En tout cas, la demande de soins est très rarement spontanée, sauf pour les personnes étrangères, qui arrivent parfois sur le territoire français dans ce but (exemple des Roms).

Les personnes qui ont été insérées et sont arrivées dans la rue récemment sont particulièrement difficiles à repérer et sont moins demandeuses que les autres car elles ont un sentiment de honte. Le centre de santé de l'accueil de jour est équipé de cabinets de consultations et d'une douche, afin de permettre une prise en charge immédiate, notamment en cas de problème dermatologique ou de maladie contagieuse.

Ce centre a des conventions avec les hôpitaux et les médecins de ville pour prolonger les suivis à l'entrée dans le droit commun. Les patients qui consultent y arrivent sur leur propre demande ou y sont orientés par les autres structures de l'ABEJ, en particulier l'accueil de jour et la halte de nuit.

On cherche à y individualiser de plus en plus la prévention. Le tout est de faire toujours attention à respecter la personne dans la manière d'aborder la prévention. Il faut absolument éviter les discours culpabilisants (exemples de l'alimentation, de l'alcool, du tabac, des MST, de l'hygiène).

L'observation des profils des consultants au centre de santé laisse remarquer une recrudescence de jeunes et de pathologies psychiques lourdes, tandis que les problèmes dermatologiques sont moins présents qu'avant.

L'ABEJ a également créé des LHSS / LAM, la première catégorie étant a priori prévue pour une prise en charge maximale de deux mois. Contrairement à certaines idées reçues, ces structures ne sont pas devenues des hospices et globalement, de nombreuses solutions sont trouvées à leur sortie, notamment en CHRS stabilisation.

Chez soi d'abord => est-ce pertinent pour des personnes avec de lourds problèmes psychiatriques ? Il faut adapter les dispositifs à des situations de plus en plus diverses. On aime les cases en France mais cette approche a des limites. Il faut assouplir le système, comme en Belgique, tout en le maintenant pilotable.

A l'instar des MAIA qui existent pour les personnes atteintes d'Alzheimer, on pourrait envisager un dispositif d'orientation pour que les personnes hébergées ou à la rue puissent accéder à la structure la plus adaptée à leurs besoins => un « CLIC précarité » ?

L'ABEJ a été désignée pour être porteuse d'un projet innovant de SSIAD précarité, afin d'apporter les soins infirmiers dans les lieux d'accueil et d'hébergement.

Entretien n°22 : cadre de santé à l'ABEJ (Lille) – 24 janvier 2014

Les personnels de la structure sont des médecins, des infirmiers et des assistantes sociales. Les personnes qui présentent une demande à la structure visitent l'établissement et adhèrent au projet de suivi social et médical. Certains acceptent l'entrée en structure mais ne se présentent pas le

¹⁵² EMMANUELLI, Xavier, *Out*, éditions Robert Laffont, 2003, 288 p.

jour de l'admission, ils sont alors recherchés par les maraudes. En outre, certaines sorties de LHSS peuvent se faire par fugue ou errance. Cela concerne deux ou trois personnes par an et exprime une peur de la prise en charge.

Comme partout à l'ABEJ, l'organisation essaie de s'adapter le plus possible au mode de vie des grands errants pour faciliter leur stabilisation et qu'à leur tour, ces personnes s'adaptent progressivement à la structure et à ses règles de vie en communauté. C'est la création d'un lien de confiance entre les deux parties qui permet cette démarche. Les repas des résidents sont pris en commun afin de réintroduire un rythme de vie propre à la vie en collectivité, même si certaines règles sont souples pour pouvoir s'adapter à la vie que chacun a eue avant d'arriver ici.

Face aux longues listes d'attente pour les EHPAD et les FAM, la solution intermédiaire des LAM permet de continuer le suivi social en attendant de trouver une solution durable, et peut même constituer un dernier lieu de vie pour les personnes dont le pronostic est le plus sombre.

Les principales pathologies rencontrées en LAM / LHSS sont les handicaps psychiques et physiques, les cancers, les pathologies cardiaques et pulmonaires. Toutefois, les premiers motifs d'entrée sont les problèmes dermatologiques et traumatologiques.

Le turn-over et l'admission sont très rapides en LHSS alors que l'admission en LAM fait l'objet d'une commission de pré-admission formalisée, avec une liste d'attente.

Entretien n°23 : animateurs et éducateurs de l'Accueil Solférino de l'ABEJ (Lille) – 21 au 24 janvier 2014

L'accueil de jour de l'ABEJ inclut un centre de santé mais certains échappent aux soins car son personnel ne peut pas courir après tous ceux qui ne sont pas demandeurs.

Soit c'est l'éducateur qui aborde la question de la santé en présentant le centre de santé, soit c'est l'usager qui vient pour une demande de soins ou un renouvellement d'ordonnance. L'éducateur sensibilise à la santé pour la personne qui ne veut pas se soigner ou n'a pas conscience de son état.

L'inscription médicale se fait à l'accueil, selon une règle de 6 ou 7 créneaux par jour car certaines situations prennent du temps. Les horaires d'ouverture du centre de santé sont affichés mais lorsque les gens sont en demande en dehors de ces horaires, difficile de s'assurer qu'ils reviendront au bon moment.

Entretien n°24 : sans-abri rencontré à l'Accueil Solférino de l'ABEJ (Lille) – 22 janvier 2014

Agé de 35 ans et vivant à la rue depuis cinq ans, l'interviewé est reconnu comme handicapé pour une déficience intellectuelle et multiplie les pathologies chroniques à cause d'une addiction à l'alcool et au tabac ainsi que d'une nutrition inadaptée. Il vit de l'AAH, qui lui a permis de souscrire récemment à une mutuelle pour rembourser ses dettes de santé et compléter la CMU à laquelle il a droit.

Il va au centre de santé ponctuellement, quand il en ressent le besoin. Il le fréquente un peu plus régulièrement ces temps-ci à cause de graves problèmes de santé, mais globalement, sa prise en charge médicale reste discontinue, ce qui a lui a valu plusieurs hospitalisations en urgence.

L'important pour lui est de trouver de l'aide tout en conservant sa liberté d'aller et venir et son autonomie, ce qui explique son nomadisme et son refus de rester plus de quelques nuits d'affilé dans un même foyer. Il reconnaît ne pas suivre les conseils qui lui sont donnés pour lutter contre ses addictions et a déjà fugué d'un centre de sevrage.

L'assistante sociale, qui l'accompagne dans l'ensemble de son parcours, a réussi dernièrement à le convaincre d'effectuer un bilan de santé complet. Il s'agit en effet de l'inciter à s'inscrire dans un réel projet de soin au moment où ses perspectives se précisent : il a obtenu une place en

résidence accueil pour trouver une part de l'autonomie qu'il revendique en tenant compte de sa situation sociale et psychique.

Entretien n°25 : médecin à la mission « recherche et développement en santé publique » de l'ARS PACA – 6 mai 2014

Depuis le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) instauré en région PACA, il y a un an, de nouveaux axes d'amélioration de la santé des sans-abri (il convient plutôt de parler de réduction des effets de la vie à la rue) sont pris en compte :

- Développer le Dossier Médical Personnel pour les personnes à la rue ;
- Médicaliser les véhicules du SAMU social même si le processus est cher, compliqué et qu'il y a déjà le SAMU.

Améliorer la prise en charge de sans-abri:

- Repérer les dysfonctionnements et développer la coordination (cf. rapport Mannony et projet ASSAB) ;
- Mieux informer les personnels sur les dispositifs existants (ex: Lits Halte Soins Santé) ;
- Mettre en place des modules spécifiques aux personnes à la rue dans les plans de formation.

Sur la question du non consentement, quelles peuvent-être les raisons?

- Crainte de la perte d'équilibre ;
- Méfiance vis-à-vis de l'institution ;
- Comme le montre Jean Furtos, il existe un syndrome d'auto-exclusion sociale et entraînant une sidération des fonctions cognitives qui peut entraver la mobilité et développer une insensibilité à tout.

Quelques dispositifs à destination des personnes à la rue:

- *Housing First*: bonne démarche mais qui ne convient pas à tous publics. Des logements communautaires type résidence d'accueil, maisons relais, « Le Hameau » de l'Armée du Salut, par exemple, où les personnes sont moins isolées ;
- La PASS où les patients rencontrent un médecin généraliste et non pas psychiatre pour empêcher la stigmatisation et faciliter le lien de confiance.

Entretien n°26 : deux sans-abris rencontrés à Rennes - 5 mai 2014

Deux jeunes hommes SDF de 24 ans, à la rue depuis 6 ans, sont arrivés à Rennes hier. Ils revenaient du sud où ils étaient allés chercher à la SPA les chiens d'un de leurs amis partis en prison. Ils se connaissent depuis un an.

Ils dorment à la rue avec un duvet pour deux. Ils se sont fait voler leur duvet militaire donc depuis ils dorment tous les deux dans le même duvet avec les chiens. Ils ne vont pas dormir au chaud, dans les centres d'accueil car « *on ne peut pas avec les chiens !* » puis « *certains y attrapent des poux, la gale...* ».

On leur a demandé « *et vous vous faites soigner ?* », « *non, pas besoin, on n'est jamais malade, on est tout le temps dehors donc le corps s'habitue au froid. L'année dernière j'ai eu une grippe, je suis allée au centre voir l'infirmière qui m'a dit qu'il fallait que j'aille voir un généraliste pour avoir des médicaments. Je n'y suis pas allé. Je me suis mis dans mon sac de couchage avec trois bières et je me suis fait suer! Je n'aime pas les médecins toute manière, je ne veux pas y aller. La dernière fois que j'y suis allé, j'ai fini aux urgences car j'ai fait une réaction allergique*

à l'anesthésiant qu'il m'avait donné pour ma dent, depuis je n'y vais plus». Il n'a plus de droit ouvert de CMU depuis 2 ans. Son dossier est perdu à Lille ou ailleurs.

Deux personnes de l'association Le Relais passent les voir dans la rue. Il leur donne les papiers de la SPA pour le chien et leur parle de son rendez-vous pris avec un médecin au centre dans les prochains jours. Ils doivent repartir sur Grenoble le lendemain. Le rendez-vous médical sera donc manqué. Son problème l'inquiète (vomissement de sang le matin), mais il ne veut pas aller en cure de désintoxication (il boit environ 15 bières par jour). Il leur parle de l'hypnose et leur laisse son numéro de téléphone pour que le médecin du centre le rappelle pour fixer un autre rendez-vous.

Ils doivent repartir le lendemain à Grenoble. On leur fait remarquer que ce sont de grands voyageurs : « *Oui, on n'aime pas rester au même endroit, on s'ennuie, on a besoin de bouger.* ».

Entretien n° 27 : médecin au service d'addictologie du CASH de Nanterre - 7 mai 2014

Sur l'accès aux soins

L'accès aux soins des personnes à la rue s'est nettement amélioré. De nombreuses pathologies ont disparu. Les difficultés concernent essentiellement le suivi des pathologies psychiques et des démences.

Sur le refus de soins et les méthodes pour favoriser le consentement aux soins

La problématique du refus de soins se pose rarement depuis qu'un accompagnant social en addictologie est chargé de repérer sur le terrain les potentiels patients et de les sensibiliser à l'intérêt d'une démarche thérapeutique. Cet accompagnant suscite une demande de soins. Dans les cas où le suivi fait suite à un avertissement disciplinaire dans les lieux d'hébergement, le suivi est d'abord perçu comme une contrainte mais les patients adhèrent ensuite volontairement à la démarche. De fait, le service enregistre des résultats positifs : 60 % des patients du secteur social (hébergement de personnes à la rue) fréquent la consultation du service addictologie. Parmi les personnes suivies, 1/3 arrêtent complètement l'alcool, 1/3 rechutent et 1/3 sont stabilisés. Le succès de la démarche tient aux caractéristiques de la prise en charge et à la qualité de la relation soignant/ soigné notamment :

- 1) Une approche déculpabilisante et responsabilisante qui permet aux patients de ne pas se sentir jugés lorsqu'ils consultent. Les relances en cas d'oubli de consultations la relance sont réalisées par courrier et non par téléphone pour ne pas donner le sentiment de harceler les patients.
- 2) Un objectif fixé qui n'est pas d'arrêter mais de diminuer de manière significative la consommation d'alcool.
- 3) Une coordination accrue entre les professionnels et l'instauration d'une relation de confiance avec les patients.

Sur l'instauration d'une obligation de soins

Le respect de la personne et de ses choix doit primer y compris dans les cas où le diagnostic vital est engagé. La seule exception au principe du libre consentement concerne et ne doit concerner que les maladies psychiatriques, les démences et les états confusionnels. Dans ce cas, les patients peuvent être conduits aux urgences. Sur ce point, la prise en charge psychiatrique des personnes à la rue reste insuffisante qu'il s'agisse du suivi médical ou de la protection juridique (tutelle et curatelle).

Sur l'accès aux soins

L'accès aux soins des personnes à la rue s'est nettement amélioré et beaucoup de pathologies ont disparu.

Sur la fréquence du refus de soin

Le refus de soin est un phénomène fréquent notamment chez les plus marginalisés. Les primo-arrivants sont en revanche davantage demandeurs de soins notamment en raison des bénéfices secondaires attendus (hébergement, attestation de présence sur le territoire français en vue de l'obtention d'un titre de séjour). La problématique de la recherche du consentement se pose avec acuité en cas de barrière linguistique.

Sur les méthodes qui favorisent le consentement aux soins

La relation médicale oscille en permanence « entre le convaincre et le contraindre » pour amener les usagers à accepter les soins ce qui donne de très bons résultats à condition d'envisager la prise en charge sur le long terme dans le cadre d'une relation de confiance. La majorité des refus de soins définitifs concernent en réalité des refus réfléchis et éclairés des patients en phase terminale.

Sur les voies d'amélioration pour favoriser le consentement aux soins

Les prises en charges doivent être adaptées à la diversité des publics : actuellement, le souci de tout protocoles se heurte à l'hétérogénéité des publics à la rue. Déplacer les médecins dans la rue n'est pas envisageable car cela comporte le risque de générer une médecine au rabais et un système de soins à deux vitesses. En revanche, la pratique du « diagnostic infirmer » constitue une alternative intéressante articulée autour de 3 cas de figures :

- Si le patient a besoin de voir un médecin sans qu'il y ait urgence, il est conduit dans un centre d'hébergement doté d'une consultation médicale.
- Si le patient a besoin d'un diagnostic en urgence, il est conduit aux urgences
- S'il s'agit d'une urgence vitale, l'infirmier appelle le SAMU.

Par ailleurs, les équipes mobiles de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur pourraient être généralisées afin d'apporter une réponse à des usagers qui refusent de manière éclairées de suivre des traitements pour des pathologies évolutives tels que les cancers. La mise en place de travailleurs pairs est inutile dès lors que les équipes sont stables et qu'elles créent une relation de confiance avec les usagers. La santé communautaire en revanche, telle qu'elle est pratiquée au Québec s'avère très efficace puisqu'elle privilégie une approche globale des patients (les agents ont une double casquette de travailleurs sociaux et d'infirmiers).

Sur l'instauration d'une obligation de soins

La mise en place d'une obligation de soins irait à rebours des lois de 2002 donnant une place centrale au consentement du patient et serait contraire au respect de la liberté et de l'autonomie humaine. De surcroît, les expériences de « ramassage » des personnes à la rue ordonnées par le préfet en période de grand froid n'ont pas été concluantes : en effet, elles conduisent les personnes à la rue à fuguer puis à éviter durablement la fréquentation des services sanitaires et sociaux.

LE CONSENTEMENT AUX SOINS DES PERSONNES A LA RUE

EHESP

Animé par : Frédérique (DESSMS), Brizard Carole (IES), Delpech Annick (DS), Faugeron Philippe (DS), Francony Marie (EDH), Lafage Virginie (IASS), Larrieu Laetitia (AAH), Mehu Marie (DESSMS), Papin Amandine (EDH), Redaelli Mario (IASS), Zami Camille (AAH)

Résumé :

Si l'état de santé dégradé des personnes les plus démunies, et notamment des personnes à la rue, est régulièrement un objet de préoccupations pour les pouvoirs publics, ce rapport part du postulat que toutes les causes n'en ont pas été examinées. Ainsi, si les difficultés d'accès aux soins, tant matérielles que financières, sont régulièrement dénoncées et font l'objet de données chiffrées, tel n'est pas le cas de la problématique du non consentement aux soins. Pour autant, elle est un des facteurs expliquant le non recours aux soins, fréquemment responsable d'une altération de l'état général et d'un cumul de pathologies importantes chez les personnes à la rue. Dès lors, il convient d'en identifier les causes, qui tiennent tant aux caractéristiques particulières de ces populations qu'aux difficultés d'adaptation du système de santé à ces caractéristiques. Dans un second temps, il est essentiel d'aborder les solutions à apporter à cette problématique. Dans le cadre d'une réflexion sur le non-consentement, l'éventualité de la mise en place d'une contrainte, sous forme d'obligation de soins, est souvent évoquée. Elle pose un véritable paradoxe dans la mesure où les professionnels de terrain craignent que leur inaction face à la non-acceptation des soins soit assimilée à une non-assistance à personne en danger, mais que la non-prise en compte du refus de la personne à la rue est assimilable à une violation d'un certain nombre de droits fondamentaux, tels que l'inviolabilité du corps humain ou l'obligation de recueil d'un consentement éclairé dans le cadre des soins. Si le groupe de travail a refusé cette solution jugée trop extrême, il s'est en revanche positionné comme force de propositions pour explorer de nouvelles pistes face à la problématique du non-consentement. Les solutions spécifiques à ces populations sont apparues nécessaires à court terme mais l'objectif reste de tendre vers une prise en charge universaliste des personnes à la rue.

Mots clés : *sans-abris, accès aux soins, non-recours, consentement, obligation de soins, relation entre soignant et soigné*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs