



Master PPASP

Promotion : **2013 -2014**

Rapport soutenu le 9 Septembre 2014

Le pôle santé du Samusocial 93 : des actions de terrain soutenues par la mise en place d'un observatoire de la santé des grands exclus

Grégoire Mathieu

2014

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Marion Quach-Hong, chargée de mission santé au Samusocial 93. Son professionnalisme et ses qualités humaines n'ont pas seulement contribué à faire de ce stage une expérience prolifique. Ils ont également été un exemple et une source d'amélioration.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude à mes professeurs de cette année de Master 2, et tout particulièrement à François-Xavier Schweyer et Philippe Leroy, dont les qualités pédagogiques et d'écoute ont été précieuses pour toute la promotion.

Merci à l'ensemble de l'équipe du Samusocial 93 et du Pôle Accompagnement Vers le Logement, pour leur accueil, leur bienveillance, leur expertise, mais aussi pour avoir pris le temps d'échanger, de m'apprendre. Indirectement, ils ont contribué à la rédaction de ce rapport.

Je voudrais également remercier les différents partenaires du Samusocial 93 que j'ai interrogé. Ils m'ont toujours réservé bon accueil, et ont fait l'effort de répondre à mes questions avec honnêteté et intelligence.

Enfin, merci aux personnes à la rue de m'avoir accordé de leur temps pour un entretien, et surtout d'avoir accepté de se livrer sans artifice. Leur parole est ce qu'il y a à mon sens de plus précieux dans ce document. J'ai travaillé dans un souci permanent de fidélité et de respect de ce qu'ils ont bien voulu me confier.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des sigles utilisés.....	6
Introduction.....	8
Partie 1 Rapport de mission : travail réalisé au cours du stage.....	10
A. L'observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis.....	12
I. Cadrage du projet.....	12
1. Définition de l'observatoire.....	12
1.1. Les caractéristiques de l'observatoire.....	12
1.2. Ce que n'est pas l'observatoire.....	13
2. Le champ de la mise en place de l'observatoire.....	14
2.1. Le champ de l'observatoire.....	14
2.2. Les acteurs sollicités et leurs domaines de compétence.....	15
2. Enjeux et finalités de la mise en place de l'observatoire.....	15
II. Processus et étapes de la mise en place de l'observatoire.....	17
1. Une démarche de projet.....	17
2. Temporalité de l'observatoire.....	17
3. Méthode et outils.....	18
3.1. Protocole de la mise en place de l'observatoire.....	18
3.2. Recueil et analyse des données.....	19
3.3. Conclusion et rapport.....	21
III. Revue de littérature.....	22
1. Objectifs de la revue de littérature.....	22
2. Méthode utilisée.....	23
3. Présentation du corpus.....	24
3.1. Les rapports.....	24

3.2. Les plaidoyers.....	32
3.3. Les travaux de recherche.....	38
3.4. Les documents territoriaux.....	44
4. Résultats.....	46
4.1. Des pathologies récurrentes.....	46
4.2. Le public est mal connu des services de l'état.....	47
4.3. La stratégie des pouvoirs publics.....	48
4.4. Les pistes de solution et d'amélioration.....	49
4.4.1. Les EMPP.....	50
4.4.2. Les PASS.....	50
4.4.3. Les LHSS.....	51
4.4.4. L'accès au logement et l'approche globale.....	51
4.5. La spécificité de la Seine-Saint-Denis.....	52
5. Conclusion.....	53
 IV. Entretiens.....	 54
1. Intérêt des entretiens.....	54
2. Protocole de rencontre des professionnels.....	54
3. Protocole de rencontre des usagers.....	55
4. Résultats.....	56
4.1. La spécificité de la Seine-Saint-Denis.....	56
4.2. Le profil des personnes à la rue.....	59
4.3. L'accès au logement.....	64
4.4. Des pathologies récurrentes.....	67
4.5. Les différentes modalités de prise en charge médicale.....	72
4.6. Le lien entre travailleurs sociaux et grands exclus comme outil principal d'accès aux soins.....	79
4.7. La nécessité des partenariats et des orientations vers les dispositifs de droit commun.....	81
4.8. Le rôle de coordination des services de l'état.....	85
4.9. La question des dispositifs excluants et des filières dédiées.....	95
4.10. La nécessité d'une prise en charge globale.....	101
 V. Préconisations.....	 107
1. Le logement et le retour à l'emploi sont des conditions indispensables à la réinsertion.....	107
2. Améliorer la prise en charge des conduites addictives.....	107
3. Développer les dispositifs qui fonctionnent bien.....	107

4.	Former les travailleurs sociaux aux questions de santé.....	108
5.	Les associations doivent se concentrer sur les orientations vers les dispositifs de droit commun.....	108
6.	Améliorer la coordination des différents dispositifs.....	108
7.	Adapter les dispositifs aux personnes et non l'inverse.....	108
8.	Promouvoir des prises en charge globales.....	109
	Conclusion.....	110
B.	Les maraudes de nuit et la maraude médico-sociale.....	110
C.	Le développement du réseau partenarial.....	112
D.	Les suivis santé des usagers du Samusocial.....	114
I.	Monsieur A.....	114
II.	Monsieur L.....	116
III.	Madame W.....	117
IV	Madame et Monsieur V.....	117
	Partie 2 Analyse réflexive de la mission.....	119
A.	Analyse distanciée de la structure et de son fonctionnement.....	119
B.	Apports du stage.....	122
C.	Intérêt de la mission de stage.....	125
	Conclusion.....	128
	Bibliographie.....	129
	Annexes.....	134

Liste des sigles utilisés

ACT Appartement de Coordination Thérapeutique

AME Aide médicale État

ARS Agence régionale de santé

ASV Atelier santé-ville

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CCAS Centre communal d'action sociale

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CLSM Conseil local de santé mental

CMP Centre médico-psychologique

CMPP Centre médico-psycho-pédagogique

CMU Couverture maladie universelle

CMU-C Couverture maladie universelle-complémentaire

CPAM Caisse primaire d'assurance maladie

CSAPA Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CT Communauté thérapeutique

DGS Direction générale de la santé

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DRIHL Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

ETP Éducation thérapeutique du patient

FNARS Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

GCS Groupement de coopération sanitaire

IST Infection sexuellement transmissible

LHSS Lits haltes soins santé

MIGAC Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

PASS Permanence d'accès aux soins de santé

PRAPS Programme régional d'accès à la prévention en santé

RSA Revenu de solidarité active

SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

VHB Virus de l'hépatite B

VHC Virus de l'hépatite C

Introduction

Choisir un terrain de stage n'est pas toujours aisé. Même si ce dernier ne détermine pas notre future vie professionnelle, il joue un rôle primordial par rapport à notre orientation. J'ai fait partie des derniers élèves de la promotion à trouver un lieu de stage car je voulais que ce dernier corresponde à mes attentes professionnelles, mais surtout y travailler les problématiques pour lesquelles j'ai le plus d'attrait : inégalités sociales de santé, précarité, exclusion.

Avoir eu l'opportunité d'effectuer mon stage au pôle santé du Samusocial de Seine-Saint-Denis m'a donc pleinement satisfait. Cette expérience de terrain m'a permis de confirmer cet attrait et constitue à mon sens une solide base pour ma future vie professionnelle.

La chargée de mission santé avait besoin d'un stagiaire principalement pour mettre en place un observatoire de la santé des grands exclus dans le département. C'est ce à quoi j'ai consacré la majorité de mon temps de stage.

Le projet de mettre en place un observatoire de la santé répond à une double attente : proposer une première photographie prise sur quelques mois de l'état de santé des personnes vivant à la rue dans le département de Seine-Saint-Denis, mais aussi mobiliser des outils de recueil de données de santé réutilisables.

Établir un diagnostic de l'état de santé des grands exclus d'une part, et de leur accès aux soins et à la prévention d'autre part constitue la première étape pour proposer des priorités d'action et améliorer la prise en charge médico-sociale du public visé. Dans cette perspective, une multitude de facteurs sont à prendre en compte pour formuler des propositions adaptées à l'environnement spécifique des personnes vivant dans la rue. J'ai donc produit un document dont le but était de servir de socle à la mise en place de l'observatoire de la santé des grands exclus. Il s'appuie sur les politiques publiques, déclinées en différents projets, mais prend surtout en compte les pratiques professionnelles et les modes opératoires de terrains.

Le reste de mon temps de stage a été consacré à la participation aux maraudes de nuit, à la participation ou la coordination de la maraude médico-sociale, à la participation au

développement du réseau partenarial et au suivi de la partie santé des usagers du Samusocial
93.

L'intérêt de ce stage a pour moi résidé dans cette hybridation des missions. L'aspect réflexif a été d'un grand secours pour effectuer mes missions de terrain, dont l'expérience a servi de matière à la rédaction du document initial à la mise en place de l'observatoire de la santé.

Partie 1 Rapport de mission : travail réalisé au cours du stage

Préambule : présentation du service

Le Samusocial 93 est un service de veille, d'aide, et d'accompagnement pour les personnes qui vivent et dorment dans la rue. En tant que service départementalisé, chaque Samusocial possède des spécificités qui lui sont propres.

En Seine-Saint-Denis, il est géré par une association : Hôtel social 93, qui gère également des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ainsi que des accueils de jour. Le service possède des locaux indépendants situés à Pavillons-sous-bois, une position centrale dans le département. Il compte 18 salariés, principalement travailleurs sociaux, diplômés ou non, qui effectuent tous les jours de l'année, de 19 à 2 heures du matin des maraudes.

La maraude est la base de l'activité du Samusocial : elle consiste à aller à la rencontre des personnes à la rue, en s'appuyant notamment sur les signalements effectués par le 115 ou toute autre personne, et sur un programme quotidien d'intervention, où sont recensées près de 200 personnes vivant à la rue de manière régulière. Le département est divisé en plusieurs territoires distincts, pour se partager le travail avec les maraudes de bénévoles qui sillonnent à moindre fréquence le département (Secours Islamique France, Croix-Rouge Française). Le Samusocial dispose de deux camions qui partent chaque soir marauder. À leur bord, l'équipe est généralement composée de deux travailleurs sociaux (un rédacteur et un évaluateur), et d'un chauffeur accueillant social. Leur rôle est de créer un lien avec les personnes rencontrées, afin de faire émerger une demande. C'est souvent la discussion qui est retenue comme média principal, mais cela passe aussi par des prestations alimentaires, par exemple. À partir du moment où une demande a pu être formulée par la personne, les équipes de nuit transmettent l'information au pôle jour du Samusocial 93, composé d'une travailleuse sociale à plein temps et de travailleurs sociaux qui alternent les missions de jour et de nuit. Ces derniers ont alors

pour rôle d'engager les démarches sociales correspondantes à la demande de la personne.

En complément des pôles jour et nuit existe un pôle santé, où une chargée de mission santé possède différentes missions. La principale est le suivi des personnes à la rue sur la partie santé. Cela passe par la mobilisation des différents acteurs médicaux et paramédicaux, mais aussi par la sensibilisation des équipes aux questions de santé. Elle a également pour rôle de développer et faire vivre les partenariats avec les différentes institutions médicales. Elle a également mis en place une maraude médico-sociale, sur laquelle nous reviendrons plus en détail. Il faut souligner que le poste de chargée de mission santé est transversal sur toutes les structures de l'association, mais l'activité principale se situe au niveau du Samusocial.

Dans le cadre de mon stage, j'ai participé à toutes ces missions, mais la principale a consisté à mettre en place un observatoire de la santé. Une première partie du rapport, en développe les différentes modalités, de la mise en œuvre jusqu'aux préconisations.

A. L'observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis

I - Cadrage du projet :

1. Définition de l'observatoire

Pour mettre en forme ce document préalable à la mise en place de l'observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis, deux temps d'analyse distincts ont été nécessaires. Le premier, plutôt théorique a consisté à rassembler les productions qui semblaient les plus pertinentes sur le sujet. Une revue de littérature assez succincte a pour ambition de définir les bornes du champ d'étude. Le second a consisté à aller à la rencontre des professionnels de terrain et des grands exclus, afin de recueillir leurs témoignages.

Ce premier document relatif à la mise en place d'un observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis vise donc avant tout à formaliser des données de terrain, et à faire émerger la parole de ceux qui n'ont pas toujours l'occasion de se faire entendre.

Au-delà de la diversité des portes d'entrées méthodologiques, la mise en place d'un observatoire, et à plus forte raison de la santé des personnes en grande précarité, est un exercice aux caractéristiques spécifiques.

1. 1. Les caractéristiques de l'observatoire

La mise en place d'un observatoire de la santé repose sur des méthodes à définir de recueil et d'analyse de données, afin de proposer un diagnostic sur l'état de santé des personnes sans-abri en Seine-Saint-Denis, puis de formuler un avis ou des préconisations. Ces dernières

porteraient l'opportunité de définir de nouveaux axes de travail au sein du Samusocial 93.

L'observatoire vise donc à remplir plusieurs fonctions :

- produire des données et de la connaissance sur le sujet
- proposer de nouveaux axes de travail
- stimuler la réflexion des acteurs via la diffusion des résultats
- mettre en place un outil pérenne de recueil de données

1.2 Ce que n'est pas l'observatoire de la santé

Il existe différentes démarches voisines de la mise en place d'un observatoire. Elles s'en distinguent néanmoins au regard des critères et des objectifs retenus. Autrement dit, ces pratiques en diffèrent principalement par la nature du questionnement et la méthodologie utilisée.

L'évaluation : la démarche évaluative cherche à formuler un jugement sur une politique ou une action afin d'éclairer la prise de décision. Si la méthodologie employée se rapproche de celle qui est utilisée pour l'observatoire, l'évaluation concerne une action spécifique, et nourrit des objectifs d'aide à la décision. Une évaluation pourrait par exemple porter sur le dispositif des maraudes médico-sociales afin d'observer si sa mise en place a amélioré l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Nota bene: L'observatoire de la santé peut comporter une partie évaluative ou remplir une fonction d'évaluation sans pour autant s'inscrire dans un processus évaluatif. Par exemple, les données de santé recueillies pourraient aussi servir à donner des informations sur la maraude médico-sociale.

Le contrôle de gestion : cette démarche cherche à améliorer le rapport entre les activités produites et les moyens engagés pour les réaliser. Cela reviendrait par exemple à mettre en place des programmes d'amélioration d'accès aux soins en fonction des ressources dont dispose le Samusocial 93.

La démarche qualité : elle fait appel à la participation et la responsabilisation des professionnels concernés, et s'appuie sur des références normées pour améliorer la qualité des actions et des services. Le Samus social 93 est par exemple en train de rédiger sur le mode de la concertation un projet d'établissement, qui est une bonne incarnation de cette démarche.

L'expertise : il s'agit d'un jugement d'experts disposant d'une très bonne connaissance d'un sujet. Construite en parallèle de l'action menée, l'expertise permet de cautionner une décision politique. Le rapport rendu par la sénatrice de Seine-Saint-Denis Mme Aline Archimbaud en Septembre 2013 (référence) au premier ministre fournit un bon exemple. Intitulé « L'accès aux soins des plus démunis », il s'appuie sur les témoignages et les pratiques d'un maximum d'acteurs pour formuler quarante propositions dont le but est d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

L'inspection : la démarche est engagée par une autorité de tutelle et vise à apprécier un écart entre les missions confiées à un établissement et les résultats de ce dernier. En d'autres termes, il s'agit de vérifier le respect de normes administratives et techniques afin d'aboutir à un jugement sur l'efficacité d'une action. Dans le cas du pôle santé du Samusocial, cela reviendrait à missionner un inspecteur des affaires sanitaires et sociales au sein de l'agence régionale de Santé d'Ile-de-France, qui finance le pôle santé¹.

L'audit : l'opération est conduite par un expert extérieur à la structure, afin d'en apprécier l'efficacité, dans le cas d'un audit de performance, ou la régularité des comptes, dans le cas d'un audit financier. Cela implique de s'appuyer sur des normes réglementaires ou professionnelles dont la pertinence est toute relative vu l'activité du Samu social 93.

2. Le champ de la mise en place de l'observatoire

2.1. Le champ de l'observatoire

Si un observatoire de la santé peut exister tant sur le plan national que régional ou local, c'est ce dernier qui semble être le plus pertinent pour une analyse au niveau départemental, qui est le plus proche de la mise en œuvre des actions de santé publique. L'observatoire privilégiera donc plutôt une approche populationnelle par les situations rencontrées et par le territoire qu'une approche thématique. Cette dernière ne peut être retenue comme porte d'entrée vers le recueil de données en raison de son caractère arbitraire : pourquoi aborder la thématique de

¹ Circulaire du 28 décembre 1998 relative à l'évaluation des politiques publiques, JO n° 36 du 12 février 1999

l'accès aux soins et pas celle du diabète par exemple ?

Cela dit, construire un observatoire de la santé selon une logique ascendante ne conduit pas forcément à bannir les aspects thématiques, bien au contraire. Utiliser la réalité du terrain pour en dégager des problématiques communes est un moyen de rassembler autour de différentes thématiques les données recueillies. Pour illustrer ce parti pris, on peut s'appuyer sur l'exemple fourni par les Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité en Seine-Saint-Denis. Ces dernières se partagent sur le département le travail concernant les troubles mentaux chez les personnes en situation de précarité. Constituer d'emblée les pathologies mentales comme un axe de travail est un raccourci qu'il serait dangereux de prendre puisqu'il s'appuie sur des préjugés. Cependant, la littérature et les entretiens menés pourront montrer l'importance de cette thématique et l'utilité de la traiter au sein du présent travail.

2.2. Les acteurs sollicités et leurs domaines de compétence

La mobilisation de toutes les parties prenantes, des décideurs en santé publique jusqu'aux bénéficiaires, en passant par les acteurs de la mise en œuvre opérationnelle semble pertinente, dans la mesure où elle permet à la fois de recueillir plusieurs témoignages à différents niveaux, et de mettre en perspective d'éventuelles divergences de point de vue. L'objectif est de rassembler les témoignages de personnes aux profils et aux objectifs variés. Vu la fenêtre réduite du temps d'enquête, toutes les zones d'action du Samusocial 93 ne peuvent être couvertes par l'étude. Seront donc interviewés ceux qui ont été identifiés comme incontournables avec la chargée de mission santé du Samusocial 93. La liste des personnes en question sera détaillée plus loin.

Le recueil de ces témoignages se doit d'être le moins partial possible, ce qui implique de faire appel à des ressources extérieures aux différentes structures, comme le recrutement d'un stagiaire, sous l'autorité de la chargée de mission santé du Samusocial 93. Sa mission ne consiste en aucun cas à formuler des jugements sur ce qu'il observe, mais à développer tout ce qui lui pose question et ce qui interroge les différents acteurs, afin de formuler des propositions pour faciliter leur travail et améliorer les réponses apportées aux usagers.

En complément de ces témoignages, d'autres entretiens non formalisés, d'ordre plutôt méthodologique seront menés auprès de différents acteurs dont le détail sera également donné

dans la partie expliquant la méthodologie de la démarche.

3. Enjeux et finalités de la mise en place de l'observatoire de la santé

La nécessité de mettre en place un observatoire de la santé se justifie aussi par la multiplicité d'acteurs et de partenariats, qui nécessite de recueillir tous les points de vue. L'observatoire se veut synthétique, tout en cherchant à être le plus exhaustif possible, afin de rendre lisible la complexité des enjeux sanitaires auxquels est confronté le Samusocial 93. Sa mise en place a donc plusieurs finalités, qui peuvent être rassemblées sous un objectif commun qui serait d'établir un diagnostic de l'état de santé des grands exclus et de leur accès à la prévention et aux soins dans le département, afin de déterminer des priorités d'action et améliorer leur prise en charge médico-sociale :

- améliorer la connaissance des grands exclus dans le département de Seine-Saint-Denis
- donner une vision de l'état sanitaire des exclus dans le département et identifier les problématiques de santé prioritaires
- analyser les réponses apportées actuellement (sanitaires, organisationnelles, administratives ou politiques) aux problématiques sanitaires des grands exclus de Seine-Saint-Denis
- démontrer que la problématique de la grande exclusion est à la fois sociale et sanitaire
- favoriser l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de grande précarité et de vulnérabilité sociale
- pérenniser un dispositif de recueil d'informations fiable
- sensibiliser et informer les bénévoles et les professionnels en relation directe avec ces publics sur les questions d'accès aux soins via la diffusion des résultats

Il convient de souligner que ces objectifs s'inscrivent dans une temporalité particulière : l'arrivée de la chargée de mission santé en Octobre 2012 et la mise en place par cette dernière des maraudes médico-sociales au sein du Samusocial 93 sont des dispositifs relativement récents au regard de l'objectif principal mentionné plus haut. En conséquence, l'observatoire n'est pas un moyen d'apprécier les actions de santé publique menées au sein du Samusocial 93, mais davantage un outil pour déterminer l'état de santé des personnes à la rue en Seine-Saint-Denis.

II - Processus et étapes de la mise en place de l'observatoire :

1. Une démarche de projet

La mise en place de l'observatoire de la santé au sein du Samusocial 93 est un processus piloté comme une démarche de projet, qui nécessite d'identifier les acteurs clés à mobiliser, les objectifs à clarifier et les moyens à engager. Dans le cas de la mise en place de l'observatoire, les ressources à mobiliser sont d'ores et déjà définies et consistent à engager un stagiaire pendant cinq mois, responsable du projet et de l'animation de la démarche, sous la tutelle de la chargée de mission santé du Samusocial 93. En revanche, si les données de cadrage sont déjà disponibles, la conduite et la conclusion du projet restent à mettre en place. En sus, la démarche de projet implique de mettre en place un certain nombre d'outils, comme un calendrier ou des objectifs spécifiques. C'est pourquoi le présent travail s'est appuyé sur une étude d'opportunité, assorti d'une fiche d'expression des besoins et d'une note de cadrage, disponibles en annexe.

2. Temporalité de l'observatoire

La mise en place de l'observatoire de la santé des grands exclus s'inscrit dans une temporalité

qu'il est possible de découper en 3 phases distinctes.

La première phase est la planification de la mise en place de l'observatoire. Elle est la manifestation du besoin de cet observatoire, et de la volonté de sa mise en place. Cette première phase est aussi le moment d'une première formulation des finalités du projet et d'un cahier des charges.

Vient ensuite la seconde phase qui consiste en la mise en place proprement dite de l'observatoire. Elle comprend la mise en place d'un protocole, le recueil de données, l'analyse de ces données et enfin, la formalisation des résultats et d'éventuelles recommandations.

Enfin, la troisième phase concerne l'utilisation des travaux, à travers la diffusion des résultats et des recommandations. Elle n'est pas négligeable, dans la mesure où elle doit servir un objectif particulier, en fonction de la personne qui reçoit les résultats, en différenciant les destinataires internes et externes par exemple.

3. Méthode et outils :

La méthode définit la manière choisie pour identifier, collecter et analyser les informations (le protocole), mais aussi la base sur laquelle sera construite l'interprétation des informations (le référentiel).

3.1 Protocole de mise en place de l'observatoire

Le référentiel est le cadre d'interprétation des données récoltées pour l'observatoire de la santé. C'est à partir de cette base que d'éventuelles recommandations peuvent être formulées. À ce titre, il n'a de valeur que dans un contexte précis. Il s'appuie sur des critères, qui matérialisent un angle de vue particulier, ce qui ne rend pas les données de l'observatoire nécessairement subjectives. L'atteinte de ces critères est objectivée par différents indicateurs, garants de l'impartialité des données récoltées. Cela dit, il est indéniable que ces dernières répondent à un objectif préalablement défini. Plutôt que de parler de partialité ou de subjectivité, nous allons tenter de justifier le parti pris d'utiliser certains critères et pas d'autres parmi ceux habituellement utilisés en santé publique (pertinence, cohérence, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, impact et implantation). Aux critères retenus, nous allons

associer différents indicateurs² :

- de contexte, afin de qualifier la situation
- de réalisation, qui ont pour but de décrire les dispositifs en place
- de processus, qui renseignent sur les modalités de mise en œuvre
- de ressources, qui décrivent les moyens utilisés
- d'impact, qui attestent des effets de l'intervention.

3.2. Recueil et analyse des données

Si les méthodes de collecte de données sont elles aussi multiples, il semble pertinent de se limiter dans le cas de l'observatoire à la recherche documentaire, la conduite d'entretiens individuels auprès des usagers et des professionnels ainsi qu'à l'exploitation statistique de données. La recherche documentaire permet de synthétiser les connaissances existantes sur l'accès aux soins des grands exclus, mais aussi de relier les textes réglementaires, juridiques et administratifs à cette réalité. La conduite d'entretiens semi-directifs vise à recueillir les témoignages de ceux qui vivent et éprouvent cette réalité, afin d'en tirer quelques grands axes communs. Enfin, l'exploitation statistique de données permettra d'obtenir quelques données chiffrées, afin d'apprécier les principales évolutions des données de santé des personnes vivant dans la rue.

L'idéal serait de combiner les approches qualitatives et quantitatives selon des méthodes mixtes. Le bilan annuel du pôle santé fournit d'ores et déjà quelques données quantitatives. Ces premières ressources sont l'opportunité d'utiliser des données quantitatives, pour les analyser à la lumière d'une étude qualitative. Il s'agirait donc d'utiliser les méthodes mixtes à travers un devis séquentiel explicatif. Théoriquement, ce processus propose une investigation en deux temps distincts : le recueil de données quantitatives, puis celui de données qualitatives. Dans le cas du pôle santé, les données quantitatives sont déjà disponibles, ce qui réduit considérablement la fenêtre temporelle de l'enquête. Toutefois, il faut garder à l'esprit que même si elles sont quantitatives, ces données ne sont pas pour autant représentatives ou exhaustives : elles traduisent en chiffres la réalité de terrain à laquelle est confronté le pôle santé sur une fenêtre d'un an. De plus, ces données ne permettent pas un ciblage thématique

² Contandriopoulos AP., Champagne F., Denis JL., Avargues MC., *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000.

ou populationnel : elles reflètent comme nous le verrons les taux et les modalités de couvertures médicales du public rencontré, ainsi que les différentes orientations effectuées par le pôle santé. Les résultats qualitatifs obtenus ont donc pour but d'éclairer les données quantitatives dont dispose le pôle santé, en y ajoutant la matière thématique dont il était précédemment question par exemple. Le devis séquentiel explicatif est un moyen de recueillir des données plus spécifiques de santé sur les sans-abris suivis par le Samusocial 93, grâce aux données du pôle santé, mais aussi celles recueillies par les intervenants sociaux.

Le devis séquentiel explicatif diviserait le travail en plusieurs phases :

- Recueillir des données quantitatives en se basant sur le bilan du pôle santé et les données fournies par les intervenants sociaux
- Utiliser ces données pour construire un questionnaire
- Désigner les personnes ayant les profils les plus pertinents pour effectuer un entretien
- Utiliser ces entretiens pour affiner les données quantitatives déjà disponibles
- Analyser ces données pour déterminer des thématiques dominantes

Comme souligné lors du cadrage, l'analyse des données englobe plusieurs champs à travers différents objectifs. La connaissance et l'animation en sont les principaux, mais la formulation de propositions et l'appui méthodologique sont aussi des aspects primordiaux. À la lecture de ces différents objectifs, deux critères principaux sont retenus pour l'analyse des données.

- la pertinence, qui permet une analyse diagnostique, donc d'apprécier de manière descriptive l'état de santé des personnes vivant dans la rue. Plusieurs méthodes d'analyse sont pour l'instant envisagées : en amont, une revue de littérature sur le sujet, en aval, une étude individuelle de besoins.

- l'implantation, qui permet d'analyser l'impact des spécificités du mode de vie sans abri sur la santé de personnes. L'analyse passera ici par des monographies d'usagers, pouvant être ensuite exploitées selon les thématiques mises en avant par l'analyse diagnostique (géographie, pathologies, etc.)

Les conclusions obtenues par la revue de littérature permettront de pointer quels acteurs institutionnels il serait le plus pertinent de rencontrer en entretien, puisque tous les intervenants du département ne peuvent être interrogés sur une durée aussi courte que la période de stage. Tous ces entretiens et la revue de littérature auront permis de réunir des données qui, à défaut d'être exhaustives et représentatives, seront au moins fiables et de

sources multiples pour proposer un premier diagnostic de l'état de santé des personnes à la rue en Seine-Saint-Denis.

Au terme de cette démarche, il sera envisageable de mettre en place une seconde étude, à travers un devis séquentiel exploratoire dont le but sera, à partir des résultats obtenus, de construire un outil de mesure des données de santé et de l'utiliser auprès d'un échantillon afin de voir si il serait généralisable à la population des personnes sans-abri en Seine-Saint-Denis. Même si cette méthode ne peut être mise en place en cinq mois de stage, elle reste un point de mire intéressant pour l'observatoire à long terme. Il s'agirait donc d'utiliser les résultats obtenus pour construire un outil de mesure, puis de tester cet instrument auprès d'un échantillon représentatif afin de voir si les résultats qualitatifs sont généralisable à la population cible.

3.3. Conclusion et rapport

L'objectif est de mettre en place l'observatoire au terme de la période de stage, à travers un rapport qui mettra en perspective la revue de littérature, le recueil des données récoltées, leur analyse et les résultats obtenus. De plus, il devra mentionner la méthodologie utilisée pour parvenir à ces résultats. Si le premier aspect vise la formulation de préconisations en pointant des axes de travail en particulier, le second se veut un moyen de pérenniser un outil de recueil de données fiables.

III – Revue de littérature

1. Objectifs de la revue de littérature

La recherche documentaire permet comme nous l'avons vu de synthétiser les connaissances existantes sur l'accès aux soins des grands exclus, mais elle est aussi le moyen de définir un référentiel qui servira de cadre d'interprétation pour les données récoltées par la suite. En d'autres termes, le but de cette brève revue de littérature sur la santé des grands exclus est de définir le contexte dans lequel les données recueillies vont être analysées. Pour parler en termes de santé publique, la revue de littérature est le moyen de déterminer les indicateurs qui vont permettre de qualifier les situations rencontrées, de nous renseigner sur les modalités de mise en œuvre des moyens existants et de décrire ces derniers, pour attester des effets des

différentes interventions.

Loin de prétendre à l'exhaustivité, cette revue de littérature se présente comme la base documentaire synthétique qui doit fixer le champ d'analyse du travail de terrain. En terme d'objectifs opérationnels, elle permettra donc :

- de définir les acteurs à contacter
- d'élaborer le questionnaire qui doit servir de support aux entretiens semi-directifs
- d'élaborer le questionnaire de santé à faire remplir par les travailleurs sociaux en maraude
- de fournir un cadre d'analyse pour les données récoltées

A l'inverse, elle ne prétend en aucun cas faire état de toutes les publications sur le sujet, ou proposer des pistes de réflexion sur la santé des personnes vivant dans la rue. Ce dernier aspect sera éventuellement traité à la fin du travail de recueil de données, mais pas au terme d'une recherche bibliographique. La mise en place de l'observatoire vise avant tout à faire émerger des témoignages quant aux problématiques de santé des sans-abri. Ce rappel est l'occasion de justifier la durée relativement courte pour élaborer cette revue de littérature. Le parti pris a été de privilégier le recueil de données de terrain, sur une période de deux mois, et de limiter la recherche documentaire à deux ou trois semaines.

2. Méthode utilisée

La méthodologie de la recherche documentaire peut être décomposée en plusieurs temps.

Tout d'abord, il a fallu constituer un corpus de littérature grise, composé des sources primaires que sont les rapports produits par les institutions étatiques sur la santé des personnes qui vivent dans la rue. Ces rapports ont été sélectionnés à partir de résumés, selon leurs auteurs, leur pertinence et leurs destinataires. Cette démarche vise à permettre de replacer les rapports dans leur contexte politique et économique de publication, en s'interrogeant en particulier sur leur destinataire, dont l'identité joue un rôle de premier plan et parle déjà des objectifs des rapports. En effet, les rapports ont souvent pour but de servir d'expertise auprès des pouvoirs publics et d'éclairer les choix politiques. Ces expertises peuvent déterminer le sens dans lequel sera rédigé le rapport. Réunir des rapports qui ont émergé dans des contextes différents, et dont les destinataires sont variés présente aussi l'avantage de pouvoir réunir des documents qui permettent une analyse plus complète, dans la mesure où elle multiplie les points de vue

possible. Cela permet de recueillir sur le même sujet des textes variés et parfois mettant en avant des points de vue différents.

Ce corpus de sources primaires permettra de dresser un premier bilan des problématiques que soulève la grande exclusion en France. Cela dit, les rapports s'inscrivant dans des contextes particuliers, ils sont aussi le témoignage des préoccupations des dirigeants politiques qui les ont commandés.

Un autre témoignage incontournable est donc celui des Organisations Non Gouvernementales qui travaillent avec les personnes sans-abri. Les associations comme Médecins Du Monde en sont un bon exemple : à travers une mission « banlieue » et un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation à Saint-Denis (93) qui peut accueillir toute personne qui s'y présente, l'organisation propose une aide pour les personnes qui ne savent vers qui se tourner en cas de problème de santé. À cette action de terrain sont adossés des travaux de plaidoyer de qualité, régulièrement cités dans les travaux universitaires³. Les témoignages de ces acteurs associatifs est précieux : il traduit en termes administratifs la réalité du terrain, notamment à travers des chiffres issus du reporting de leur activité.

Le troisième temps de cette recherche sera l'occasion de mobiliser des outils d'analyse sociologiques, mais aussi économiques, politiques et transdisciplinaires afin de permettre une analyse plus poussées des différentes sources. Face à la multitude des travaux universitaires et des ouvrages publiés sur le sujet, seuls ceux qui ont semblé les plus pertinents, ou incontournables ont été retenus. Compte-tenu de la fenêtre temporelle très réduite de la recherche documentaire, certains ouvrages ont fait l'objet d'une lecture partielle.

Enfin, le dernier type de ressources documentaires concerne les documents qui traitent, prioritairement ou exclusivement, de la problématique de la grande précarité en Seine-Saint-Denis. Ces derniers permettent de finaliser la contextualisation que doit permettre la revue de littérature, en pointant les spécificités territoriales propres au département. Si la problématique de la grande précarité est commune à tous les départements, certains éléments

³ Certy, JF., Bernard O., « Médecins du Monde, entre résistance et innovation : le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France » in Bréchat PH, Lebas J (dir.)

rendent la Seine-Saint-Denis particulièrement touchée par ce phénomène. Dans la mesure où le champ d'action de l'observatoire a été défini à l'échelle départementale, il a semblé pertinent d'utiliser cet échelon lors de la recherche documentaire. Bien entendu, cette quatrième catégorie de source peut englober les trois précédentes, à travers les acteurs institutionnels, associatifs et universitaires locaux. Le choix de créer une catégorie à part pour les documents départementaux au lieu de les disperser dans les trois autres parties répond à deux exigences. La première est celle de la commande, qui définit le champ d'action du présent travail au département, sachant qu'on ne peut faire abstraction de données plus générales pour contextualiser le projet. La seconde est une exigence de lisibilité : présenter les spécificités propres à la Seine-Saint-Denis séparément permet aussi de mieux cerner les problématiques du département et les dispositifs utilisés sur le territoire.

3. Présentation du corpus

3.1 – Les rapports :

- Le rapport Wresinski (1987) :

Quoiqu'aujourd'hui dépassé, tant sur le plan législatif que pratique, ce rapport est un texte incontournable si on s'intéresse aux sans-abris. Intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », il est considéré le texte fondateur des grandes avancées sociales comme le Revenu Minimum d'Insertion ou la Couverture Médicale Universelle⁴. Au début des années 1980, l'explosion de la pauvreté en France due à la crise pétrolière pousse le Conseil Économique et Social à commander une étude sur la précarité. Nommé rapporteur, Joseph Wresinski propose alors de construire son rapport non pas à partir des problèmes sociaux que posaient les personnes précaires, mais de se baser directement sur leurs témoignages et ceux des principaux acteurs sociaux afin de faire émerger leurs besoins réels. Cette approche inédite visait à mettre en place des propositions d'actions plus viables et pérennes, au lieu des Plans Pauvreté Précarité qui relevaient davantage d'une démarche palliative, puisqu'ils consistaient principalement en des donations de l'État aux associations. Il proposait donc de ne pas baser le rapport sur les inadaptations des personnes, mais de prendre en compte les trajectoires et les histoires des individus, afin de faire émerger des

⁴ Daniel Fayard. « Il y a vingt ans : le rapport Wresinski ». *Revue Quart Monde*, N°200 - « Le refus de la misère a-t-il pris corps ? »

problématiques communes, mais aussi pour stopper la stigmatisation dont les personnes précaires faisaient l'objet, en identifiant de quels attributs ils étaient affublés. Cette méthode originale a permis d'aboutir à quatre principaux constats :

- de nombreuses personnes multipliaient les facteurs qui mènent à la précarité
- il existait un lien fort qui fait glisser les personnes en situation de précarité vers la grande pauvreté
- la précarité privait des droits les plus élémentaires comme se soigner ou se former
- les programmes d'actions étaient inappropriés, faute de missions bien définies

C'est sur ces quatre constats que se basent de nombreux débats parlementaires qui ont abouti à la loi de lutte contre les exclusions de 1998 qui instaure par exemple les Permanences d'Accès aux Soins, ou la loi Besson de 1990 qui instaure la Couverture Maladie Universelle ou le Fonds Solidarité Logement. Il semble donc primordial de faire figurer ce rapport au sein de la présente revue de littérature, dans la mesure où il pose les jalons d'une réflexion étatique sur la prise en charge de la pauvreté et de la précarité.

- Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Mars 2003) :

Ce « Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions » pointe les effets positifs et non désirables de cette première loi globale de lutte contre la précarité publiée en 1998 au Journal Officiel. La méthodologie des inspecteurs auteurs du rapport a été divisée en deux temps principaux. Tout d'abord, ils ont cherché à synthétiser les bilans de la loi réalisés par les administrations centrales, afin de faire émerger des problématiques récurrentes qui avaient lieu d'être analysées en profondeur. Cela a permis d'identifier dans un second temps quatre thématiques principales, qui ont fait l'objet d'investigations plus approfondies :

- l'organisation de la veille sociale et la réponse à l'urgence sociale
- le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- les incidences du projet d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP- ND) sur les publics en difficulté
- la lutte contre le saturnisme infantile.

La méthodologie adoptée se refuse donc de servir à évaluer les effets de la loi de 1998, mais se propose d'étudier en profondeur les thématiques qui en sont les pivots. En se basant sur cette approche, le rapport conclut en premier lieu à des avancées qui sont encore en cours de développement, et variées selon les domaines auditionnés. Cela dit, plusieurs problématiques

communes ont été identifiées. La première d'entre elle concerne le reporting et le manque d'outils de recueil de données, jugés encore trop parcellaires pour servir de base au travail de terrain. Les initiatives et les actions menées n'ont globalement pas fait l'objet d'évaluations postérieures, et toutes les expériences menées n'ont pas été capitalisées. En d'autre terme, le rapport met en avant le fait qu'une multiplicité de données de terrain existent, mais qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un recueil sérieux ou tout au moins d'un report. Il en résulte que les acteurs sont dans l'impossibilité de réaliser des diagnostics viables sur les populations suivies. Dans ce contexte, il semble hasardeux de vouloir déterminer une stratégie plutôt qu'une autre, puisque les besoins des populations ne sont pas connus. La mission déplore donc le manque de stratégie dans le pilotage des actions menées contre la grande précarité, qui est limité dans ce contexte aux seuls rôles de coordination et d'animation. Selon la mission, c'est le manque d'indicateurs et d'objectifs qui est à l'origine de cette pénurie stratégique, dans la mesure où des indicateurs permettraient d'objectiver les constats de réponse à l'urgence sociale. Les inspecteurs proposent donc de mettre en place des outils de mesure de la performance et des instruments de formation des acteurs de terrain à ces outils. Sur le plan pratique, cela passerait par un recueil de données quantitatives à travers le suivi des activités des structures de réponse à l'urgence sociale. Les données ainsi recueillies permettraient de mettre en perspective les enjeux de l'évaluation. Ces enjeux feraient alors l'objet d'une approche qualitative dont le but serait de rendre compte de la performance des établissements.

- Le rapport de la Cour des comptes (Mars 2007) :

Ce « rapport public sur les personnes sans domicile » vise à analyser les interventions de l'état en faveur des sans domiciles, notamment à travers l'offre de prestations en nature qu'il propose. Qu'il s'agisse de solutions d'hébergement ou d'accès aux soins, le rapport a cherché à pointer quelles actions étaient entreprises par les pouvoirs publics en matière de lutte contre la grande exclusion. Un des premiers constats mis en avant par le rapport est l'importante délégation aux associations du rôle de gestion de la grande précarité qui lui incombe normalement⁵. La Cour a appuyé son rapport sur treize investigations qui avaient pour but non pas de balayer le maximum de situations possibles sur le territoire, mais de rendre compte de l'activité des structures à l'origine des principales dépenses de l'état. Ainsi, sur les treize enquêtes réalisées par les rapporteurs, cinq ont porté sur l'activité d'associations

⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>

subventionnées par l'état, et une sixième sur le Samusocial de Paris qui bénéficie du statut particulier de groupement d'intérêt public. Ces enquêtes ont en premier lieu permis de mettre en évidence la relation disproportionnée entre les personnes sans domicile et les moyens de réponse par les politiques publiques. Cet écart se justifie notamment par une méconnaissance de ce public, et par l'émergence de nouvelles formes de précarité, à travers les jeunes, les malades mentaux ou les femmes seules avec des enfants. La Cour a établi que le principal obstacle à la réinsertion était l'accès au logement. Le rapport conclut qu'il existe des outils d'accès au logement, mais qu'ils sont encore mal utilisés. En conséquence, la sortie des centres d'hébergement et de réinsertion sociale se font souvent vers la rue, et il existe peu de prises en charges sur le long terme, malgré une implication tant des acteurs des services de l'état qu'associatifs. Au terme de ce travail, la Cour des comptes a donc formulé 4 axes majeurs de travail :

- une meilleure coopération entre les instances de l'état et celles de collectivités territoriales
- la lutte contre le non-recours aux droits
- redonner aux centres d'hébergement une fonction de réinsertion et non de mise à l'abri
- mettre en place des dispositifs d'accès aux logements de droit commun.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Juin 2007) :

Ce document fait suite au rapport de la mission effectuée à la demande de Mme Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité, rédigé par Laurent Chambaud (IGAS) et Agnès De Fleurieu (ONPES) en 2006, qui recommandait d'« affiner les connaissances quantitatives et qualitatives des personnes sans abri à Paris et en Île de France afin d'améliorer la palette de solutions d'urgence adaptées ». La mission a également tenu compte dans ces analyses des conclusions rendues par la cour des comptes dans son rapport de Mars 2007 cité précédemment. Concernant le champ d'intervention, la mission a choisi de traiter de la grande précarité et des sans-abris partout en France métropolitaine, au lieu de limiter son travail à la seule région d'Île de France. La méthode de recueil de données utilisée pour constituer le rapport se base essentiellement sur une recherche bibliographique préalable afin de déterminer quels acteurs il serait pertinent d'interroger en entretiens. Cette approche en grande partie qualitative a abouti à la production d'un rapport divisé en trois thématiques majeures :

- la connaissance des populations
- la connaissance des dispositifs

- l'organisation générale de la fonction d'observation.

Les rapporteurs soulignent néanmoins que ce découpage a été fait pour gagner en clarté et en lisibilité, mais que l'approche selon laquelle a été élaboré le rapport est celle du parcours des personnes sans domicile, et des réponses qui leur ont été proposées. Cette approche a permis au rapporteur Laurent Chambaud d'exprimer trois principales conclusions :

- la population des personnes à la rue est très hétérogène et les parcours de vie sont multiples. Les réponses apportées doivent donc être globales au lieu de se concentrer sur un aspect problématique

- ces réponses passent par une meilleure connaissance des publics. Le rapport propose donc une analyse des besoins des populations et des structures à travers un suivi quantitatif et qualitatif.

- le lien entre les données recueillies sur le terrain et leur utilisation dans les politiques publiques est presque inexistant. Les pouvoirs publics doivent apprendre à se saisir de ces données à travers leurs différentes instances, pour pouvoir mieux adapter les politiques mises en place aux exigences du terrain.

Le rapport du Docteur Girard (Novembre 2009) :

Intitulé « La santé des personnes sans chez soi , Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen » et remis en Novembre 2009 à la ministre de la santé, ce rapport s'attache en prologue à justifier les choix des termes de « chez soi » et de « rétablissement », bien qu'ils ne fassent pas consensus. Si le premier veut englober la référence à une vie familiale, sociale et citoyenne et se comprend aisément, le second est davantage sujet à débat où il fait a priori référence à une l'inadaptation sociale que condamnait de père Wresinski dans son rapport. Pourtant, il s'agit bien de partir de l'expérience de la personne, et de ses compétences pour l'aider à se reconstruire, à travers un nouveau parcours. Il s'agit donc dans le rapport du rétablissement de chaque personne à ce qu'elle vise, cherche ou attend, et non du rétablissement de plusieurs inadaptés à une norme. La question du lien entre le sans-abrisme et la santé s'est avérée d'emblée problématique, car elle révèle les inadaptations du système de soins aux besoins des populations en situation de grande précarité, qui sont aussi celles qui en ont le plus besoin, comme le montre les taux bien supérieurs à la moyenne nationale de morbidité, de mortalité, ainsi que les prévalences de schizophrénie et de psychoses. L'espérance de vie de 30 à 35 ans inférieure à la population générale que mentionne le rapport tient à la multiplication de facteurs fragilisant chez les

personnes qui vivent dans la rue. Le rapport cite les violences psychosociales, physiques et sexuelles, les conditions d'hygiène déplorables, mais aussi l'accès aux soins, qui est le principal levier sur lequel l'état peut agir. Ce que pointe le rapport, ce sont des dispositifs d'accès aux soins peu développés et surtout mal coordonnés, comme les Lits Halte Soins Santé, ainsi qu'un cloisonnement entre les administrations qui empêche de résoudre les problématiques des personnes à la rue dans leur globalité, rejoignant ainsi les conclusions du rapport de l'IGAS de Juin 2007. Dans cette perspective, le rapport formule un objectif à court terme qui est d'accompagner les personnes actuellement à la rue par un suivi individualisé, à moyen terme qui est de stopper le flux de personnes malades vers la rue à travers des structures préventives pour les personnes socialement fragiles et des dispositifs d'accompagnement pour les sortants d'hôpitaux et de prison, à long terme qui serait de prévenir les ruptures de logement. Cinq recommandations sont donc formulées :

- décloisonner les politiques sanitaires et réorganiser le soin, afin de rendre les dispositifs existants mieux adaptés au public à la rue. Cela passerait par une meilleure coordination entre secteur public et privé, ainsi que l'existence d'instances de médiation entre les usagers et les soignants. Enfin, les liens entre ville et hôpital doivent selon le rapport être développées, et les financements hospitaliers dédiés à la précarité augmentés
- coordonner et articuler les accompagnements somatiques, psychiatriques et sociaux. Cela passe par une approche de soins globalisée (psychiatrique et somatique), mais aussi par une meilleure prévention des flux vers la maladie mentale.
- utiliser les compétences des personnes et développer de nouvelles pratiques professionnelles en rendant les usagers acteurs du système de santé. La santé communautaire constitue à ce titre une piste d'action, tout comme l'intégration d'usagers dans les instances décisionnelles, notamment en santé mentale.
- loger d'abord, et revoir les conditions d'urgence et de la réinsertion. Le rapport propose un autre type de logement, pour les personnes qui ne pourraient intégrer les Lits Halte Soins Santé : les appartements thérapeutiques, pour les personnes plus autonomes. De même, le rapport met en évidence l'absence de solutions et de structures adaptée pour les personnes vieillissantes.
- Promouvoir la recherche et l'évaluation, à travers une meilleure connaissance du public, une méthodologie de recherche qui implique ce dernier et l'évaluation des dispositifs qui sont destinés aux sans-abris.

Le rapport « évaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé » (2013):

Rédigé par les cabinets « ITINERE CONSEIL » et « EFECT », ce rapport a été commandé par le ministère de la santé et des affaires sociales, dans le but de dresser un premier bilan de l'expérimentation lancée en 2005 que sont les Lits Halte Soins Santé. L'évaluation se base sur des enquêtes réalisées auprès des patients et des structures, quelques études de cas, ainsi que des données de cadrage comme la tailles des LHSS, les territoires d'implantation, les conditions d'orientation et d'admission, les modalités d'accueil ou celles de sortie du dispositif. Sont aussi étudiés les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé général des usagers, l'activité interne des structures, ses coûts de fonctionnement et sa dotation. Sur cette base documentaire largement fournie, le rapport conclut dans un premier temps à une grande avancée en terme de prise en charge médicale des personnes qui vivent dans la rue. En prenant appui sur l'approche américaine, du « care » selon les évaluateurs, les LHSS ajoutent aux soins essentiels une écoute et une aide à l'actualisation des droits dont les personnes ont souvent besoin. À travers cette approche, c'est une approche préventive qui est aussi privilégiée, ce qui se manifeste par une évolution des usagers en autonomie ou en hygiène tout au long du séjour. Même si les structures ne sont selon le rapport pas le lieu où les problèmes médicaux sont réglés, ces derniers sont néanmoins stabilisés. Un autre aspect mis en avant est le manque de structures adaptées pour la suite de la prise en charge, qu'il s'agisse de logements ou d'hébergements, en particulier pour les femmes isolées, ou d'établissements médico-sociaux, et notamment d'EHPAD. L'autre principal constat est celui d'un manque de place. Si les structures fonctionnent et sont adaptées aux besoins des personnes, il semble qu'elles ne soient pas encore assez nombreuses ou développées. Ce constat est néanmoins nuancé par la difficulté pour les évaluateurs à objectiver les besoins de santé des personnes sans domicile. Enfin, quatre recommandations sont formulées :

- améliorer le pilotage du dispositif par les différentes instances
- ouvrir de nouvelles places
- augmenter la dotation globale
- préciser les modalités de fonctionnement et d'admission aux partenaires adresseurs.

Le rapport sur l'accès aux soins des plus démunis (2013) :

La mission menée par la sénatrice Aline Archimbaud s'est déroulée entre Avril et Juin 2013, et a visé à auditionner de nombreux acteurs de terrain à Lille, Arras, et en Seine-Saint-Denis. Ce dernier a été un terrain d'investigation privilégié, tout d'abord parce que Mme Archimbaud en

est la sénatrice. Ensuite, parce qu'il concentre plusieurs problématiques que la mission a jugé pouvoir étendre au niveau national. Enfin, parce qu'il est le théâtre d'expérimentations sur lesquelles se basent certaines préconisations du rapport. Le rapport met en avant la difficulté d'accéder aux droits et aux soins pour les personnes vivant dans la rue, en s'appuyant sur la notion de « triple peine » : les personnes à la rue sont les plus exposées à la maladies, mais aussi celles qui ont le moins recours aux soins et sont les moins sensibles à la prévention. En d'autre termes, la rue serait un cercle vicieux pour la santé, que même les actions innovantes isolées que salue le rapport, ne pourraient enrayer. Le rapport souligne donc la nécessité d'adapter le système de santé aux personnes en situation de grande précarité, et non l'inverse, comme cela semble actuellement être le cas. Cela passe par le soutien des centres et maisons de santé, des services d'urgence au sein des hôpitaux et des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Les différentes propositions formulées par le rapport sont organisées selon sept grandes thématiques :

- rendre effectif l'accès aux soins, en simplifiant les procédures et en plaçant les bénéficiaires au centre des dispositifs
- l'ouverture de nouveaux droits, comme étendre la Couverture Maladie Universelle aux bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé et à l'Allocation de Solidarité au Personnes Âgées
- éradiquer l'obstacle financier dans l'accès aux soins, notamment à travers l'application de la loi en termes de dispense d'avance de frais
- soutenir les structures comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les LHSS, ou les services d'urgences
- sanctionner le refus de soins
- développer la culture de la prévention, à travers des bilans santé gratuits par exemple
- améliorer la gouvernance en désignant des représentants de la précarité au sein des instances décisionnelles.

Si les rapports diffèrent par les méthodologies utilisées, et les recommandations qu'il proposent, qui seront analysés plus en profondeur dans la partie « résultats » ci-après, il convient de souligner que tous font le constat criant d'un manque de moyens dédiés à la prise en charge de la problématique médicale chez les personnes à la rue. C'est pourquoi les

activités de plaidoyer et le témoignage des institutions non-gouvernementales sont précieux : ils permettent de donner corps à ce manque de moyens et de formuler en termes administratifs les aspects pratiques du terrain.

3.2 – Les plaidoyers :

La conférence de consensus « Sortir de la Rue » (2007) :

Organisée par la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, cette conférence est dotée d'un jury aussi pointu que varié, avec un conseiller d'état, un psychiatre, un philosophe, un administrateur hors classe, la secrétaire nationale de la CFDT ou le directeur de la rédaction d'un magazine en ligne. Au terme de cette conférence, plusieurs fiches bibliographiques ont été établies. L'une d'elle est intitulée « la santé des personnes sans domicile » et se présente comme une synthèse des connaissances sur le sujet. Elle souligne en premier lieu que les personnes vivant dans la rue ont un taux de mortalité et une morbidité nettement supérieure à la moyenne française, notamment celles qui n'ont pas de contacts réguliers avec des proches ou des amis. Si les troubles locomoteurs et psychiques sont souvent cités comme les pathologies les plus rencontrées, les maladies respiratoires et de la peau semblent aussi caractéristique des personnes en grande précarité. La synthèse mentionne également la forte prévalence des maladies transmissibles, en particulier le VIH et les hépatites, et une traumatologie particulière. Les agressions sexuelles y figurent en bonne place chez les femmes, mais la multiplicité des violences est aussi évoquée. Le document met en avant une surconsommation des substances psychoactives, et d'alcool en particulier, mais soumise à des variations selon l'âge, le sexe, et l'origine des individus. Enfin, outre une santé dentaire dégradée et une forte vulnérabilité nutritionnelle, la synthèse met en évidence la méconnaissance des troubles psychiatriques et les problèmes spécifiques à la population des sans-abris qui sont les difficultés d'accès aux soins, le retard des diagnostics et l'inobservance des traitements.

Le rapport « résoudre le refus de soins » (2010) :

Rédigé par la Collectif Interassociatif Sur la Santé pour le compte de la Conférence Nationale de Santé de Juin 2010, ce document vise à définir ce qu'est le refus de soins et à formuler des propositions afin de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. La

rapport définit tout d'abord ce qu'est le refus de soin. Il peut être le fait de divers professionnels de santé ou paramédicaux et peuvent être approchés de quatre manières différentes dans le cas de refus explicites :

- le refus d'accueillir un malade
- l'impossibilité de mobiliser ou d'assurer le transfert du malade vers le professionnel adéquat
- le refus de prolonger un séjour alors que son état le justifie
- le refus de traiter la douleur d'un malade.

Cela dit, il existe aussi des refus implicites, comme des tarifs très élevés, ou le refus d'orienter un malade vers un confrère. Si la majorité des cas de refus de soins sont illicites, certains sont malgré tout autorisés au regard de la loi, qui précise qu'un médecin peut refuser un patient « pour des raisons professionnelles ou personnelles »⁶, mais que ce dernier peut aussi faire l'objet d'une obligation de refus de soins, souvent par des moyens implicites. Dans une seconde partie, le rapport estime l'ampleur du phénomène à 15 % des bénéficiaires de la CMU, 35 % dans le cas de soins dentaires, avec des variations entre 30 et 40 % selon les régions. Les chiffres globalement retenus montrent qu'une personne sur trois fait l'objet d'un refus de soins en 2010 si elle n'appartient pas au dispositif de droit commun, et que le phénomène est donc accentué chez les populations les plus démunies. En sus, si le risque de refus de soins est plus élevé lors de consultations de spécialistes que de généralistes, les gynécologues et les ophtalmologues sont en tête, alors même qu'il s'agirait des pathologies les plus courantes chez les grands exclus si on se fie aux rapports présentés précédemment. Pour justifier leur démarche, les professionnels de santé invoquent différentes raisons plus ou moins pertinentes : la lourdeur administrative, la perte économique, le non-respect du parcours de soin ou les limites du panier de biens. En s'intéressant aux personnes effectivement victimes d'un refus de soin, il est possible de mettre à l'épreuve de la réalité les témoignages de ces professionnels. Principalement, ce sont les bénéficiaires de la CMU et de l'AME qui sont touchés par le refus de soin, notamment au sein des Zones Urbaines Sensibles. Il existe déjà plusieurs pistes d'amélioration, principalement tournées vers les sanctions auprès des professionnels de santé. Les propositions de la Conférence Nationale de Santé sont davantage tournées vers la pédagogie et l'information, le but étant à la fois d'améliorer la confiance entre les acteurs, et de protéger juridiquement les usagers, en déclinant ces axes d'amélioration tant au niveau national que régional.

⁶ Les articles L. 1110-3 alinéa 79 et R. 4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique

Le mémo sur « l'accès aux droits et à une couverture maladie » (2012) :

Ce document est conçu comme un support technique pour les professionnels du social qui sont démunis quant aux questions d'accès aux soins. Rédigé en concertation avec plusieurs associations (Croix-Rouge, Secours catholique, Médecins du monde, ATD quart monde, EMMAÛS ou la FNARS pour ne citer que les principales) qui cherchent à favoriser l'accès aux soins des personnes précaires. Après avoir rappelé les deux principaux modes de couverture maladie que sont le régime général et l'Aide Médicale d'État, le livret en détaille le fonctionnement en précisant par exemple que le panier de soin auquel permet de prétendre l'AME est plus réduit que celui de la CMU-C, qui ne permet de consulter que des professionnels conventionnés secteur 1. Une section est ensuite consacrée aux soins urgents et vitaux, puis une autre aux effets de seuil, afin de pouvoir déterminer rapidement à quelle aide médicale chacun peut prétendre. Enfin, outre des numéros utiles et des données complémentaires, le livret propose diverses recommandations. Concernant l'AME :

- comme la CMU, une AME qui serait contributive
- mieux, fusionner les deux aides, comme le recommandent plusieurs rapport précédemment cités
- abroger l'article 188 de la loi n° 2010-1657 qui instaure un fonds de l'AME

Concernant la CMU et la CMU-C :

- automatiser l'attribution de la mutuelle dans le cas des personnes bénéficiaires de la CMU-C
- augmenter le seuil d'attribution de la CMU-C et de l'AME au niveau des minima sociaux, ou à celui du seuil de pauvreté dans le meilleur des cas

L'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde (2013) :

L'observatoire fait tout d'abord mention des conséquences directes de la crise économique sur les personnes en situation de précarité, dans la mesure où cette dernière a accentué les inégalités sociales de santé. Couplé aux réponses politiques sécuritaires (accompagnement à la frontière des migrants, répression de la prostitution, etc.), ce constat amène les personnes les plus démunies à accéder de plus en plus difficilement aux soins et subir une détérioration de leur état de santé. Médecins du Monde, qui accueille en 2012 plus de 30500 personnes au sein de ses centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation a une activité en constante augmentation. Les actions de l'organisation se déclinent sur le terrain en 98 programmes dans 30 villes différentes. À travers ses 20 CASO et ses multiples actions pour aller à la rencontre

des grands exclus, MdM est un acteur incontournable de la grande précarité et une ressource en termes de documentation de terrain. Ces données permettent de mesurer que la majorité de personnes rencontrées sont des hommes, d'origine d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, ou de l'union européenne, même si il faut noter une file active qui comprend 139 nationalité différentes. Une large majorité des personnes reçues vivent seules, ou sont séparées de leurs enfants. Presque la totalité des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté et près des trois quarts n'ont pas de logement stable, dont la moitié a une solution d'hébergement temporaire. Un premier constat préoccupant est que la précarité aggrave les problèmes de santé : troubles respiratoires, pathologies digestives, troubles ostéo articulaires, cardiovasculaires et psychologiques sont les cas de maladie les plus rencontrés aux sein des CASO, et plus de la moitié de ces personnes n'étaient pas suivies ou traitées avant leur passage à MdM. Ici encore, la santé buccodentaire est présentée comme particulièrement dégradée, et les prévalences des hépatites B et C, du VIH et des cas de tuberculose sont bien supérieures à celles de la population générale. Malgré cette situation la prévention s'avère efficace, notamment à travers des actions de vaccination et de dépistage. Les dysfonctionnements administratifs et les démarches d'accès aux soins sont désignés comme les principaux obstacles rencontrés, qu'il s'agisse du critère minimum de trois mois de résidence en France ou de la différence entre CMU et AME. La conséquence directe est le non recours aux soins, qui est accentué par des déterminants sociaux, comme le logement ou les représentations culturelles de la santé. Le rapport de l'observatoire salue néanmoins la création des PASS, et milite pour le renforcement du dispositif. Enfin, une dernière partie est consacrée aux populations particulièrement vulnérables. Il s'agit en premier lieu des mineurs, majoritairement âgés de moins de 6 ans et sans couverture maladie alors qu'ils pourraient en bénéficier sans conditions. Tous témoignent d'un retard dans l'accès aux soins. Viennent ensuite les femmes, très majoritairement étrangères et dont moins de 10 % ont des droits ouverts en termes de protection sociale. Peu sont enceintes, mais sur cette population, toutes nécessitent des soins urgents. Enfin, les demandeurs d'asile sont particulièrement touchés, et souvent victimes de violences qui les ont obligées à fuir leur pays d'origine. Près d'un tiers vivent soit dans un logement précaire ou sont tout simplement sans domicile, et 11 % seulement ont des droits ouverts. Ils cumulent traumatismes passés et perte de repères familiaux, affectifs, sociaux et culturels, ce qui les amène fréquemment à des troubles psychologiques.

La Tribune de Médecins du Monde (2014) :

Rédigée par le Président de médecins du monde et la responsable de la mission Sans-abri à Paris en janvier, cette tribune vise à alerter les décideurs sur les conditions de vie des personnes dans la rue. Le premier rappel est celui de l'inconstance des solutions proposées : le nombre de place de mise à l'abri varie selon les saisons ou les politiques. Plus en profondeur, c'est le système de réinsertion lui-même qui est mis en question : comment avoir la motivation pour surmonter des problématiques de santé, d'accès à l'emploi ou aux droits sans chez-soi ? Pour le moment, la solution la plus accessible et la plus utilisée est la mise à l'abri au jour le jour, temporaire, alors que le premier pas vers la réinsertion consisterait à se projeter vers un logement particulier. Les auteurs dénoncent l'absence de volonté de la part des pouvoirs publics de s'interroger sur une problématique qui dépasse la simple mise à l'abri, mais il existe, nous l'avons vu, plusieurs rapport sur le sujet. La tribune cite celui de la Cour des comptes publié en 2011, qui estime à 150 000 le nombre de sans-abris en France. Ces rapports donnent donc des indications quant aux problématiques et la prise en charge des personnes. Le problème que pointent les deux auteurs est que les décideurs actuels refusent de s'en saisir. Cela passe par un refus de sortir des représentations classiques des clochards qui vivent ainsi par choix ou qui sont tous sans volonté car ils cèdent facilement aux addictions, alors que la consommation d'alcool chez ces populations est la majeure partie du temps liée au manque de sommeil, à la douleur, l'anxiété ou au froid. La tribune réclame donc la mise à l'abri immédiate et inconditionnelle de toutes les personnes dans la rue, et milite pour réinjecter du sens dans les aides mises en place. Cela passe par les politiques publiques, qui doivent saisir ces problématiques dans leurs globalités en cherchant à comprendre pour améliorer, et non à répondre à des urgences médiatique à travers des mesures palliatives.

Le dossier de la FNARS « La maladie, cet obstacle à l'insertion » (2014) :

Issu du n°6 du magazine de la FNARS, ce dossier débute avec le témoignage d'une personne sans domicile. Elle y décrit son parcours, les multiples violences subies, les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, tant sur le plan pratique qu'administratif. De cette interview, il ressort que tous les facteurs d'exclusion sont étroitement liés, de sorte que les personnes en grande précarité ne savent plus quelle est la priorité : trouver un logement, aller chez le médecin ou prendre une douche. Ces trois démarches, sont à la fois tournées vers la réinsertion, des actions pour améliorer sa santé et des moyens de sortir de la rue. Cette imbrication des déterminants sociaux de la santé implique une approche globale que réclame aussi Mdm dans

sa tribune. La première étape est de parvenir à s'écouter, tant sur le plan physique que psychique. Les raisons financières et la complexité des démarches administratives sont souvent évoquées pour désigner les difficultés d'accès aux soins. La difficulté pour les travailleurs sociaux est de se mobiliser de manière globale et coordonnée autour de ces personnes afin de proposer des pistes communes et des solutions cohérentes, ce qui reste complexe à mettre en place. Face à la multiplicité des prises en charge parfois incohérentes ou inadaptées, les sans-abris se découragent et finissent par abandonner, le projet d'un logement, celui de rester en bonne santé ou de prendre soin de soi. Leur état de santé et leurs conditions de vie se dégradent, amenant les personnes dans le meilleur des cas à de lourds problèmes médicaux, dont elles ne se préoccupent que lorsqu'ils sont aigus et réduisent fortement leur liberté d'action. Après deux focus sur les personnes vivant dans des lieux impropres à l'habitation et les malades en prison, le dossier propose l'interview du chef de service santé mentale et exclusion sociale de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Ses propos viennent confirmer ce que formulait le rapport sur l'accès aux soins des plus démunis : les personnes à la rue sont victimes d'une triple peine, qui fait d'eux les plus exposés à la maladie, mais aussi ceux qui ont le moins recours aux soins et sont les moins sensibles à la prévention. En conséquence, il est largement plus difficile de les soigner, alors même que la société se tourne vers les dispositifs comme les PASS ou les EMPP pour s'assurer que les plus pauvres soient au moins en bonne santé. Mais le psychiatre confirme ce que le dossier met en avant : c'est uniquement à travers une approche globale et concertée qu'il est possible de faire sortir les sans-abris de la rue, ou de les inscrire dans une démarche de réinsertion.

Il semble donc qu'une réflexion globale sur l'approche à retenir pour amener les personnes sans-abri vers la réinsertion soit indispensable. Cela passe dans un premier temps par la compréhension de la réalité de ce que vivent ces populations, mais aussi par la prise en compte des trajectoires et des problématiques propres à chacun. C'est pourquoi les travaux de recherche sur le sujet sont précieux : souvent transdisciplinaires, ils apportent un éclairage nouveau et distancié quant à la réalité de terrain ressentie par les professionnels, tout en restant fidèles à cette dernière.

3.3 – Les travaux de recherche :

Les naufragés. Avec les clochards de Paris (2002) :

L'ouvrage signé par Patrick Declerck, philosophe, psychanalyste et anthropologue est divisé en deux parties, respectivement intitulée « routes » et « cartes ». La première rassemble des témoignages et des parcours de vie des personnes les plus marquantes ou représentatives. Le mode de vie à la rue y est décrit en détail, en se basant sur des monographies de personnes qui y vivent majoritairement de façon régulière, mais aussi d'autres personnes en période de crise ou de rupture avec la société, comme certains jeunes, toxicomanes, ou sortants de prison. L'auteur met en perspective un discours stéréotypé de victimisation des personnes rencontrées, qui sert selon lui à continuer à se respecter, mais aussi à justifier les aides dont elles peuvent bénéficier. La seconde partie de l'ouvrage, plus analytique, est une réflexion sur les rapports d'aides mais aussi d'exclusion qu'entretient la société avec les personnes en situation de grande précarité. Cette partie montre qu'analyser les phénomènes d'exclusion se révèle d'emblée problématique, dans la mesure où ils regroupent de nombreuses situations spécifiques et différentes. De plus, le terme « d'exclusion » travestit selon Declerck la réalité, dans la mesure où il se pose comme le phénomène à l'origine des malheurs des sans-abris, plaçant ces derniers en position de victimes qui désirent revenir dans le camp de la normalité, alors que les situations sont en réalité bien plus complexes. Il propose donc d'y substituer l'expression de « syndrome de désocialisation » qui traduit mieux selon lui la responsabilité partagée dans la mise en échec des dispositifs d'aide. Au-delà de ces analyses psychanalytiques, Declerck propose par la suite une critique des réponses institutionnelles à la grande précarité, selon divers angles d'attaque. L'un d'entre eux est le mythe de la réinsertion, totale et pérenne. Mise en avant par toutes les actions menées en faveur des grands exclus, elle se révèle impossible car elle poursuit des objectifs de normalité, alors même que ces actions s'adressent à un public d'anormaux au sens foucauldien⁷, c'est à dire de personnes qui n'ont jamais connu ce qu'on attend d'eux. Pour Declerck, les dispositifs de réinsertion sociale sont inadaptés, dans la mesure où ils demandent aux individus de se soumettre à des exigences que ces derniers ne peuvent pas décoder. L'effet réel devient donc inverse : les individus ne pouvant s'adapter à cette norme abstraite, ils se sentent davantage exclus. Ils entretiennent leur souffrance en étant malades ou en délaissant les bases d'hygiène, car elle est le dernier témoin de leur subjectivité face à une norme objective à laquelle ils n'ont pas accès

⁷ Foucault M. *Les anormaux, Cours au collège de France de 1975*, Seuil, collection « Hautes études, Paris, 1999.

dit l'auteur. Un autre angle d'attaque est celui de l'inadaptation des aides proposées, notamment au sein des structures d'accueil, où l'absence d'intimité, le bruit et les violences décourageraient n'importe qui d'y passer la nuit. Ici encore, c'est l'idée de l'adaptation qui est mise en avant, dans la mesure où c'est aux « anormaux » de faire un effort dont même les « normaux » ne sont pas capables. La problématique en terme de soins est identique pour l'auteur : il est impossible de demander aux grands exclus de formuler des demandes de soins préventifs ou sur leurs besoins profonds. Pourtant, les soignants sont tenus d'intervenir auprès des personnes qui le demandent. En conséquence, ils négligent souvent l'aspect psychologique, oublie de chercher les messages cachés, et passent à côté de la demande réelle, n'ayant pas su la décoder. Pourtant, ce que Winnicott nomme « l'espace transitionnel du soin »⁸ est l'une des meilleures opportunités de bâtir un pont entre les grands exclus et la société normée. La fonction asilaire imposée par le soin permet un suivi régulier, quelques soient les phases par lesquelles passe le sujet, qui peut selon Declerck le ramener dans le camp des normaux.

Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits (2003)

Dans cet ouvrage, la sociologue Isabelle Parizot cherche à analyser les expériences des personnes en situation de grande précarité d'une part, et celle des soignants qui leur font face d'autre part, à travers une études des diverses institutions au sein desquels ils officient : principalement l'hôpital public et les organisations à but humanitaires. Les deux premiers chapitre consistes rappeler en miroir les évolutions de ces deux types d'institutions, et de leurs missions. Le premier conclut donc avec les travaux de Foucault au passage d'un lieu d'accueil à un lieu de traitement de la maladie, allant parfois jusqu'à oublier le malade. C'est sur dimension philanthropique qui manque à l'hôpital que se basent les activités médicales des organisations humanitaires. Cela leur permet d'ajouter au panel de leurs activités non seulement un suivi social, et notamment l'accès pour les plus démunis à une protection sociale, mais leur donne aussi une force de proposition qui se manifeste à travers leurs activités de plaidoyer. En distinguant trois modes de fréquentation des structures, l'auteure propose une typologie des personnes en grande précarité. La fréquentation ponctuelle d'un centre de soins gratuits témoigne selon elle d'un recours lucide aux soins, vécu sur le mode de

⁸ Winnicott. W.D « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Jeu et réalité : l'espace potentiel ». Paris Gallimard.

l'humiliation ou du réalisme. Vient ensuite la fréquentation régulière, qui témoigne d'une volonté de s'insérer dans un dispositif de retour à la normalité pour continuer à parler avec Foucault. Enfin, la fréquentation instable révèle une instrumentalisation des services de soins, caractérisée par une absence de suivi. Ces trois typologies sont dressées en fonction des témoignages des personnes à la rue, mais surtout des professionnels de santé, qui adaptent leur comportement aux profils des personnes rencontrées. Cela dit, il faut mentionner que les prémisses de cette typologie figurent déjà dans les travaux de Serge Paugam⁹, qui était directeur de thèse pour cette étude, ce qui n'enlève rien à la qualité du travail de terrain. En guise de conclusion, Parizot milite pour une médecine solidaire, ni complètement tournée vers la praxis au sens de T. Negri, ayant l'humain comme objet et comme fin, ni complètement désintéressée de lui, en l'objectivant derrière sa pathologie.

Équipes mobiles spécialisée en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives (2007) :

Créées à titre expérimental par circulaire ministérielle en 2005, près de cinquante équipes se sont retrouvées en 2007 pour échanger sur leurs pratiques et les situations qu'elles rencontraient. Si la majorité sont issues du secteur psychiatrique, d'autres sont issues d'associations ou du secteur humanitaire. Même si elle ne jouit pas d'une valeur juridique, la circulaire permet de déterminer le champ d'action des EMPP. Ces dernières ont donc pour vocation d'aller vers les personnes en grande précarité ou exclusion, à travers des entretiens, des permanences, mais aussi des groupes d'échanges ou des ateliers thérapeutiques, les acteurs de première ligne, à travers des actions de formation, des actions de soutien et d'échange, et d'un réseau formalisé de partenaires, ayant aussi une fonction d'interface avec leur établissement de rattachement. De cette rencontre sont tirés plusieurs enseignements, dont le principal concerne la structuration des EMPP. Les acteurs notent tout d'abord des dénominations différentes, qui révèlent des réalités multiples, tantôt relevant de la psychiatrie, du médico-social, de la souffrance ou du psycho-social pour reprendre ces dénominations. Ensuite, c'est l'ancienneté des équipes et la multiplicité des possibilités de rattachement qui est évoquée, même si la majorité dépend d'un établissement public de santé. Les équipes sont composées de divers professionnels, mais les infirmiers, psychologues et psychiatres sont souvent des acteurs incontournables. Les actions menées sont principalement des permanences, des déplacements sur les lieux de vie ou des maraudes, alors que des

⁹ Paugam, S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991, nouvelle édition « Quadrige », 2000.

propositions de soutien et de conseil sont régulièrement faites aux acteurs de première ligne. Les professionnels font le constat de la difficulté à évaluer les actions menées auprès des personnes, à cause de la spécificité du public, qui n'est pas toujours facile à trouver, mais aussi la spécificité du travail en santé mentale, pour lequel il n'existe pas d'indicateurs fixes. Cela dit, ils relèvent avoir joué des rôles de médiateurs pour amener des personnes en situation de grande précarité vers le soin ou vers l'accompagnement social. Ce rôle est jugé déterminant car il permet le lien entre certaines personnes et les différents dispositifs d'aide. L'évaluation auprès des acteurs de première ligne s'avère plus aisée, puisqu'elle peut s'apprécier selon la diversité des actions menées (maintien du soin, coordination des actions thérapeutiques, soutien des équipes, participation à des groupes de travail, information, maraudes, réunions, rencontres, etc.) et les multiples opportunités qu'offre le travail en réseau. Globalement, les équipes se félicitent du travail effectué sur ce plan, dans la mesure où les partenariats formalisés se sont multipliés.

Zéro SDF, un objectif souhaitable et atteignable (2008) :

Cet article rédigé par Julien Damon et publié dans la revue *Droit social* dispose d'un titre explicite et provocant. Ce dernier a été choisi pour faire écho à la compassion démesurée avec laquelle le sujet du sans-abrisme est abordé en France selon l'auteur. En guise d'exemple, il cite les moyens considérables alloués chaque année à la mise à l'abri des grands exclus quand vient l'hiver. Ces moyens sont selon lui inutiles, dans la mesure où il existe une multiplicité d'acteurs qui s'investissent autour des sans-abris, mais aucune coordination entre eux. Pour lui, la solution n'est pas la coordination, mais la simplification, à travers une structure unique, qui pourrait régir la politique adoptée au niveau européen, et la décliner au niveau des territoires. Cette simplification passerait aussi par la distinction entre le problème des trois millions de personnes mal logées et des quelques milliers de sans-abris. Julien Damon propose donc d'abandonner les dispositifs d'aide ciblés, et de privilégier une approche concentrée sur l'écart entre problèmes sociaux et action publique. Cette approche selon lui moins palliative permettrait entre autres d'envisager des solutions au niveau européen, ce qui a davantage de sens qu'une politique nationale depuis l'ouverture des frontières entre les pays européens. Autre avantage avancé par Julien Damon : la connaissance du sans-abrisme et les échanges d'informations et d'expérimentations entre les états membres. Il postule donc l'idée d'une agence européenne consacrée aux grands exclus dont la fonction serait de suivre le phénomène des sans-abris au niveau européen, soutenir les initiatives locales et conduire la

coopération entre les États. Dix propositions découlent de cette approche, dont les principales sont :

- distinguer le problème du mal logement de celui du sans-abrisme
- simplifier les dispositifs et les actions au lieu de les coordonner
- interdire à quiconque de dormir dans la rue
- créer une agence européenne dédiée à la prise en charge des sans-abris.

Les structures d'urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse, acteurs du réseau ville-hôpital « Santé-Précarité » (2008) :

Publiée par les professionnels du pôle de médecine d'urgences et du pôle de médecin sociale et humanitaire du CHU de Toulouse, la présentation du réseau Ville-Hôpital « Santé-Précarité » met en valeur la mobilisation de professionnels variés autour des personnes en situation de grande précarité. Le but de l'étude publiée dans le journal européen des urgences est d'interroger le rôle du pôle des urgences dans le parcours des SDF qui ont intégré le réseau, constitué des deux pôles sus cités et de la Halte santé qui est une structure d'hébergement médicalisée et qui centralise les données médicales sur ces personnes. Pour ce faire, les auteurs ont rétrospectivement étudié tous les dossiers suivis sur une période de 9 mois. Les résultats obtenus montrent qu'un tiers des patients ont besoin d'intégrer une structure d'hébergement médicalisée et plus de la moitié d'être suivis en soins intensifs. De plus, la majorité des pathologies rencontrées sont l'intoxication éthylique, les urgences traumatologiques, digestives, pneumologiques, neurologiques, cardiovasculaires et psychiatriques. Il ressort de l'étude que les urgences sont pour les grands exclus le principal moyen d'accès à l'hospitalisation, notamment pour les plus âgés qui présentent une forte morbidité. Le réseau permet de pallier à la perte d'information que crée le nomadisme médical inhérent à ces populations, et vise à ce titre à améliorer leur prise en charge à travers une meilleure connaissance des patients.

L'enquête SAMENTA (2010) :

Publiée par l'observatoire du Samusocial de Paris, l'enquête SAMENTA est une réponse aux interrogations de la préfecture et de la Mairie de Paris (qui sont ses principaux financeurs) sur les troubles psychiatriques et les addictions des personnes sans-domicile. L'enquête est basée sur les règles du sondage complexe, qui vise à garantir l'aspect aléatoire de l'échantillon

sélectionné. Ce dernier est néanmoins tiré de la population qui fréquente les services d'aide, ce qui exclut d'emblée une partie des personnes en situation de grande précarité. Le questionnaire se concentre sur trois aspects : les addictions et la santé mentale, les trajectoires sociales et les conditions de vie. Des binômes composés d'un enquêteur et d'un psychologue ont permis de recueillir ces données, qui ont ensuite été analysées par une équipe pluridisciplinaire, qui comprenait notamment un psychiatre. Sur les trois mois de 2009 qu'a duré l'enquête, 840 personnes y ont participé, sur les 21 176 personnes (IC95 % [17 582 ; 24 770]) estimée. Le principal résultat de l'enquête montre que près d'un tiers des personnes rencontrées souffre d'une pathologie psychiatrique sévère, et que les proportions concernant les addictions sont dans une moindre mesure identiques. L'étude de ces pathologies et des substances psychoactives consommées permet un postulat : c'est le phénomène de rupture sociale qui est à l'origine de ces pathologies et conduites addictives. Les personnes en situation d'exclusion sont donc particulièrement touchées par ces phénomènes. Le rapport mentionne cependant que ces résultats ne sont pas généralisables à toutes les populations des grands exclus, tant elles ne témoignent pas des expériences vécues, qui permettent d'évaluer l'impact des troubles mentaux et des addictions dans le parcours des individus. Ces conclusions permettent de formuler différentes recommandations :

- prévenir l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques, puisqu'il s'agit d'un facteur qui les y favorise
- mieux repérer ces troubles dans l'espace public à travers la formation des équipes de maraude et le travail des EMPP, dans les CHRS et les accueils de jour qui pourraient être régulièrement visités par les EMPP, dans les hôtels auxquels doivent être dédiés de EMPP, et enfin, sur les plateformes du 115 à travers la formation des personnels à ces questions
- amener vers un soin durable en coordonnant les différents acteurs, en renforçant la collaboration entre intervenants sociaux et CMP, urgences médicales, notamment en limitant les passages aux urgences et les hospitalisations en psychiatrie non préparée, et structures dédiées au service des addictions.
- accompagner les parcours vers l'hébergement et le logement, en stabilisant les personnes nécessitant des soins, et en assurant la promotion d'une approche globale prenant en compte l'importance du logement pour une bonne santé mentale
- former et soutenir les intervenants de première ligne en améliorant le repérage de la souffrance psychique et l'orientation vers les structures adaptées
- lutter contre la violence subie par les grands exclus en les aidant à faire face à travers des groupes de parole et l'accompagnement vers les procédures judiciaires, en luttant contre la

stigmatisation des personnes en situation de grande précarité

- continuer l'enquête, en s'appuyant sur des échantillons plus représentatifs, en incluant les étrangers, afin d'améliorer la compréhension des dynamiques d'exclusion.

L'apport des travaux de recherche permet de poser un regard critique sur une réalité qui ne permet pas toujours aux différents acteurs de s'interroger sur le sens de leurs actions. Ils proposent une réflexion distanciée, mais toujours basée sur la réalité du terrain et les témoignages des populations étudiées. Les interrogations qu'ils suscitent interrogent les pratiques professionnelles, mais aussi les politiques publiques, qu'elles soient menées au niveau national comme en fait mention la tribune de MDM, ou locales, comme dans le cas de l'enquête SAMENTA. Cette approche généraliste donne les armes nécessaires à la compréhension des enjeux que soulève la problématique de l'accès aux soins pour les grands exclus de Seine-Saint-Denis. Cette quatrième section est néanmoins relativement courte. Cela s'explique par la difficulté à rassembler des documents sur la grande précarité en Seine-Saint-Denis, ce qui montre l'intérêt du présent travail.

3.4. Les documents territoriaux :

Le document « repères » du service des observatoires, des études et de l'évaluation de la DRIHL(2010) :

Publié en janvier 2011, ce document est divisé en trois parties : données démographiques, urgence sociale et hébergement et condition de logement. Au sein de la première, quelques pages sont consacrées à l'accès aux soins et à la santé. La Seine-Saint-Denis s'impose comme le département d'île de France qui compte le plus grand nombre de titulaires de la CMU-C (166 498), mais aussi celui qui présente le plus fort pourcentage de bénéficiaires rapporté à la population générale du département (11%)¹⁰. Les données concernant l'AME, les données sont encore plus éloquentes, puisqu'on dénombre 40037 bénéficiaires dans le département, ce qui représente plus des deux tiers des personnes qui jouissent de l'AME au sein de la petite couronne. Ces données, couplées à celles sur le non recours aux droits évoqués plus haut, font

¹⁰ INSEE, Recensement millésimé de la population 2009.

de la situation des grands exclus en Seine-Saint-Denis une des plus préoccupantes en France. A cette précarité dans l'accès aux soins, le document de la DRIHL permet d'associer une santé plus dégradée, comme en témoignent les données de santé recueillies en 2009 par l'INSEE¹¹. Ces dernières mettent en avant un taux de cas déclarés de tuberculose de 31 pour cent mille en Seine-Saint-Denis, alors que la moyenne d'Île de France plafonne à 16,3 et la moyenne en France métropolitaine à 8,1. Des données similaires concernant le saturnisme confirment le statut du département, particulièrement touché¹² par ces maladies caractéristiques des populations en situation de grande précarité.

La contribution de la conférence de territoire de santé de Seine-Saint-Denis au Plan Stratégique Régional de Santé (2011) :

Sur les 20 observations et propositions que formule ce document, une seule concerne la précarité, en soulignant qu'elle est particulièrement importante dans le département. Cette partie souligne l'importance des troubles mentaux des personnes sans-domicile et des pathologies chez les étrangers en situation de grande précarité.

Le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé (2011) :

Si le rapport propose 4 pages consacrées à la pauvreté et la précarité, il ne fait quasiment pas mention de la grande précarité ou de la grande exclusion. Le nombre d'allocataires de minima sociaux et d'occupants de foyers sociaux figurent dans le rapport, mais la grande précarité n'est jamais nommée ou présentée. Seule la présentation des ASV et des CLS permet de relier le rapport à la grande exclusion.

Le rapport d'activité 2012 de la mission « Banlieue » de Médecins du Monde (2013) :

Même si le CASO de Saint Denis draine des populations issues de tous les départements franciliens (9865 passages au CASO en 2012), ce document est probablement le plus complet sur les données de santé et d'accès aux soins des grands exclus de Seine-Saint-Denis. Le département cumule selon le rapport les situations de précarité et les défaillances du système

¹¹ Idem.

¹² Source : ARS Île-de-France, Service Habitat du département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux.

de soins, même si il faut nuancer cette observation par l'existence de disparités départementales, notamment avec une plus grande précarité dans l'ouest du département. Concernant l'accès aux soins des plus précaires, ce sont les PASS qui semblent être pour l'instant l'option la plus viable. Comme dans la majorité des documents, il apparaît que le département est insuffisamment doté, alors que ce système semble bien fonctionner. La PASS de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis a mis en place une consultation de médecine générale hebdomadaire, avec un parcours bien défini au sein de l'hôpital, notamment à travers le bon fonctionnement du service social, qui ouvre en moyenne près de 4000 nouveaux droits par an. L'hôpital Avicenne de Bobigny témoigne d'une prise en charge plus compliquée, avec un recours difficile aux spécialistes, si la personne est sur le territoire français depuis moins de trois mois. En 2012, 98 % des personnes reçues au CASO de Saint-Denis étaient en situation irrégulière et relevaient donc de l'AME. En conséquence, le rapport étudie principalement l'accès aux soins pour ces publics, en définissant trois types de prise en charge possibles :

- la consultation au sein de structures associatives
- la PASS
- la prise en charge hospitalière à travers le fonds de soins urgents et vitaux.

Néanmoins, il faut étudier ces informations avec distance, dans la mesure où tous les sans-abris, loin s'en faut, ne sont pas en situation irrégulière. En revanche, les problèmes de santé liés à la grande précarité ne dépendent pas de la situation administrative. On retrouve donc en tête des pathologies les plus représentées les maladies respiratoires, les maladies opportunistes pour des personnes immunodéprimées et des problématiques de santé mentale.

Cette dernière partie a donc permis de montrer qu'il existe très peu de données sur le sans-abrisme en Seine-Saint-Denis. Ce constat justifie l'existence du présent travail, et vient conforter le postulat selon lequel le recueil des données de santé des personnes en situation de grande précarité est difficile. Cela dit, quelques grandes lignes reviennent régulièrement dans les documents étudiés, et se trouvent confortés par plusieurs travaux allant dans le même sens. Avant de confronter ces postulats à la réalité pratique, il convient d'exposer les principales conclusions qu'a permis cette revue de littérature.

4. Résultats

4.1. Des pathologies récurrentes

Cette revue de littérature permet de constater que même si les personnes à la rue ont des parcours très divers, les pathologies décelées chez eux sont souvent identiques. Même si on ne peut faire de généralités, les documents réunis permettent de conclure à des pathologies récurrentes chez les grands exclus. Tout d'abord, et sans surprise, les conditions de vie et d'hygiène sont souvent des terrains propices à la maladie. Même si on ne peut pas parler directement de pathologie, les conditions de vie des grands exclus constituent un terrain propice aux infections. Que ce soit à cause de l'absence de douche, ou de l'inobservance des traitements, les grands exclus semblent avoir pour caractéristique commune de laisser les pathologies se développer jusqu'à ce qu'elle deviennent insupportables ou qu'elles menacent leur intégrité physique. C'est alors seulement, en cas de souffrance ou de handicap aigu, qu'ils se décident à demander ou à accepter de voir un médecin.

Les personnes vivant dans la rue ont un taux de mortalité et une morbidité nettement supérieure à la moyenne française, notamment celles qui n'ont pas de contacts réguliers avec des proches ou des amis. Les troubles locomoteurs, ostéo-articulaires et psychiques sont souvent cités comme les pathologies les plus rencontrées, au même titre que la santé dentaire dégradée les troubles nutritionnels. Les maladies respiratoires et de la peau semblent aussi caractéristique des personnes en grande précarité. La forte prévalence des maladies transmissibles, en particulier le VIH et les hépatites B et C témoigne d'une absence de culture de la prévention chez les grands exclus. Il faut également souligner la forte prévalence de pathologies digestives, souvent liées à l'alcool. La surconsommation des substances psychoactives, et d'alcool en particulier, est soumise à des variations selon l'âge, le sexe, et l'origine des individus. De plus, il existe chez ces populations une traumatologie particulière : les agressions sexuelles sont fréquentes, surtout chez les femmes, mais la violence touche la majorité des grands exclus sous des formes variées.

4.2. Le public est mal connu des services de l'état

Le second enseignement concerne la connaissance des personnes en situation de grande

précarité. Il existe très peu de travaux sur le sujet¹³, ce qui laisse la place à des interprétations hasardeuses, ou à des postulats qui ne laissent pas la parole aux personnes concernées. L'exemple de données concernant le glissement de la précarité vers la grande précarité et l'exclusion sociale est particulièrement probant : le rapport Wresinski de 1987 évoquait déjà un manque de connaissances sur le sujet, qui laissait les professionnels du social et les décideurs démunis face à cette problématique. Aujourd'hui, quelques rares travaux¹⁴ traitent de ces questions, alors que le phénomène est devenu en 25 ans toujours plus préoccupant.

Tout d'abord, il faut pointer le reporting et le manque d'outils de recueil de données au sein des structures qui agissent en faveur des grands exclus, jugés encore trop parcellaires pour servir de base fiable au travail de terrain. Les initiatives et les actions menées n'ont globalement pas fait l'objet d'évaluation ou de capitalisations postérieures. En d'autre terme, il existe une multiplicité de données de terrain mais elles n'ont pas fait l'objet d'un recueil sérieux ou tout au moins d'un report. Il en résulte que les acteurs sont dans l'impossibilité de réaliser des diagnostics viables sur les populations suivies. Dans ce contexte, il semble hasardeux de vouloir déterminer une stratégie plutôt qu'une autre, puisque les besoins des populations ne sont pas connus. Le manque d'indicateurs et d'objectifs est à l'origine d'une pénurie stratégique de la part des pouvoirs publics, dans la mesure où des indicateurs permettraient d'objectiver les constats de réponse à l'urgence sociale. Mettre en place des outils de mesure de la performance et des instruments de formation des acteurs de terrain à ces outils serait une bonne option pour y remédier. Cela passerait par un recueil de données quantitatives à travers le suivi des activités des structures de réponse à l'urgence sociale. Les données ainsi recueillies permettraient de mettre en perspective les enjeux auxquels sont confrontés les établissements à travers d'éventuels compléments d'enquête qualitatifs. C'est donc entre autres grâce à la connaissance en profondeur des populations et des dispositifs en place, mais aussi grâce à celle des fonctions d'observation, qu'il sera possible de mettre en place des politiques publiques adaptées aux grands exclus.

4.3. La stratégie des pouvoirs publics

¹³ Chambaud L. La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri. Paris, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2007.

¹⁴ Fayard. Daniel «Il y a vingt ans : le rapport Wresinski». *Revue Quart Monde*, N°200 - "Le refus de la misère a-t-il pris corps ?" Année 2006 *Revue Quart Monde*.

Les pouvoirs publics, quel que soit leur structure de rattachement et leur niveau d'intervention semblent démunis pour traiter les problématiques liées à la grande précarité. Le fait que les dysfonctionnements administratifs et la complexité des démarches à engager soient les principaux obstacles pour accéder aux soins en est un bon exemple (Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Paris, 2013). Comme expliqué plus haut, c'est le manque de données de terrain qui ne permet pas de proposer une réelle stratégie de prise en charge de la grande précarité. Les missions des différents acteurs sont relativement mal définies, car les objectifs mêmes des politiques mises en place sont confus. Cette incertitude se retrouve dans les déclinaisons locales et sur le terrain, de sorte qu'il n'existe pas de réelle action coordonnée des pouvoirs publics, mais plutôt des actions d'endiguement de la grande précarité. Pour appuyer ces propos, le principe même de mise à l'abri peut être discuté : les considérables moyens financiers engagés pour loger des familles ou des personnes une semaine au plus à l'hôtel pourraient être engagées, partiellement ou à un plafond défini, à la mise en place de structures pérennes de réinsertion, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes¹⁵. L'échec des stratégies développées par le gouvernement a poussé ce dernier à miser sur les ONG, tant sur le plan national que local, à travers des subventions. Ainsi, les pouvoirs publics s'appuient largement sur l'expertise d'organisations comme MdM, pour qui le recueil de données de terrain est le moyen d'adapter l'activité en fonction du public rencontré¹⁶, pour traiter par exemple la problématique des soins aux personnes en situation irrégulière. Il existe donc une relation disproportionnée entre les personnes sans domicile et les moyens de réponse par les politiques publiques. Cet écart se justifie notamment par une méconnaissance de ce public, et par l'émergence de nouvelles formes de précarité, à travers les jeunes, les malades mentaux ou les femmes seules avec des enfants. En conséquence, la sortie des centres d'hébergement et de réinsertion sociale se font souvent vers la rue, et il existe peu de prises en charges sur le long terme, malgré une implication tant des acteurs des services de l'état qu'associatifs. Une meilleure coopération entre les instances de l'état, collectivités territoriales et les acteurs associatifs est donc souhaitable, afin que les pouvoirs publics puissent réellement s'emparer de ces problématiques qu'il leur incombe de traiter. À la démarche palliative d'endiguement de la grande précarité

¹⁵ Cour des Comptes. Rapport public thématique sur les personnes sans domicile. Paris, La documentation française, mars 2007.

¹⁶ Corty, JF., Bernard O., « Médecins du Monde, entre résistance et innovation : le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France » in Bréchat PH, Lebas J (dir.).

actuellement menée, il faut substituer un rôle fort de coordination entre tous les acteurs, afin de rendre effectives et cohérentes les multiples actions des acteurs de terrains.

4.4. Les pistes de solution et d'amélioration

Même si la plupart des documents réunis sont particulièrement critiques vis-à-vis des pouvoirs publics, il faut souligner qu'ils saluent également les quelques avancées qui ont eu lieu ces dernières années. Les équipes mobiles psychiatrie précarité et les lits halte soins santé sont très largement considérés comme des dispositifs qui améliorent significativement la prise en charge des grands exclus. Cela dit, il existe encore d'autres pistes d'amélioration, comme l'accès au logement, ou des prises en charge globalisées, qui permettraient de compléter efficacement l'arsenal de l'état en matière de lutte contre la grande précarité.

4.4.1. Les EMPP

Créées à titre expérimental par circulaire ministérielle en 2005, il existe aujourd'hui près de cinquante équipes en France. Si la majorité sont rattachées au secteur psychiatrique, d'autres sont issues d'associations ou du secteur humanitaire. Toutes témoignent d'une politique commune : aller vers les personnes en grande précarité ou exclusion, à travers des entretiens, des permanences, mais aussi des groupes d'échanges ou des ateliers thérapeutiques, les acteurs de première ligne, à travers des actions de formation, des actions de soutien et d'échange, et un réseau formalisé de partenaires, ayant aussi une fonction d'interface avec leur établissement de rattachement. Les équipes ont des dénominations différentes, qui révèlent des réalités multiples, tantôt relevant de la psychiatrie, du médico-social, de la souffrance ou du psycho-social pour reprendre les termes choisis par ces dernières, mais ont toutes ces objectifs communs de placer les personnes au centre des dispositifs. Si les équipes sont composées de divers professionnels, où les infirmiers, psychologues et psychiatres sont souvent des acteurs incontournables, les actions menées sont principalement des permanences, des déplacements sur les lieux de vie ou des maraudes, afin d'amener les personnes rencontrées vers des soins ou un accompagnement social. Il s'agit là d'un rôle déterminant car il permet le lien entre certaines personnes et les différents dispositifs d'aide, et pallie ainsi aux limites de la coordination étatique. Les EMPP sont donc des pivots du soin en santé mentale, mais aussi un moyen précieux pour amener les grands exclus vers les dispositifs existants. Dans ce contexte, les documents rassemblés s'accordent à proposer une

extension de leurs missions vers des terrains auxquels ils ne sont pas encore associés, comme les CHRS ou les hôtels qui servent à la mise à l'abri des personnes.

4.4.2. Les PASS

Mises en place dès 1998 et ayant fait depuis l'objet de plusieurs évaluations et ajustements, les PASS sont citées dans les documents comme le dispositif incontournable d'accès aux soins pour les grands exclus. Le fait que ces cellules puissent accueillir toute personne qui s'y présente y est pour beaucoup : la question de la situation administrative des personnes ne se pose pas. Cela dit, le premier résultat souligné montre que les grands exclus ne se décident à engager des démarches médicales que lorsqu'ils sont poussés dans leurs retranchements. En conséquence, la PASS est souvent le lieu du soin aigu, avant un retour vers la rue, et non pas le moyen d'inscrire les personnes dans un dispositif ou un parcours de soins. L'autre limite des PASS concerne les spécialités : il existe encore peu d'accès aux spécialités à travers les PASS, notamment en Seine-Saint-Denis, où seul l'hôpital Delafontaine permet cette option. Enfin, la plupart des documents prônent un renforcement de ce dispositif qui fonctionne malgré tout très bien, et qui n'attend que l'aval des pouvoirs publics pour bénéficier des améliorations dont il aurait besoin.

4.4.3. Les LHSS

Les analyses recueillies sur les LHSS vont dans le même sens que celles sur la PASS : largement positives, elles tendent à réclamer des moyens supplémentaires en faveur d'un dispositif adapté. L'expérimentation lancée en 2005 que sont les Lits Halte Soins Santé a conduit à une grande avancée en termes de prise en charge médicale des personnes qui vivent dans la rue. Il semble que les LHSS ajoutent aux soins essentiels une écoute et une aide à l'actualisation des droits dont les personnes ont souvent besoin. À travers cette approche inspirée du « care »¹⁷, c'est la prévention qui est aussi privilégiée, ce qui se manifeste par une évolution des usagers en autonomie ou en hygiène tout au long du séjour. Même si les structures ne sont pas le lieu où les problèmes médicaux sont réglés, ces derniers sont

¹⁷ Élise PICON, Dr Nadine SANNINO, Béatrice MINET- Anne-Cécile HENOCQ, Romain SEIGNEUR : Évaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf

néanmoins stabilisés. Un autre aspect mis en avant est le manque de structures adaptées pour la suite de la prise en charge, qu'il s'agisse de logements ou d'hébergements, en particulier pour les femmes isolées, d'établissements médico-sociaux, et notamment d'EHPAD. L'autre principal constat est celui d'un manque de place. Si les structures fonctionnent et sont adaptées aux besoins des personnes, il semble qu'elles ne soient pas encore assez nombreuses ou développées.

4.4.4. L'accès au logement et l'approche globale

Il existe pourtant des appartements de coordination thérapeutiques, qui permettent à des personnes qui sortent de LHSS d'accéder temporairement à un logement, afin de continuer à bénéficier de soins, en étant accompagnés vers des dispositifs de droit commun. L'utilisation du soin couplé au logement comme moyen d'insertion est une option qui revient dans plusieurs documents. L'importance du logement est systématiquement évoquée. Pour la majorité des auteurs, il s'agit du premier pas vers la réinsertion, et du meilleur moyen d'y parvenir. Le soin peut alors devenir un prétexte à l'accès au logement, et permettre de sortir de la rue des personnes qui n'auraient pas pu, sans problème de santé, pouvoir prétendre à un logement. L'accès au logement est désigné dans la plupart des documents rassemblés comme l'obstacle au développement des pathologies évoquées en première partie des résultats. Le logement rassemble les conditions nécessaires au maintien d'une bonne hygiène, offre la possibilité de se reposer, de mieux s'alimenter, etc. C'est pourquoi la majorité des documents citent le logement comme l'aboutissement d'une approche globale, c'est à dire, qui prend en compte tous les aspects des conditions de vie des grands exclus, de la violence à la santé, en passant par l'hygiène ou l'emploi. Néanmoins, si la majorité des documents prônent une approche globale, peu formalisent ce concept autour du logement. La principale cause est certainement que le logement concentre les conditions nécessaires à une approche globale, mais n'est pas nécessairement une garantie de réinsertion. En effet, une personne fortement dépendante à l'alcool pourra retrouver les mêmes problématiques d'exclusion et de santé à cause de son addiction, même si elle est en appartement. Il faut donc compléter cette approche globale par un accompagnement individuel et adapté, de sorte que chaque personne puisse être suivie en fonction de ses besoins. Cela exige non seulement beaucoup plus de logements sociaux qu'il n'en existe actuellement, mais aussi davantage de personnes qualifiées pour effectuer cet accompagnement.

4.5. La spécificité de la Seine-Saint-Denis

Enfin, il faut souligner qu'il existe très peu de données sur la grande précarité en Seine-Saint-Denis. La majorité des informations récoltées proviennent du rapport annuel de la mission « banlieue » de MdM, mais ils sont à nuancer par le fait que l'organisation reçoit principalement un public de migrants, qui ne vivent pas nécessairement dans la rue, mais qui sont plus souvent mal logés. Outre cet aspect, il faut aussi noter que le CASO de Saint Denis draine une population qui vient de toute la région d'Île de France, voire d'au-delà. Si les données sur la santé et l'accès aux soins des sans-abris en Seine-Saint-Denis sont parcellaires, il faut garder à l'esprit que les résultats évoqués plus haut caractérisent malgré tout plutôt bien la situation dans le département. Ce dernier possède quelques spécificités qui en font un cas particulièrement touché par la grande précarité et dont les problématiques peuvent se décliner différemment. Même si ce constat n'est pas d'emblée engageant, il justifie pleinement l'intérêt et la nécessité du présent travail, dont le but est d'étudier les déclinaisons territoriales de ces principaux constats sur l'accès aux soins et l'état de santé des grands exclus.¹⁸

5. Conclusion

La recherche documentaire a été l'occasion de synthétiser les connaissances existantes sur l'accès aux soins des grands exclus, et servira d'appui méthodologique à la suite du travail. Si les indicateurs qu'elle a permis de faire émerger ne sont pas explicitement cités, elle fournit le cadre d'interprétation nécessaire à la construction du questionnaire, support principal de l'approche qualitative, et de sa grille d'analyse. Le travail de terrain s'appuiera donc sur les cinq résultats mentionnés plus haut, à travers une grille d'analyse centrée autour de ces thématiques.

Cette revue de littérature a donc permis de parvenir à différents constats, le premier étant que le département est particulièrement touché par la grande précarité. En outre, le public en situation de grande précarité dans le département du 93 est victime de pathologies récurrentes. La faible connaissance des pouvoirs publics sur le sujet a poussé le gouvernement et ses

¹⁸ DRIHL, « Pauvreté, précarité, hébergement, logement: les données de référence en Île de France: <http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/pauvrete-precarite-hebergement-a2220.html>)

représentants à proposer des actions mal coordonnées, et à se reposer principalement sur les ONG pour assurer la gestion de la problématique de l'accès aux soins des grands exclus. Pourtant, des expérimentations et l'investissement des acteurs étatiques ou non a permis l'émergence de prises en charge adaptées, comme les LHSS ou les EMPP. L'état doit donc poursuivre les efforts engagés dans ce sens, notamment en s'investissant du rôle de coordination et de pilotage qui lui revient.

IV – Entretiens

1. Intérêt des entretiens :

Si la revue de littérature permet de définir le contexte dans lequel les données recueillies vont être analysées, soit le référentiel de l'analyse, les entretiens en sont le matériau. Ils sont les données brutes de terrain que ne peut fournir la littérature. Soulignons que les données locales sont assez limitées en Seine-Saint-Denis, ce qui renforce la pertinence d'une enquête de terrain. Aller à la rencontre des différents acteurs permet d'obtenir les informations brutes, avant même qu'elles aient fait l'objet d'une analyse, qui, nous l'avons vu dans la partie méthodologique, privilégie nécessairement certaines thématiques à d'autres.

Cette démarche s'appuie sur la revue de littérature dans l'élaboration des questionnaires, mais se propose aussi de compléter cette dernière par des données de terrain qualitatives. C'est à partir de ces dernières, analysées selon le référentiel donné par les résultats de la revue de littérature, que le pôle santé du Samusocial 93 pourra par la suite utiliser les résultats obtenus pour construire un outil de mesure approprié au public. Enfin, il sera possible de tester cet outil à travers un devis séquentiel exploratoire, afin de voir si cet outil de mesure est généralisable à la population des personnes à la rue en Seine-Saint-Denis.

2. Protocole de rencontre des professionnels :

La détermination des personnes à interroger, s'est faite sur la base d'une observation participante de plusieurs mois, de Mars à Mai. Les réunions institutionnelles, internes et externes, ainsi que des échanges informels avec les différents collègues et partenaires ont permis d'identifier les professionnels qu'il serait le plus pertinent d'interroger. 21 entretiens ont été menés et sont partiellement retranscrits en annexe, faute de temps pour les retranscrire intégralement. Ont donc été interrogés selon la grille d'entretien disponible en annexe :

- la cheffe de service du Samusocial 93
- une intervenante sociale du pôle jour du Samusocial 93
- le directeur de l'action sociale de la Croix-Rouge Française 93
- le coordinateur bénévole des maraudes des restaurants du cœur en Seine-Saint-Denis
- le chargé de mission « santé » au SIAO 93
- la référente cohésion sociale/précarité de l'ARS IDF
- la coordinatrice des PASS d'île de France (ARS)
- la chargée de mise en place du PRAPS en Seine-Saint-Denis (ARS)
- la directrice de la santé publique de la mairie d'Aubervilliers
- les assistants sociaux du LHSS de Gagny
- la cheffe de service du LHSS de Saint Denis
- la responsable des services sociaux de hôpitaux d'Avicenne à Bobigny et Jean Verdier à Bondy
- la responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis
- le chef de service du CAARUD d'Aulnay-sous-bois
- la cheffe de service du CAARUD de Montreuil
- le chef de service des appartements de coordination thérapeutique gérés par Aurore en Seine-Saint-Denis
- la chargée de mission « santé » de la FNARS
- la coordinatrice du CASO de Médecins du Monde de Saint Denis
- la chargée de mission bidonvilles de Médecins du Monde
- le chef de service de l'accueil de jour « La boutique solidarité » à Gagny
- l'assistant social de la PASS de l'établissement public de santé de Ville-Evrard à Neuilly sur Marne
- l'EMPP « La cordée »

- l'EMPP « La boussole »

En complément des témoignages de ces partenaires, un autre entretien a été mené auprès de la directrice de l'observatoire du Samusocial de Paris. Il n'a pas fait l'objet d'une retranscription, dans la mesure où il a principalement porté sur la méthodologie de l'enquête.

3. Protocole de rencontre des usagers

La sélection des usagers à interroger s'est faite sur la même base d'observation participante, à travers les maraudes de nuit, ou les maraudes médico-sociales. Il s'agit donc d'une méthode partielle, et le parti pris a été d'interroger les personnes avec qui un bon contact avait déjà été établi, de sorte que les personnes s'expriment le plus librement possible. L'objectif a été de mettre en perspective la multiplicité des parcours et des points de vue des personnes rencontrées. La population interrogée n'est donc pas représentative, dans la mesure où les personnes ont été sélectionnées après avoir été identifiées comme faisant partie de catégories subjectives. La multiplicité de ces dernières vise à mettre en avant la diversité des personnes suivies par le Samusocial 93. Les personnes étrangères ne parlant pas français ont été exclues de l'enquête pour des raisons de traduction, qui pouvaient nuire à la fluidité de l'entretien. Ont donc été interrogés selon une seconde grille d'entretien également disponible en annexe :

- une personne venue à la permanence sociale du Samusocial 93
- une personne en centre d'hébergement d'urgence
- une personne dans un logement de fortune
- une personne sans toit
- une personne de plus de soixante ans
- une personne à la rue depuis moins d'un an
- une personne à la rue depuis plus d'un an.

4. Résultats

Il y a dans la restitution des résultats un parti pris différent de celui de la méthode d'enquête : nous avons choisi de ne pas séparer les données obtenues auprès des professionnels et celles qui viennent des personnes suivies par le Samusocial 93. C'est la volonté de faire émerger le plus fidèlement possible la parole de ces usagers et les données de terrain qui préside à cette décision. Cependant, il suffit de comparer les nombres d'entretiens menés auprès des deux

groupes pour comprendre que la parole des professionnels peut écraser celle des usagers, ne serait-ce que par la quantité des entretiens menés. C'est pourquoi nous avons veillé à valoriser cette parole par des outils de mise en page dédiés. Il faut également garder à l'esprit que la parole des usagers ne se donne pas nécessairement avec la même facilité que celle des professionnels. Les premiers sont interrogés sur leur activité professionnelle, de laquelle il est possible de se distancier, de se détacher. Les seconds ont été interrogés sur leur propre vie, leur quotidien, et ont été amenés à se livrer sur des aspects bien plus intimes. L'intérêt du présent travail consiste justement à relier ces points de vue qui se basent sur deux référentiels distincts. En mélangeant la parole des usagers et celle des professionnels, nous avons pour ambition de montrer l'articulation entre les différentes actions politiques et leur déclinaison sur le terrain, ou comment les dispositifs influencent directement les conditions de vie des personnes à la rue.

4.1. La spécificité de la Seine-Saint-Denis

Un des premiers constats qui est ressorti de ces entretiens est le fait que la Seine Saint Denis accueille un public spécifique, caractérisé par une forte précarité, une masse conséquente et de nombreuses cultures différentes, ce qui exige d'adapter le travail social en conséquence.

DES CULTURES VARIÉES ET UN IMPORTANT FLUX MIGRATOIRE

En témoigne par exemple la récente mise en place du service d'ethnopsychiatrie *La Causerie*, qui a ouvert le 17 Juin dernier à Aubervilliers. Le projet, porté par l'établissement public de santé de Ville-Evrard partait d'un constat simple : les professionnels de santé et du social sont fréquemment démunis face au gouffre culturel qui peut séparer des personnes immigrées de l'accès au soins en France. L'exemple de mères ROMS qui paniquent si elles ne sortent pas le jour de l'accouchement avec leur enfant est probant : « *il a fallu qu'on prenne le temps d'expliquer aux mamans ROMS que c'était normal de garder les enfants trois jours à la maternité, et que leur bébé était en bonne santé* » (entretien 5). Un des lieux où ce besoin de médiation s'exprime le plus est l'hôpital, dans la mesure où il s'agit d'un dispositif public, qui incarne en conséquence une norme propre au pays où il est implanté : « *là encore, il y a besoin de médiation avec des populations qui sont loin sur le plan culturel* »(entretien 5). Certains des acteurs rencontrés expriment cette idée avec diplomatie : « *je ne suis pas sûr qu'il y aie autant de personnes étrangères dans le 93 et dans le limousin* »(entretien 7).

« au début, j'étais en Pologne, puis je suis venu en France, et je travaillais comme chauffeur routier »

« je suis venu en France quand mon père est mort, pour aider ma femme, qui avait peu d'argent »

Monsieur DB

Ces acteurs ne font en général pas mention des difficultés qu'occasionne ce foisonnement culturel, mais se borne à en faire le constat : *« il y a moins de populations migrantes ailleurs que sur notre territoire »*(entretien 13). La plupart font franchement état d'une caractéristique départementale très prononcée : *« Les personnes qu'on voit viennent de toute l'île de France, et on a plus de 80 nationalités représentées. »* (Entretien 5). Certains acteurs vont même jusqu'à identifier ces populations spécifiques : *« on a une population qu'on ne rencontre qu'ici : les pakistanais et les indiens »*(entretien 10). Cette forte présence de la population immigrée s'explique notamment par la situation géographique de la Seine-Saint-Denis, qui est un lieu de transit international : *« la proximité avec les autoroutes et l'aéroport nous amène des gens en transit »*(entretien 8).

LA FORTE DENSITÉ

La seconde spécificité du département est liée à cette idée de desserte et de grands axes transitoires : c'est la forte densité de population, comme s'accordent à le dire différents acteurs, qu'ils soient issus des institutions étatiques ou d'associations : *« propre au département, c'est le volume des situations »* (entretien 20). Dans tous les cas, cela implique d'adapter l'action des services concernées, afin de répondre le mieux possible à la demande. À Saint Denis, *« le CASO est le plus gros de France »* (entretien 10), ce qui n'implique pas seulement de recruter suffisamment de personnels (majoritairement bénévole), mais aussi de mettre en place des protocoles d'accès aux consultations adaptés et rapides, ce qui n'est pas toujours facile avec un public pour lequel la culture de l'accès aux soins peut énormément varier d'un individu à l'autre.

LA PRÉCARITÉ

Enfin, la troisième spécificité que relèvent les professionnels interrogés porte sur la forte

précarité présente en Seine-Saint-Denis. Certains font d'ailleurs la corrélation entre densité et précarité : « *le 93, c'est un des territoires des plus pauvres, et c'est aussi lié au nombre de personnes* » (entretien 13). Cela dit, cet argument est réfutable par l'exemple voisin de Paris, qui accuse une densité encore supérieure, et moins de précarité. De surcroît, un autre témoignage fait également obstacle à cette hypothèse, dans la mesure où il existe une densité bien inférieure dans le Nord : « *les deux pires départements, c'est le nord et la seine saint Denis* » (entretien 19). Même si les explications varient selon les acteurs, et semblent parfois peu convaincantes, elles prennent toutes appui sur une réalité indéniable : « *il y a une concentration de la précarité en Seine-Saint-Denis, avec des personnes en squats, en bidonvilles, etc.* » (entretien 10). Cette précarité se manifeste donc à travers la population qui y vit, mais pas seulement. Les dispositifs qui y sont implantés révèlent eux aussi des besoins supérieurs à ceux d'autres départements : « *on est le département le plus pauvre de France et aussi celui où il y a le plus de CAARUD et d'usagers* » (entretien 8).

La forte précarité, l'importante densité de la population et la multiplicité des cultures présentes sur le département, qu'elles soient liées ou non, posent la question de la gestion d'une situation tout à fait spécifique, face à laquelle certains acteurs se sentent impuissants : « *je ne me pose pas la question des comparatifs, car il faut être pragmatique : on vide la mer avec un panier* » (entretien 13). Cela dit, cette situation évoque davantage la précarité que la grande exclusion, de sorte que le public à la rue est indirectement concerné par ces spécificités. C'est pourquoi nous allons étudier dans une seconde partie le profil des personnes à la rue dans le département. Un tel approfondissement permettra non seulement de cerner dans quelle mesure les grands exclus sont concernés par ces spécificités départementales, mais il sera aussi l'occasion de s'intéresser aux problématiques qui leur sont propres.

4.2. Le profil des personnes à la rue

DES PROFILS CARACTÉRISÉS PAR DES RUPTURES

Le lien le plus évident entre la précarité et la grande exclusion est le glissement possible de la première notion vers la seconde. Cela dit, ce dernier peut revêtir plusieurs formes, ce qui pousse à s'interroger sans pour autant parvenir à pointer le moment pivot qui fait basculer les personnes vers la rue : « *qu'est-ce qui amène les personnes à la rue ? La précarité ? Les addictions ? Le fort taux de chômage ? Les séparations familiales ?* » (Entretien 8).

« en rentrant en France, ma conjointe me dit que je n'ai pas le droit de rentrer à la maison, même si j'ai toujours payé le loyer, et que je continue de la payer : 731 euros par moi, directement prélevés sur ma pension de cheminot »

Monsieur H

En réalité, il est impossible de distinguer un élément ou un autre, tant les parcours sont divers et variés, mais il existe un élément commun à toutes les personnes qui ont glissé vers la grande exclusion : *« quand tu regardes leur passé, il y a une scolarité défailante, des grosses ruptures familiales, des grosses douleurs et de grosses souffrances. C'est des gens qui n'ont pas trouvé autour d'eux les moyens de se reconstruire ou de se réparer »* (entretien 1). Si on devait nommer ce dénominateur commun à tous les grands exclus, on pourrait employer le terme de rupture.

« Jusqu'au soixante ans de papa, on travaillait ensemble, pas de problème. Puis mes parents sont décédés, et c'est là que ça a commencé à merder »

« à l'époque, j'avais une copine, qui m'a présenté une copine à elle, qui m'a présenté son copain. L'autre, il est venu me casser les couilles un dimanche soir, avec un pote à lui. Je suis sorti dehors, et je l'ai tué, un coup au cœur, direct »

« Entre temps, j'avais perdu ma copine. Elle est décédée, et comme j'étais pas sur le bail, on m'a mis dehors. Et c'est comme ça que tu te retrouves SDF. Ça doit arriver à d'autres gens, c'est pas un parcours anormal, mais enfin, faut avoir le mental »

Monsieur CB

Qu'il s'agisse de ruptures avec l'école, la famille, le travail ou un(e) conjoint(e), toutes les personnes à la rue semblent avoir vécu à un moment ou à un autre dans leur vie un événement qui les a poussé à s'éloigner progressivement de la société : *« il y a un classique : rupture conjugale, perte d'emploi, perte du logement. Vous mettez ça dans l'ordre que vous voulez, mais c'est toujours ces trois items. Ça peut aller très très vite »* (entretien 18). Cette explication schématique montre que le processus d'exclusion d'un individu fonctionne comme

un cercle vicieux, une rupture en entraînant une autre, jusqu'à exclure totalement un individu de la société : « *c'est très facile de descendre dans l'échelle sociale* » (entretien 18).

« quand ma femme est décédée, j'ai tout lâché : le boulot, le travail, et je suis parti ici »

« j'ai essayé de m'en mettre une dans la tête, je me suis loupé.

La balle est pas rentrée. »

Monsieur C

À partir du moment où le processus est enclenché, il semble très compliqué pour les personnes désocialisées de trouver indépendamment les ressources pour se reconstruire : « *c'est des gens qui ont quelque chose en eux à réparer* » (entretien 1). Ils ont donc besoins et envie d'être aidés, mais ne savent pas toujours comment s'y prendre : « *quand tu donnes la possibilité aux gens d'avoir des lieux d'attache, ils la saisissent* » (entretien 5). Les témoignages recueillis montrent donc que l'exclusion est davantage subie que choisie. Même si le fantasme de l'exclusion choisie est depuis longtemps démystifié par la littérature¹⁹, il n'est pas inutile de rappeler que la plupart des personnes à la rue n'ont pas souhaité cet état : « *nos profils, c'est pas des personnes qui vont se mettre en situation d'exclusion de plus en plus grande* » (entretien 10).

DE LA RUPTURE DE VIE À LA RUPTURE SOCIALE

Au contraire, la plupart des personnes qui ont vécu une rupture vont chercher à s'en sortir le plus longtemps possible, en gardant un travail, ou en logeant chez des amis : « *il y a énormément de travailleurs pauvres qui dépendent des restos. ça me déroute que des gens qui travaillent ne mangent pas correctement, ne se soignent pas et ne puissent pas se loger* » (entretien 18). Au terme de tous ces efforts, c'est souvent la rue qui s'impose, soit parce que les amis ne veulent ou ne peuvent plus les héberger, soit parce que leur employeur ne tolère pas d'employer quelqu'un qui vit dans la rue pour ne citer que les exemples les plus connus.

« mais j'assurais à mon boulot : je commençais à 7 heures et demi et je finissais à minuit. Mais quand ils ont appris que je

¹⁹ Declerck P., *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.

vivais dans la rue, ils m'ont dit : c'est pas possible de continuer »

Monsieur I

Cette lutte pour rester intégré, pour continuer à répondre aux normes de la société est difficile à tenir sur la durée, de sorte qu'il y a un moment où les personnes préfèrent l'exclusion à un labeur dont ils ne voient pas le bout : « 80 % des gens qui viennent ici sont à la rue. C'est un public très désocialisé, en rupture avec à peu près tous les dispositifs » (entretien 1). Ce sont des personnes qui ont lâché prise, qui ont tiré un trait sur la société car elle n'a que des obligations à offrir.

« en sortant de prison, j'ai repris mon boulot en plomberie chauffage, puis à 50 ans, j'ai dit j'arrête, j'en ai marre »

Monsieur CB

Cette désillusion est particulièrement bien incarnée par les recours des personnes aux services sociaux : « ils ont un discours trompeur : quand ils vont voir les travailleurs sociaux, c'est pour avoir un petit avantage immédiat. Ils savent très bien ce qu'ils doivent dire ou répondre. » (entretien 1). Le fait de développer un discours opportuniste, même face aux dispositifs d'aide montre que les grands exclus ne croient plus que la société puisse réellement leur apporter quoique ce soit, même à travers les dispositifs d'aide qui leurs sont dédiés.

« ce que le Samusocial pourrait faire de plus pour moi ? Vous avez des chaussettes ? »

Monsieur DB

C'est pourquoi ils ne restent sur les structures que le temps de se refaire une santé ou le temps qu'un épisode climatique particulièrement rude passe : « La majorité des personnes ont du mal à rester sur la structure » (entretien 16). Le mode de vie à la rue est l'alternative retenue pour sa simplicité et son inconditionnalité.

« le matin, je vais faire mes courses, acheter mon alcool, mes cigarettes, puis je reviens ici l'après-midi. Quand je m'emmerde, qu'il pleut ou quoi, je vais me taper un Dvd au centre

commercial. Là-bas, il y a des prises de courant, tout ce qu'il faut »

Monsieur CB

Cela n'implique pas nécessairement un abandon total de toute individualité : il arrive que les personnes à la rue aient créé autour d'elles un monde qui leur convient car la société ne leur demande rien de ce qui les a amenés à la rue.

« je monte à l'église de Pantin, et les gens me donnent ce dont j'ai besoin. Ils m'amènent à manger, et me donnent en plus un petit billet »

« quand j'ai plus de pépettes, je vais à l'église, c'est ma base »

« on sait jamais, je reste là, on sait jamais, si je peux rencontrer encore une fille »

Monsieur C

Ceux-là n'ont pas choisi de se retrouver à la rue, mais ils ont choisi d'y vivre après avoir subi le fait de s'y retrouver : *« les SDF, c'est une population qui n'a d'errance que leur situation administrative »* (entretien 5). Cette liberté ne se retrouve dans quasiment aucune structure qui fait que la plupart des grands exclus refusent toute démarche de réinsertion : *« on a des types qui préfèrent la rue aux centres d'hébergements »* (entretien 1). Dans ce contexte, on imagine facilement que le principal travail à engager ne soit pas du côté du logement, ou du travail, mais bien de l'humain : *« on essaie de les amener à travailler sur eux-mêmes »* (entretien 1). Nous y reviendrons.

TYPOLOGIE DES PROFILS

Les témoignages recueillis permettent de dresser une typologie relativement fidèle des personnes en situation de grande exclusion : *« il y a trois types de personnes à la rue : celles qui arrivent de l'étranger, et pour qui la réalité n'est pas ce qu'on leur a montré, celles qui sont nées en France et qui ont une cassure dans leur parcours de vie, et enfin, les familles. Et il y a aussi la grande catégorie des travailleurs pauvres, qui vivent dans leur bagnole »* (entretien 18).

« il y en a beaucoup qui travaillent au noir. Ils font un carrelage là, du ciment là. Ils gagnent 200-300 euros dans la semaine, puis après ils cherchent autre chose. Ils trouvent en maçonnerie, plomberie »

Monsieur I

Cela dit, ceux sont principalement les deux premières catégories qui désignent le public majoritairement rencontré par le Samusocial 93. À travers cette typologie, c'est également la multiplicité des profils qui transparait. Elle permet de garder en tête que chaque situation est unique et qu'il ne saurait être question de généraliser des protocoles d'aide sociale, même si des profils redondants existent. Toutes les ruptures ne se traitent pas de la même manière, ou toutes les personnes immigrées ne sauraient être approchées de la même façon, pour ne citer que les exemples les plus explicites. Cette typologie de profils se retrouve jusque dans les codes propres à la rue : *« entre eux ça peut être difficile : les roms, c'est les mecs en bas, la cas psys, ils font chier, les cloches, ils puent »* (entretien 1).

« moi, je ne suis pas clochard, ni rien de tout ça, pas comme tous les autres dans la rue »

Monsieur D

Une brève focale sur les usagers de drogues est également l'occasion de mettre en perspective la proximité possible entre précarité et grande exclusion. Il est indéniable que les personnes dépendantes peuvent plus facilement se retrouver à la rue que le reste de la population, dans la mesure où l'addiction peut représenter une rupture dans les parcours de vie : *« Au CAARUD, on a deux trois personnes qui ont un chez eux, et les autres sont soit en squat, soit dehors »*(entretien 9). Cela dit, de nombreux usagers de drogues ne sont pas dans la précarité. Ils parviennent à gérer sans aide leur(s) addiction(s) et nous font relativiser le lien entre conduites addictives et grande exclusion : *« Avec le travail de rue, on touche un public qui n'est pas du tout précarisé : c'est des gens qui travaillent, qui ont une famille »*(entretien 9). Autrement dit, si les personnes en situation de grande exclusion présentent fréquemment des conduites addictives, comme nous le verrons plus loin, l'inverse n'est pas nécessairement vrai.

4.3. L'accès au logement

UN PARCOURS DU COMBATTANT

Pour compléter cette première esquisse des profils des personnes à la rue, on peut s'intéresser à la préoccupation qui revient le plus souvent dans leur discours : « *avant la santé, la question c'est : où est-ce que je dors ? Qu'est-ce que je mange ?* » (Entretien 10). La question du logement revient régulièrement comme un élément central de l'insertion : « *La grande question prioritaire, c'est le logement, ou du moins, l'abri* » (Entretien 2). On serait tenté de lire dans ce souci d'être abrité une déconnexion de la réalité, dans la mesure où nous venons de voir que les grands exclus ont une tendance générale à rejeter en bloc ce que peut leur offrir la société, mais ce serait là une lecture un peu simpliste.

« moi, tout est bon. J'ai tous les papiers, carte d'identité, carte vitale, mais il me manque un logement, alors ils m'embauchent pas »

Monsieur I

Il faut d'abord considérer le parcours à effectuer avant de pouvoir accéder à un logement autonome : il y a le centre d'hébergement d'urgence, celui de réinsertion sociale, le centre de stabilisation, puis le logement autonome. Tout au long de ce parcours, les occasions de revenir à la rue sont multiples : pathologies mentales, addictions, altercations avec les autres résidents pour ne citer que les principales : « *plutôt qu'un système d'escalier, avec le CHU, les CHR, le centre de stabilisation, puis le logement, un logement direct, c'est sûr que c'est mieux. Mais le plus important, c'est l'accompagnement de la personne* » (Entretien 12).

« j'ai été hébergé 6 mois à la cité Myriam »

« ils m'ont dit de partir quand je me suis battu »

« il faut plus me parler des foyers, ça m'intéresse plus d'être hébergé là-bas. Ils font la fouille dans les placards, c'est l'armée. Et il y en a qui ne savent pas boire, et ils foutent la merde »

Monsieur I

Les grands exclus doivent donc généralement par plusieurs dispositifs d'hébergement

auxquels ils ne peuvent s'adapter avant de pouvoir accéder au logement. C'est la complexité de ce parcours qui les empêche d'accéder au logement et de pouvoir se stabiliser, alors même que les différents acteurs s'accordent à dire que le logement est le meilleur moyen de s'occuper de soi : « *dès qu'on accède à un logement, on peut se laver, avoir une couverture médicale, on s'habille, on mange...* » (Entretien 3).

LE LOGEMENT D'ABORD

Des expérimentations ont d'ailleurs eu lieu dans ce sens, et mettent en avant des résultats concluants : « *L'expérimentation « un chez soi d'abord » montre que c'est un toit qui permet en premier lieu de stabiliser les gens* » (Entretien 2).

« le plus important, c'est sortir de la rue »

Monsieur DB

Même si le Samusocial 93, pour des raisons de sécurité ne se rend pas dans les camps ROMS, la problématique y est similaire, et témoigne du fait qu'il s'agit d'une préoccupation partagée par toutes les personnes à la rue ou dans des logements de fortune : « *les gens nous disent tout le temps qu'ils veulent aller dans du dur, que ce soit ici ou en Roumanie* » (Entretien 17).

« si on me propose un studio, je veux bien. Je suis prêt à payer la moitié du loyer. Je ne fume pas, je ne bois pas, pas de problème, je n'ai besoin que de 100 ou 150 euros par mois »

Monsieur D

Cela dit, ce constat doit être relativisé par le fait qu'il s'agit ici du discours que les professionnels ont capté. Autrement dit, ce sont les personnes qui ont fait la démarche d'aller voir un travailleur social qui expriment ce besoin : « *le problème, c'est le logement* » (Entretien 3). Il s'agit donc d'une requête qui précède toutes les autres préoccupations des personnes à la rue : « *En entretien d'admission, les gens ne parlent pas de santé, ils disent avoir besoin d'un toit.* » (Entretien 2). Cependant, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit là du discours des seules personnes qui ont fait la démarche d'aller voir un travailleur social, et non de celui de celles décrites plus haut, qui ont tiré un trait sur tout ce que la société avait à offrir. Néanmoins, la frontière entre ces deux profils n'est jamais immuable et définie. C'est d'ailleurs

sur le déplacement de cette frontière que travaillent les professionnels du Samusocial 93, afin de réussir à faire émerger une demande des personnes rencontrées.

Faire émerger une demande de logement est d'autant plus important que le point de vue des personnes à la rue est en général partagé par les professionnels : « *dès l'instant où on a un toit, on accède à un cercle vertueux* » (Entretien 3). La majorité sont globalement convaincus que la question du logement est celle qui doit être traitée en priorité pour pouvoir travailler d'autres aspects comme la santé ou l'emploi : « *une fois que la pression de la rue est retombée, les personnes sont plus disponibles pour le soin* » (Entretien 8). Le diagnostic des professionnels est plutôt clément avec les dispositifs ne faisant pas d'hébergement en Seine-Saint-Denis : « *Le département est pas mal pourvu en terme de dispositifs d'accueil qui ne font pas d'hébergement* » (Entretien 9), mais particulièrement critiques concernant l'hébergement, et l'accès au logement en général, trouvant les dispositifs en place inadaptés au public : « *les mesures d'AVDL ou d'ASDL sont tout de même adressées à des personnes capables de s'occuper d'elles-mêmes* » (Entretien 12).

« vous devez traiter ce sujet : les logements sociaux sont mal utilisés »

Monsieur H

Or, on sait que l'autonomie des personnes à la rue est toute relative lorsqu'il s'agit de gérer un logement et d'y habiter. Cet exemple montre qu'il y a encore du travail pour adapter les dispositifs d'hébergement et d'accès au logement au public spécifique que sont les grands exclus.

4.4. Des pathologies récurrentes

SPÉCIFICITÉS DU PUBLIC À LA RUE

Une autre spécificité qui est beaucoup revenue au cours des différents entretiens concerne les pathologies des grands exclus. Même si il existe peu de données statistiques sur le sujet, la plupart des professionnels interrogés pointent des pathologies récurrentes : « *on a pas de données objectives sur les pathologies. L'observation sociale est difficile, et on a pas trop de données de santé* » (Entretien 12). Si la majorité sont malgré tout d'accords quant aux

pathologies rencontrées, tous ne s'accordent pas sur leur origine : « *il n'y a pas de pathologies spécifiques, c'est plutôt des pathologies de la pauvreté* » (Entretien 17). En effet, certains attribuent certaines maladies aux conditions de vie à la rue alors que d'autres ne voient que des pathologies propres à chacun : « *les pathologies sont propres à chaque personne* » (Entretien 3). Pour commencer, et sans surprise, les principales pathologies rencontrées sont celles mises en évidence par la revue de littérature : « *les pathologies les plus fréquentes sont les problématiques orthopédiques, infectieuses ou dermatologiques.* » (Entretien 16). On peut également citer en vrac les pathologies respiratoires et digestives ainsi que les plaies aux pieds : « *il y a beaucoup les bronches, la digestion, et les pieds mal soignés* » (Entretien 1). À chacune de ces pathologies, les professionnels associent fréquemment un comportement spécifique à la rue. Par exemple, les problèmes digestifs sont régulièrement attribués à la consommation d'alcool : « *la malnutrition, les abcès liés aux consommations, les brûlures et coupures au niveau des doigts, les hépatites C représentent beaucoup de notre file active* » (Entretien 9). De même, les plaies aux pieds reviennent souvent et s'expliquent : « *c'est un public qui marche beaucoup, donc les pieds* » (Entretien 7). Cela dit, si ces pathologies reviennent autant, c'est parce qu'elles sont rarement bien soignées : « *ce qu'on rencontre le plus, c'est le mec qui a les pieds pourris, qui ne peut plus marcher et qui ne veut pas aller à l'hôpital* » (Entretien 19). Le fait de ne pas se soigner, couplé à une vie à la rue où la santé n'a pas toujours figuré au premier plan rend les grands exclus plus vulnérables : « *on reçoit surtout des gens qui ont été à la rue des années, et dont l'état est dégradé parce que la santé n'a pas toujours été la priorité* » (Entretien 7). En somme, il faut reconnaître qu'il existe des déterminants de santé liés au mode de vie des personnes à la rue : « *les déterminants, c'est : pas d'éducation à la santé, les conditions de vie, pas d'accès à l'eau, ni d'évacuation des déchets, absence des dispositifs préventifs.* » (Entretien 17). Un exemple qui incarne bien l'influence des conditions de vie sur la santé est celui de la nutrition.

« on fait comment quand les restos ne passent pas ? On mange pas »

Monsieur DB

La nourriture peut largement influencer l'état de santé d'un individu, et le rendre malade, de manière chronique ou aiguë. Quand on s'intéresse à la population des grands exclus, le constat est sans équivoque : « *il y a un réel problème de malnutrition, des carences en tout* » (Entretien 8). En conséquence, il n'est pas surprenant de retrouver des maladies associées :

« pour les adultes, il y a des pathologies chroniques liées à la très mauvaise alimentation et aux conditions de vie : diabète, hypertension. » (Entretien 17). Ces mauvaises conditions de vie sont globalement communes à tous les grands exclus, de sorte que les pathologies qui en découlent se retrouvent chez un bon nombre d'entre eux : « les grands classiques : le diabète, le cancer » (Entretien 7). On peut ici citer l'exemple des problèmes de bouche et de dents, qui subissent non seulement l'influence des conduites addictives comme l'alcool ou le tabac, mais également les mauvaises conditions d'hygiène comme le brossage quotidien : « on a énormément de problème dentaires » (Entretien 7).

LES CONDUITES ADDICTIVES

Bizarrement, les conduites addictives ne reviennent que peu en tant que pathologies lors des entretiens : « les addictions, c'est pas ce qui ressort le plus » (Entretien 10). La plupart des acteurs rencontrés préfèrent parler de comportements spécifiques. Pourtant, les addictions sont des pathologies qu'il convient de relever aussi : « d'abord c'est l'alcoolisme. Après, on a eu des cas de gale et de tuberculose, mais le gros problème, c'est l'alcoolisme. » (Entretien 3).

« si j'en ai pas par contre, je tourne en rond. C'est pas que je m'ennuie, mais je sens le manque. C'est pareil avec la cigarette »

« si j'ai plus d'alcool, je prends un ticket pour monter au troisième de la tour Eiffel, et je saute ! »

Monsieur CB

Il est d'autant plus important d'en faire état qu'elles ont une influence sur l'état de santé général des personnes, comme nous l'avons vu à travers l'exemple des dents ou de la nutrition. Constituer la consommation d'emblée comme une pathologie permet de s'interroger dessus, de la questionner, et en conséquence, donne des armes pour travailler sur ce sujet avec les grands exclus : « je pense que quelqu'un qui est à la rue, il essaie d'oublier ce qui s'est passé à travers l'alcool. On dit aussi que ça tient chaud » (Entretien 3).

« c'est dur de manger, boire... On boit. Je devrais pas boire... »

« je bois depuis que j'ai perdu ma femme. J'ai péché un câble »

« l'alcool, j'avais arrêté, mais quand je suis contrarié, rebelote,

et dix de der, comme un con »

Monsieur C

Les travailleurs sociaux peuvent partir d'un constat basique : *« ce qu'on voit le plus, c'est les addictions, c'est l'alcool pour la plupart, mais même au coca, à la nourriture »* (Entretien 21). Puis, à partir de ce constat, ils élaborent des pistes de réflexion sur lesquelles ils vont pouvoir baser leur accompagnement : *« ils développent tous un truc, mais en fait, c'est de l'attention qu'ils demandent »* (Entretien 21).

« j'ai besoin d'aide pour arrêter l'alcool »

« quand je me lève le matin, j'ai besoin de boire »

Monsieur DB

LES MALADIES INFECTIEUSES

Un autre groupe de pathologies a été identifié par les professionnels comme très spécifiques à la grande exclusion : *« les pathologies les plus rencontrées, c'est les psychiatriques, le VHC, VHB »* (Entretien 12). Nous reviendrons plus loin aux troubles mentaux, et nous concentrerons ici sur les hépatites et autres maladies infectieuses, présentes en plus grande proportion chez les grands exclus qu'au sein du reste de la population : *« sur tout ce qui est IST, VIH, hépatites B et C, on a des prévalences plus importantes que chez la population générale »* (Entretien 10). La transmission de ces maladies s'explique comme au sein du reste de la population par des relations sexuelles non protégées ou des plaies mal soignées qui entrent en contact, mais aussi par les addictions, aux drogues notamment. La cause est l'utilisation de matériel usagé, mais la forte prévalence de ces infections chez les usagers de drogues s'explique également par leur statut immunitaire : *« le public toxicomane est beaucoup plus faible en terme immunitaire »* (Entretien 8). À ces maladies infectieuses s'ajoutent deux pathologies propres au public à la rue. La première est la gale, dont le spectre plane régulièrement, puisqu'elle se transmet principalement par les tissus, et que les grands exclus peuvent garder longtemps sans les laver leurs vêtements : *« ce qui est influencé par la rue, c'est la gale par exemple »* (Entretien 16). La seconde fait plutôt référence à l'absence de prévention et de vaccination : *« la Seine-Saint-Denis, c'est la plus forte prévalence de tuberculose en France métropolitaine »* (Entretien 10). Il est intéressant de faire ici le lien avec la population des ROMS, chez qui on retrouve une problématique similaire, pour les

populations vulnérables, mais également sur le plan épidémiologique : « *peu d'enfants sont suivis en PMI, parce que les camps sont souvent déplacés, les rendez-vous trop espacés. La conséquence, c'est qu'on a des alertes épidémiques liées à la couverture vaccinale, ou des handicaps au sens large* » (Entretien 17).

LES TROUBLES MENTAUX

Enfin, la pathologie la plus relevée par les professionnels concerne les troubles mentaux, peut-être parce qu'ils se sentent régulièrement démunis : « *La santé mentale, on gère tant bien que mal* » (Entretien 9). Quoiqu'il en soit, la littérature montre que ces troubles concernent près d'une personne à la rue sur 3²⁰. On retrouve par ailleurs des chiffres relativement similaires dans les témoignages : « *on a beaucoup de cas psys, c'est à peu près 20 %, dont la moitié de trucs très lourds* » (Entretien 1). Ce constat est d'ailleurs partagé par différents acteurs : « *un grand nombre de grands exclus ont une pathologie psychologique. Beaucoup devraient être hospitalisés ou au moins suivis* » (Entretien 19). Cela dit, ils relèvent en général que la pathologie n'existe pas ad hoc, et qu'elle est généralement liée à un facteur déclencheur, qu'il s'agisse de drogues ou d'un événement marquant : « *On a pas mal de décompensations et de dépressions, mais on a du mal à déterminer si c'est lié à la consommation de drogues* » (Entretien 9). En découle la question de connaître l'origine des pathologies psychiatriques. Le processus est propre à chaque individu, et les différents acteurs sont bien souvent perplexes pour déterminer quoi travailler avec les personnes qu'ils rencontrent : « *est-ce que c'est la rue qui a amené la pathologie psychiatrique ou la pathologie psychiatrique qui a amené à la rue ?* » (Entretien 8).

« quand on est à la rue, on est moins bien, on sent plus les problèmes »

« avec la rue, on développe beaucoup de choses »

Monsieur K

Une des principales difficultés consiste donc pour les professionnels à trouver la bonne porte d'entrée, même si chacun a nécessairement une idée sur la question. Certains voient les

²⁰ Laporte A., Chauvin P. (sous dir.), *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France (Samenta)*, Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, 2010.

troubles mentaux comme quelque chose de latent révélé par la rue : « *quelqu'un qui a des problèmes mentaux, en général, ça ne vient pas de la rue, ça date d'avant* » (Entretien 3). Pour d'autres, c'est leur parcours de vie et la grande exclusion qu'ils connaissent qui sont à l'origine de ces troubles : « *ils ont l'impression d'avoir vécu des injustices, et ça crée ou ça développe des choses* » (Entretien 21). Quoiqu'il en soit, les professionnels sont bien souvent démunis face à cette question, d'autant plus qu'il leur arrive de manquer d'interlocuteurs : « *les hôpitaux psys, on y va pas, ils veulent pas les mecs. C'est plutôt l'inverse, c'est eux qui envoient des mecs à la rue en donnant notre adresse* » (Entretien 1). C'est pourquoi la création des Équipes mobiles Psychiatrie Précarité a été vécue par tous comme un soulagement. S'appuyer sur l'expertise d'équipes spécialisées permet de mieux faire face à ces troubles mentaux.

4.5. Les différentes modalités de prise en charge médicale

LES ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ

Les équipes mobiles psychiatrie précarité ont été créées en 2005 pour justement pallier au désarroi des travailleurs sociaux face à la présence de troubles mentaux chez le public suivi : « *les EMPP ont été créées car les travailleurs sociaux ne savaient pas comment réagir face aux maladies mentales* » (Entretien 14). Notre revue de littérature va également dans ce sens, mais elle ne met pas en valeur le rôle de soutien méthodologique que peuvent avoir les EMPP : « *les demandes qu'on nous fait sont très variées : c'est parfois pour avoir un éclairage sur la situation des personnes, trouver des structures adaptées* » (Entretien 13). Les EMPP peuvent donc servir de manières très diverses, en fonction des demandes qui leur sont faites : « *parfois, on nous demande aussi de faire la voiture balai des dispositifs institutionnels saturés* » (Entretien 13). La présence de ces équipes facilite considérablement le travail des différents acteurs sur le territoire, mais le danger pour eux est de se faire instrumentaliser par les structures qui les sollicitent. Le fait d'être reconnus et sollicités pour leur expertise est donc à double tranchant : « *les secteurs nous utilisent souvent comme tiers pour les personnes qui sont en errance, parce que nous connaissons les accueils de jours par exemple, que nous avons une expertise sur le sujet* » (Entretien 13).

*« par exemple, il y en a un à côté là, comment tu veux l'aider ?
Il crie, il insulte tout le monde. Il veut pas vous voir, alors je sais pas comment tu vas l'aider ! »*

Monsieur CB

Le fait d'être une entité tierce peut certes permettre d'arbitrer des prises de décisions, ou de proposer un appui méthodologique aux structures qui le souhaitent, mais le risque est d'hériter de situations complexes qui devraient être gérées par d'autres dispositifs. Il appartient donc aux EMPP de savoir poser les limites de leur action. À titre d'exemple, on peut citer celle d'une des quatre équipes présentes sur le département, qui vient une fois par mois au Samusocial 93, afin de parler des situations problématiques auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés. Ce temps permet aux travailleurs de bénéficier d'un appui et d'une expertise qui leur permettra par la suite d'aborder plus sereinement certaines situations. Ces échanges servent donc de formation aux équipes du Samusocial 93 : « *l'appel au corps psy est souvent un recours fantasmatique pour des travailleurs sociaux démunis plutôt qu'un réel besoin pour répondre à une pathologie* » (Entretien 13). Pour autant, l'EMPP qui propose cet appui méthodologique ne se saisit des situations abordées que si ces dernières se trouvent sur son territoire d'action. Cette délimitation du champ d'action des EMPP appartient à chaque équipe, de même que sa composition et ses modes de fonctionnement. Ainsi, certains préfèrent aborder dès la première rencontre la composante psychiatrique de leur entité : « *nous nous présentons comme une équipe de psychiatrie* » (Entretien 14). D'autres préfèrent rester vagues pour ne pas prendre le risque que les personnes rencontrées se braquent : « *on se présente comme un équipe soignante* » (Entretien 13). Ces modalités de fonctionnement sont internes aux différentes équipes et toutes défendables, dans la mesure où chaque situation est unique. Ainsi, à travers ces différentes méthodes, la volonté commune est d'évaluer comment les EMPP peuvent aider au mieux les personnes rencontrées : « *on dit qu'on est pysys pour pouvoir démarrer quelque chose, mais ensuite, c'est un dialogue qui s'installe. Le choix de se présenter comme équipe psy, c'est plus un choix des équipes.* » (Entretien 14). Ces différences entre les modalités d'intervention de chacune des équipes tiennent aussi au fait que les EMPP répondent à un appel à projet, et qu'en conséquence, chaque équipe a du rédiger un projet propre à son territoire d'action, avec des objectifs qui peuvent être très variables : « *les différences entre les équipes tiennent aux différences entre les projets de départ et aux disparités entre les territoires* » (Entretien 13).

Cela dit, il existe sur le département un certain nombre d'aspects qu'ont en commun toutes les équipes mobiles. Les 4 demandent par exemple à leurs partenaires de les informer au moins par téléphone sur les différentes situations avant de se rendre sur les lieux de vie : « *l'idéal,*

c'est que les travailleurs sociaux nous appellent avant pour que nous puissions en équipe pour savoir quelle est la prise en charge la plus adaptée. » (Entretien 13). De même, les quatre équipes ont leurs partenaires principaux en commun : *« les principaux orienteurs sont les hôpitaux, le Samu social, les secteurs de psychiatrie »* (Entretien 13). Enfin, il faut souligner le rôle de coordination joué par l'ARS quant à ce dispositif : des réunions régulières sont organisées par la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis, afin de pouvoir bénéficier des retours d'expérience de chacune des équipes, mais aussi dans un souci de formation et de développement de partenariats.

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

L'un de ces partenariats est celui qui existe avec les PASS, dispositifs d'accès aux soins pour les personnes en grande précarité au sein des hôpitaux : *« l'idée, c'est qu'on est un sas à double sens : on utilise à la fois les EMPP pour amener les gens vers le soin somatique, mais ça marche aussi dans l'autre sens : des gens viennent nous voir pour un problème somatique et on oriente ensuite vers les EMPP car les gens ont besoin de soins »* (Entretien 7). Les PASS sont nées du constat que les personnes en situation de grande exclusion pouvaient difficilement s'intégrer dans un parcours de soin classique, au sein des dispositifs de droit commun : *« chez la population SDF, c'est plutôt subi de venir à l'hôpital, quand les pompiers les ramènent, ou que quelqu'un les ramasse dans la rue »* (Entretien 18). C'est pourquoi une filière dédiée a été créée, de sorte à adapter l'accompagnement médical, mais aussi social à ces situations particulières.

« j'ai pas de couverture maladie, il m'accueillent comme ça à Avicenne, ils me connaissent »

Monsieur C

Cela dit, ces filières, même si elles accueillent de plus en plus de personnes laissent plusieurs professionnels dubitatifs : *« je crois plus aux consultations en maraude qu'aux dispositifs de PASS : le camion, c'est un premier pas de retour vers le soin. »* (Entretien 18). Pour eux, les PASS accueillent davantage un public précaire que de grands exclus, dans la mesure où ces derniers ne font pas l'effort d'aller vers le soin, alors que les PASS sont au sein des hôpitaux. En d'autres termes, les PASS s'inscrivent dans un processus de retour vers le soin, mais ne sont en aucun cas la première étape qui permet de capter les grands exclus : *« il y a forcément*

plusieurs étapes pour amener les personnes vers le soin. Ça commence avec la maraude, puis la PASS, puis les dispositifs de droit commun comme des spécialistes en ville » (Entretien 18). Le fait que les PASS ne constituent pas le premier échelon du retour vers le soin tient notamment à l'institution au sein duquel le dispositif est développé, à savoir l'hôpital : *« les SDF n'ont pas le droit de consommer de l'alcool, on va jeter leurs affaires, etc. C'est très mal vécu pour eux. »* (Entretien 18). Dans ces conditions, il est compréhensible que peu de personnes à la rue soient motivées pour s'y présenter.

Ce point de vue est cependant à nuancer par l'existence sur le territoire d'une PASS dite « psy », portée par l'établissement public de santé de Ville-Evrard. Son but est justement de faire le lien entre les personnes à la rue et les dispositifs existants tels que les PASS classiques : *« l'idée de la PASS psy, c'est aussi de servir d'interface entre la rue et la PASS normale »* (Entretien 7). Cette complémentarité entre les deux types de PASS se retrouvent dans le public accueilli. Une PASS classique n'est donc pas le lieu le plus adapté pour les grands exclus : *« nous, on peut aider pour ceux qui ne sont pas résistants à l'accès aux droits, mais pour ceux qui préfèrent souffrir d'une fracture que de montrer leurs mains, on ne peut rien faire »* (Entretien 5). En effet, l'attente, les conditions à remplir et les justificatifs à fournir vont décourager même ceux qui auront décidé de se rendre à l'hôpital pour se faire soigner : *« quelqu'un qui est très exclu et qu'on a dû convaincre de venir, il lui faut un dispositif sans contrainte, et c'est là l'intérêt des PASS psys »* (Entretien 7). Cet aspect inconditionnel est plébiscité par les travailleurs sociaux, qui trouvent ce dispositif plus confortable et surtout plus adapté : *« un dispositif que je trouve vraiment intéressant dans le département, c'est la PASS de Ville-Evrard. Quand tu arrives là-bas, on sait qui tu es, et ils se souviennent des usagers aussi »* (Entretien 21). Ce suivi au cas par cas impose bien entendu une file active bien plus réduite qu'au sein des PASS classiques, et des professionnels plus disponibles, mais c'est ici une preuve de la complémentarité des deux dispositifs, qui en tant que tels, doivent collaborer : *« la synergie qu'on peut trouver, c'est qu'on est mobile pour accompagner les gens et que les PASS normale ont le plateau technique »* (Entretien 7). Pour conclure, on peut donc affirmer que la PASS psy est plus adaptée au public spécifique que sont les grands exclus, mais qu'elle s'inscrit dans un processus de retour vers les dispositifs plus conventionnels, comme les PASS classiques : *« toutes les personnes que j'ai emmené à la PASS de Ville-Evrard, elles ont ensuite embrayé sur un parcours qui s'est bien passé »* (Entretien 21).

LES LITS HALTE SOINS SANTÉ

Les LHSS sont l'un de ces dispositifs. Ces structures ont pour but de dispenser des soins infirmier aux personnes sans abri : « *les LHSS, c'est un lieu dédié aux soins qu'on devrait pouvoir faire à domicile* » (Entretien 18). Le public accueilli au sein des LHSS est donc à la rue et a besoin de soins aigus. À ce titre, les personnes qui présentent des pathologies chroniques n'y sont pas acceptées. L'objectif est donc multiple : dispenser des soins infirmiers qui ne pourraient être faits dans la rue, stabiliser les personnes sur le plan de la santé en les amenant vers l'autonomie et en profiter pour entamer ou poursuivre des démarches sociales : « *on voit systématiquement les nouveaux arrivants, deux ou trois jours après leur arrivée, histoire de ne pas trop les brusquer* » (Entretien 15).

« demain, je pars dans une structure médicalisée, là où ils amènent les cas les plus durs, pour les protéger et les soigner. Je trouve que c'est bien que ça existe »

Monsieur H

Cela dit, l'objectif reste l'accompagnement des personnes, et l'objectif n'est en aucun cas de se substituer aux dispositifs de droit commun si une prise en charge existe déjà : « *sur le travail social, la première chose qu'on fait, c'est vérifier si la personne a déjà vu un travailleur social, et ce qui a été entamé. Le but, c'est d'inscrire notre démarche dans la continuité pour la personne* » (Entretien 15). Théoriquement, la durée de séjour en LHSS correspond à la durée de soins nécessaire au rétablissement des personnes : « *le temps de séjour est défini par le soin* » (Entretien 16). Sur le département, deux LHSS sont ouverts, et représentent une véritable bouée de sauvetage pour les travailleurs sociaux : « *En LHSS, le nombre de place n'est pas à la hauteur du nombre de demande. L'ouverture des deux centres a transformé la vie de tout le monde* » (Entretien 18). Cependant, le dispositif mérite d'être développé, ou en tout cas amélioré, car il présente encore des dysfonctionnements : « *je m'interroge sur le soin : les LHSS nous demande de fournir les médicaments et tout ce dont ils ont besoin pour soigner les personnes* » (Entretien 18). Cet avis est partagé par différents acteurs : « *les LHSS, le problème, c'est que les usagers ne peuvent pas consommer* » (Entretien 1). Ces dysfonctionnements peuvent aussi obliger les chefs de service à prendre le parti soit de renvoyer des personnes à la rue, soit de les garder au sein de la structure alors qu'elles n'ont plus besoin de soins : « *quand je vois le manque de place dont on aurait besoin sur des sorties*

de dispositif, je me dis que l'état se positionne pas suffisamment sur ces problématiques-là » (Entretien 16). L'accompagnement se fait donc au cas par cas, avec une focale particulière sur les demandes, les aspirations et les attentes de chaque personne. Un parti pris du LHSS peut être de privilégier des durées de séjour plus longues que ce que prévoient les textes, afin d'effectuer des sorties vers des structures viables dans le temps, et de pouvoir proposer aux personnes un projet à long terme, plutôt qu'une remise à la rue ou un hébergement 115 : *« on préfère garder les personnes plus longtemps, et travailler réellement les orientations. Alors oui, ça fait peu de turnover, mais au moins, les personnes qui sortent de chez nous ne reviennent pas des mois après »* (Entretien 15). Si le point positif est la réinsertion effective des personnes, un effet pervers est le fait que la structure dispose en conséquence de peu de places, car celles qui sont occupées se libèrent difficilement : *« on fait quelques orientations vers les lits d'accueil médicalisés, ou les appartements de coordination thérapeutiques, mais ce sont souvent des procédures assez longues »* (Entretien 15). La position est défendable, mais elle interroge les partenaires orienteurs, qui ont du mal à obtenir des places : *« il y a aussi un travail à faire sur la sortie : pourquoi on garde deux ans des gens qui n'ont plus besoin de soins ? »* (Entretien 18). Au final, la décision revient aux chefs de service, qui peuvent tout aussi bien décider de remettre des personnes à la rue pour que le turnover fonctionne : *« nous on met des personnes à la rue quand elles ne relèvent plus des LHSS »* (Entretien 16). Cette position est également défendable dans la mesure où elle permet de soigner plus de personnes, mais elle pose aussi question : combien de temps les personnes reçues resteront-elles en bonne santé ? Nous avons pu voir que la rue était un terrain propice au développement de plusieurs maladies, à plus forte raison encore lorsque les personnes sont déjà vulnérables. Les LHSS sont donc un dispositif qui a une vraie portée, mais aussi des travers, dans lesquels les deux départements peuvent tomber. Pour résumer, on peut donc souligner que c'est le manque de place qui crée cette situation inconfortable où les agents de terrain sont forcés de choisir entre la peste et le choléra : *« il n'y a pas assez de place, ce qui crée des critères d'admission de plus en plus rigoureux »* (Entretien 18).

Un autre aspect important est que les LHSS ne prennent pas en compte les addictions des personnes accueillies : *« la difficulté pour les personnes malades à la rue, c'est qu'il est interdit de boire dans les structures de soins. En d'autres termes, on leur interdit les soins »* (Entretien 1). L'addiction à l'alcool, qui est avec le tabac la plus développée chez le public à la rue, n'est pas vraiment traitée au sein des deux LHSS du département : *« Il faudrait peut-être des lieux qui accueillent les gens qui ont besoin de boire. »* (Entretien 1). Il paraît difficile de

défendre auprès de financeurs l'idée d'un lieu de soin où l'alcool ferait partie intégrante du processus thérapeutique, mais celle d'un lieu plus adapté aux personnes qui souffrent d'addictions semble plus défendable : « *ici, on essaie de faire en sorte avec eux qu'ils maîtrisent leur alcool, avec un repas et du vin à table, une bière à quatre heures, ce genre de choses* » (Entretien 1). L'un des deux LHSS a tenté d'aménager une marge de manœuvre de ce genre, en tolérant implicitement que les personnes rentrent sur le site en état d'ébriété, mais en interdisant l'alcool. Même si on ne peut que saluer cet effort, la question est repoussée hors des murs du LHSS, alors qu'un travail pourrait être engagé avec les personnes accueillies : « *ils sont demandeurs pour maîtriser leur consommation. Là où ça dérape, c'est le jour où on ne fait rien* » (Entretien 1). Pour résumer, la seconde principale critique qu'on pourrait formuler à l'égard de ces structures est leur manque de souplesse face à cette problématique pourtant caractéristique au public qu'elles accueillent : « *sur un lieu de soin, tu peux mettre des règles un peu plus contraignantes pour eux, mais les mettre au régime sec, c'est impossible* » (Entretien 1).

REGARD GLOBAL SUR LES DISPOSITIFS

Après avoir analysé chacun des trois principaux dispositifs d'accès aux soins, il est nécessaire de prendre un peu de hauteur, à travers une analyse plus globale et contextuelle. Les entretiens permettent de pointer que les dispositifs ont besoin d'une coordination générale par le financeur commun qu'est l'ARS : « *La délégation de Seine Saint Denis de l'ARS, je n'arrive pas à savoir quelles sont leurs missions. Ils participent de l'illisibilité globale en ne coordonnant pas l'action des différents outils.* » (Entretien 20). En d'autres termes, les outils mis actuellement en place sur le département sont pertinents, mais encore insuffisamment développés, et pas toujours correctement coordonnés : « *les PASS manquent dans certains hôpitaux. Ou parfois, elles n'ont pas beaucoup de moyens* ». Cela s'explique notamment par l'organisation même de l'Agence Régionale de Santé, qui est transversale : « *Difficile de vous dire qui s'occupe de quoi, c'est beaucoup plus simple d'avoir une organisation transversale* » (Entretien 4). Cette organisation disperse les questions de la grande exclusion au sein des différents services, ce qui fait que les acteurs de terrain ne comprennent pas toujours pourquoi un dispositif qui fonctionne bien est sous doté « *c'est un dispositif qui fonctionne et qui doit être valorisé* » (Entretien 12).

Comme explication possible, on peut retenir comme piste principale le fait que la santé des

grands exclus n'est pas une priorité des pouvoirs publics : « *sans faire de politique, on est sous aidés* » (Entretien 19). Ce parti pris est incarné par l'organisation de ses services, puisqu'il n'existe pas de pôle dédié aux question de précarité : « *La question de la précarité est assez dispersée entre les pôles, à la fois au niveau du siège et des délégations territoriales* » (Entretien 4). Cette dispersion du rôle de coordination au sein des différents services se retrouve sur le terrain, où les professionnels rencontrent de nombreuses situations qui mettent à mal la mission de service public d'accès aux soins pour tous dont l'état doit s'acquitter : « *la santé à deux vitesses, c'est le grand scandale. Elle n'existe pas l'égalité des soins* » (Entretien 19).

« ça veut rien dire de prendre des médicaments dans la rue. Si tu es malade, il faut aller à l'hôpital et être soigné à l'hôpital »
« ils me disent : soit vous sortez, soit j'appelle la police. Je leur dit que je n'ai pas vu le médecin, ils me disent : vous sortez où j'appelle la police »
« va savoir pourquoi ils veulent me faire sortir ! Tu as la carte vitale, la CMU. Ils peuvent même demander à ta fille ou à ton fils de payer, mais non, ils te foutent dehors »
Monsieur I

4.6. Le lien entre travailleurs sociaux et grands exclus comme outil principal d'accès aux soins

Le manque de coordination des pouvoirs publics se traduit donc sur le plan pratique par des situations complexes et inconfortables pour les acteurs de terrain. Cela dit, les dispositifs ne peuvent porter seuls les échecs de certaines prises en charge. Les spécificités que présente le public à la rue en sont aussi partiellement responsables : « *les emmener sur les PASS, les hôpitaux, c'est très compliqué sur les grands exclus* » (Entretien 1). L'expression d'accès aux soins peut donc prendre un sens plus large que la dimension simplement physique à laquelle on adosse spontanément l'expression. Accéder aux soins implique premièrement d'accepter le soin, et c'est là le premier obstacle que rencontrent les travailleurs sociaux avec le public à la rue. Pour amener les grands exclus à accepter d'être soignés, il existe plusieurs leviers, mais tous passent par un élément déterminant qui est le lien créé avec les personne : « *pour emmener les gens vers le soin, ça se passe vraiment au niveau du relationnel, n'importe quel collègue te le dira* » (Entretien 21). Si l'avis des travailleurs sociaux semble unanime, il faut

aussi souligner qu'il est partagé par les professionnels du milieu médical et paramédical vers lesquels le public est orienté : *« on essaie en général de profiter de l'accroche qui existe avec le travailleur social qui nous appellent »* (Entretien 13).

LA QUESTION DE LA COERCITION

Un des leviers en question est très bien exprimé une expression antithétique tirée des entretiens : *« un mec qui avait le pied pourri, il a accepté qu'on l'emmène de force. Ensuite, il s'est sauvé deux trois jours, puis on a dû l'amener tous les matins pour des soins »* (Entretien 1). Quelqu'un qui accepte d'être emmené de force, c'est une personne qui accepte avant tout. L'expression est d'autant plus parlante qu'elle fait écho en chacun : personne ne se rend chez le dentiste pour se faire arracher une dent avec plaisir, mais tout le monde sait qu'il doit s'y obliger. La seule différence avec les grands exclus est qu'ils ont plus de difficultés à s'y obliger eux-mêmes.

« il faut les forcer : leur attacher les mains, ou les forcer avec la police, puis les mettre dans un hôpital pour les soigner »

Monsieur D

Toute la difficulté consiste à savoir à partir de quel moment les acteurs de terrains peuvent devenir coercitifs, et jusqu'à quel point : *« on ne peut pas obliger les personnes, mais ça pose une vraie question : à quel moment la situation n'est plus acceptable pour que le choix de la personne puisse ne pas être pris en compte ? »* (Entretien 11).

« moi, ça me fait mal au cœur de le voir parfois. Il faut les obliger à aller à l'hôpital, et les attacher ! Il faut les obliger ! C'est pour eux, dans leur intérêt. Vous devez décider pour eux »

Monsieur DB

Cette question est d'autant plus pertinente qu'elle est renforcée par le fait que les services dédiés à la grande exclusion comme le Samusocial 93 sont au quotidien au contact de telles situations : *« le souci au Samusocial, c'est qu'on a tendance à s'habituer à l'intolérable, à se dire qu'on a pas notre mot à dire si les personnes vivent bien leur situation »* (Entretien 11).

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Le second levier qu'ont permis d'identifier les entretiens est ce qu'on pourrait appeler le lien pédagogique. L'expression porte une forme d'éducation thérapeutique, qui consiste à faire prendre conscience de son corps et de ses problèmes de santé la personne concernée : *« on peut commencer par les amener au moins vers le dépistage parce qu'il nous font confiance »* (Entretien 8). Un test de dépistage est par exemple une première étape pour faire prendre conscience à la personne, soit qu'elle risque d'être infectée par des comportements à risque, soit qu'elle l'est et qu'elle doit se soigner et se comporter en conséquence. Ici encore, c'est sur la relation avec le travailleur social que tout repose : *« si il y a un lien, la personne va plus facilement accepter ce qu'on lui propose »* (Entretien 1). Ce travail d'éducation thérapeutique comporte un aspect éminemment humain, dans la mesure où les valeurs d'éducation thérapeutique à transmettre doivent avoir préalablement été intériorisées par le travailleur social. C'est pourquoi cette notion implique non seulement un bon relationnel avec le public mais aussi une culture en santé suffisante chez les travailleurs sociaux : *« je pense que les travailleurs sont sensibilisés, mais les questions de santé arrivent souvent après le logement et l'emploi »* (Entretien 12).

L'URGENCE

Enfin, le troisième levier est l'urgence : *« aller vers le soin, c'est propre à chacun, mais il y a aussi différents paramètres : une urgence, c'est toujours un bon levier »* (Entretien 12).

« j'ai eu d'autres problèmes : plusieurs fois, des crises d'hypoglycémie. Je ne mange pas le matin »

« parfois, quand je suis en manque d'alcool, les gens m'amènent à l'hôpital où je reste trois jours sous traitement, puis je reviens à la rue, et je recommence »

Monsieur DB

Quand une personne se trouve en grande difficulté sur le plan de la santé, le lien tissé avec un travailleur social peut permettre d'éviter le pire. En profitant de la confiance de la personne, il va pouvoir introduire la notion de soin de sorte à ce qu'elle accepte, adapter son discours en fonction de ce qu'il sait de son interlocuteur pour le convaincre : *« c'est vraiment dans le*

relationnel que tout se joue » (Entretien 21).

À travers ces différents leviers, tous les acteurs de terrain misent sur la même stratégie pour amener les grands exclus à accepter de se faire soigner : *« c'est surtout le lien que la personne entretient avec nous qui va l'amener vers le soin » (Entretien 8).* C'est pourquoi il faut insister sur l'importance du relationnel dans le travail effectué auprès des personnes à la rue, et ce quel que soit le poste occupé : *« que tu sois animateur, éducateur, psychothérapeute ou gardien, le boulot, c'est d'être en bas avec les mecs » (Entretien 1).* Ce lien qui existe entre travailleurs sociaux est particulièrement précieux, et constitue une ressource qui n'est pas négligeable, bien qu'elle ne soit jamais formalisée comme peuvent l'être les différents dispositifs dont nous avons détaillé le fonctionnement dans la partie précédente. Le fait de travailler avec des outils d'ordre humain implique de porter une attention particulière à l'aspect relationnel, et de préserver au maximum cette notion : *« je trouve bizarre qu'on ait des uniformes. Quand on travaille dans la relation avec les gens, il y a des choses de notre personnalité qui ressortent. Mais quand on a un uniforme, on est tous pareils, mais il manque cette humanité » (Entretien 21).* Quoiqu'il en soit, les leviers que permettent de solliciter ces outils d'ordre humains sont multiples, et c'est ce qui donne aussi de la portée et de l'espoir au travail engagé avec des personnes qui n'en ont parfois plus : *« ça peut être l'urgence, ou la conscience de la gravité de la pathologie » (Entretien 8).* Enfin, il faut souligner que ce travail n'est possible que grâce à la sensibilité des travailleurs sociaux aux questions de santé. En conséquence, il faut veiller à l'investissement de tous les acteurs de terrains non médicaux sur l'aspect médical : *« il ne faut pas créer des consultations au sein même des structures, pour que les travailleurs sociaux en se désengagent pas de ces questions qui sont aussi constitutives de leur travail » (Entretien 12).*

4.7. La nécessité des partenariats et des orientations vers les dispositifs de droit commun

L'IMPORTANCE DES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

Cet engagement des acteurs de terrain est notamment conditionné par les différents partenariats, dans la mesure où ces derniers permettent de prendre connaissance des problématiques auxquelles sont confrontés les professionnels du monde médical et paramédical, et d'y être sensibilisé. Le travail en réseau semble d'autant plus indispensable que le public est parfois itinérant, et présente plusieurs problématiques : *« dans notre mode de*

fonctionnement, les partenariats sont essentiels, pour savoir les possibilités de prise en charge, les structures concernées ou les orientations les plus adaptées » (Entretien 17). Un exemple qui revient souvent est celui d'une personne polypathologique, qui présente des troubles mentaux et des addictions, vivant à la rue et nécessitant des soins. Dans ce contexte, les différentes structures peuvent chacune trouver un prétexte pour ne pas accueillir cette personne, ou alors choisir de travailler avec d'autres dispositifs en soutien. Bien entendu, c'est cette seconde solution qui est dans l'intérêt du public, mais elle nécessite un excellent réseau partenarial. Au sein de certaines associations ou structures, le travail en réseau fait partie de la culture des salariés : *« Dans la réduction des risques, on ne peut pas travailler seuls, c'est impossible. On s'appuie sur un réseau de partenaires qui est en place depuis très longtemps. »* (Entretien 9). Cela dit, ce n'est pas le cas partout : *« toutes les personnes que nous voyons ne sont pas ensuite orientées vers un CMP. Elles n'ont pas toutes besoin de voir quelqu'un »* (Entretien 14). Quoiqu'il en soit, les ressources institutionnelles, et notamment les services de municipalités reviennent fréquemment comme des interlocuteurs privilégiés : *« on essaie aussi de bosser avec les coordinations des ateliers santé ville »* (Entretien 17). Le but de ces partenariats est d'orienter les personnes vers les dispositifs de droit commun : *« on les oriente vers les CCAS quand ils font leur taf pour l'accès aux droits, vers les PASS, les CMS »* (Entretien 10). Les personnes en situation de grande exclusion ou vivant à la rue sont souvent dans des situations psychosociales complexes, et ne sont pas toujours en situation régulière au regard de loi.

*« l'avenir ? Pour le moment je cherche à avoir des papiers »
« quand j'aurais des papiers, la vie, ça sera plus simple.*

Monsieur K

C'est pourquoi les orienter vers des dispositifs de droit commun est un effort commun de tous les acteurs qui ne dépendent pas des services de l'état : cela permet de régulariser leur situation, et de leur permettre de bénéficier d'un certain nombre d'aides : *« il y a un gros travail de partenariat avec les mairies, les CMS, les CMP »* (Entretien 8). Grâce à ces partenariats, des délais d'instruction de dossiers d'AME peuvent se trouver considérablement réduits : *« On a des délais d'instructions de dix jours au lieu de plusieurs mois auprès de la CPAM »* (Entretien 6). On peut également citer à titre d'exemple le contrat local de santé mentale de la ville d'Aubervilliers qui est en place depuis 2006. Le travail consiste à réunir les principaux acteurs de santé mentale, notamment à travers les RESAD dont l'objectif est de

répondre aux situations psychosociales complexes, même si il y en a peu qui concernent les grands exclus : « *Il y a un groupe de travail sur les gens en situation de précarité, mais peu de public à la rue.* » (Entretien 6). De tels dispositifs sont de précieuses ressources, et montrent l'importance de développer un réseau partenarial. Cela dit, ces collaborations ne fonctionnent pas à sens unique : « *beaucoup de personnes qui viennent nous voir viennent de CMP* » (Entretien 8). Le fait que les services des villes et de l'état connaissent également le maillage associatif leur permet à eux aussi de proposer des prises en charge de meilleure qualité : « *on est sur des missions d'accès aux soins et d'accès aux droits. L'idée, c'est, avec le projet de soin, de pouvoir trouver le projet de sortie le plus approprié à la personne* » (Entretien 18).

LA NÉCESSITÉ DE TRAVAILLER EN RÉSEAU

Un exemple qui incarne bien cette dynamique d'entraide mutuelle est le recours aux EMPP, souvent sollicitée en appui. Elles ont une expertise particulière et le lien qu'elles ont pu développer avec les personnes à la rue peut s'avérer précieux pour enclencher ou poursuivre des démarches sociales : « *on bosse bien avec les EMPP, ceux du département en tout cas* » (Entretien 15). Ainsi, en acceptant de prêter leur expertise à une structure partenaire, les EMPP savent dans quelles conditions elles peuvent en retour orienter du public au sein de ladite structure : « *on peut les appeler en soutien sur certaines situations, mais ce sont aussi parfois eux qui nous orientent des personnes, et qui maintiennent parfois le lien lors de tout le parcours de la personne, avant, pendant, et après son passage chez nous* » (Entretien 15). L'idée n'est pas tant de se rendre mutuellement des services, mais de travailler en collaboration au service des personnes suivies. C'est en formalisant des partenariats qu'il devient possible de savoir vers qui, à partir de quel moment et selon quelles modalités passer le relais : « *moi, tout ce qui ne me semble pas de mon ressort, ni de ma formation, j'oriente vers des services plus appropriés* » (Entretien 21). Le développement du réseau partenarial consiste donc à se mettre d'accord avec un maximum d'acteurs sur les domaines de compétence de chacun et sur leurs limites, de manière à être en capacité de proposer des prises en charge adaptée, et cohérentes au regard des profils des personnes suivies : « *on assure des suivis uniquement sur des pathologies chroniques. Sinon, on passe le relais* » (Entretien 18). L'exemple des EMPP montre que cette logique doit être dynamique, et surtout bilatérale : « *l'idée, c'est qu'on est un sas à double sens : on utilise à la fois les EMPP pour amener les gens vers le soin somatique, mais ça marche aussi dans l'autre sens : des gens*

viennent nous voir pour un problème somatique et on oriente ensuite vers les EMPP car les gens ont besoin de soins » (Entretien 7). Cela implique donc un engagement de la part des deux structures partenaires, qui peut être matérialisé par des protocoles de partenariats, signés par les représentants des deux structures. L'importance de cette forme de collaboration avec les services publics peut aussi jouer un rôle de plaidoyer. Après avoir identifié ce besoin, une association a mis en place une permanence d'interprètes au sein d'un hôpital : *« on a pas mal de liens avec l'hôpital Delafontaine : il y a cinq ans, on avait mis en place une permanence de nos interprètes bénévoles au sein de l'hôpital »* (Entretien 17). Cette initiative s'est révélée tellement bénéfique pour les usagers comme pour les professionnels que la direction de l'hôpital a finalement choisi d'institutionnaliser cette permanence à travers une création de poste. Même si cet exemple est encore anecdotique, il plaide lui aussi en faveur du développement partenarial.

4.8. Le rôle de coordination des services de l'état

Si le travail en réseau semble aussi précieux en Seine-Saint-Denis, c'est parce que les différents acteurs opérationnels sont principalement associatifs. En tant que tels, ils ne bénéficient pas d'une réelle coordination dans leurs différentes actions, de sorte qu'ils ne connaîtront pas les différentes ressources du département sur lesquelles ils peuvent s'appuyer si ils ne font pas eux-même l'effort de les chercher. Les principales institutions à qui incombe ce rôle de coordination sont l'ARS sur le versant médical et la DRIHL sur le social : *« depuis que la DRIHL et l'ARS sont en place, ils se renvoient la balle. C'est un conflit institutionnel qui fait qu'il n'y a pas de coordination réelle sur le département »* (Entretien 15). Pourtant, les professionnels interrogés sont nombreux à pointer que le fait que les deux institutions n'assument pas cette mission, notamment sur le plan de la santé : *« la délégation de Seine Saint Denis de l'ARS, je n'arrive pas à savoir quelles sont leurs missions. Ils participent de l'illisibilité globale en ne coordonnant pas l'action des différents outils. »*. Les professionnels de l'ARS reconnaissent que leur rôle de coordination est assez complexe à assumer, notamment parce qu'ils ne disposent pas toujours des données qui permettraient de le faire : *« On a à peu près deux tiers des PASS qui n'ont pas de rapport d'activité. On a quelques infos sur qui travaille, la file active, les services accessibles à travers des enquêtes coordonnées par l'ARS. C'est une vision photo, mais qui est un peu floue. »* (Entretien 4). C'est sur de tels constats que se basent certains acteurs pour reprocher aux services de l'état de ne pas suffisamment se saisir des problématiques propres à la grande précarité : *« l'état, c'est une*

absence de culture du pilotage, absence de culture de l'évaluation » (Entretien 20). Ces critiques ne sont pas uniquement incantatoires : elles visent à attirer l'attention de ces services, afin de les mobiliser sur des questions de terrain : *« le cloisonnement entre le médical et le social fait que les décisions prises sont technocratiques et complètement éloignées de la réalité »* (Entretien 15).

« l'état, il fait rien pour les pauvres cons comme moi. Pourtant, y'en a pleins. Sur les bords du canal, il y en a une centaine. »

Monsieur C

Le but des acteurs de terrain est de faire remonter à ces instances décisionnaires les données de terrain dont elles ne disposent manifestement pas : *« L'ARS nous dit qu'ils sont bien dotés pour l'organisation de la PASS de l'hôpital Ballanger, alors qu'il n'y en a pas ! »* (Entretien 20). Pour le dire autrement, l'ARS se base sur des considérations théoriques, à travers des budgets dédiés ou des protocoles de fonctionnement, alors que la réalité est plus complexe : *« En Seine Saint Denis, il y a une prise en charge, soit très affichée avec une budget spécifique, soit c'est intégré à la file active. »* (Entretien 4). Si on se fie à ce témoignage, les modes de fonctionnement de chaque structure sont bien définis, soit avec un financement dédié, soit une dotation globale ou une enveloppe MIGAC qui permet d'inclure à la file active la prise en charge des grands exclus. Dans les faits, l'utilisation des financements n'est pas vraiment contrôlée, de sorte que que tutelles ne savent pas réellement comment ils ont été utilisés : *« les structures, ils utilisent parfois leurs financements d'une manière un peu obscure : parfois, ça sert à combler des trous ou à d'autres projets »*. Dans ce contexte, l'ARS ne peut financer les établissements en fonction de leur activité, puisqu'elle dispose de données incomplètes ou obscures sur ces derniers. Un des exemples le plus probant est celui du dispositif PASS de l'hôpital Delafontaine, qui dispose des mêmes ressources depuis son ouverture et aujourd'hui, sans pour autant bénéficier de ressources supplémentaires : *« en cinq ans, on est passé de 500 bons PASS à 8700 bons PASS avec 0 % d'augmentation du budget donné par l'ARS »* (Entretien 5). Cette logique pousse à s'interroger sur les capacités de pilotage de l'ARS, puisque les dotations ne permettent pas d'assurer les missions correspondantes aux financements : *« les PASS par exemple, c'est un dispositif de l'état qui marche, mais c'est complètement insuffisant. Avec 8000 passages à Delafontaine, on ne peut pas engager de vrais suivis »* (Entretien 15). L'une des explications donnée à cet état de fait tient selon certains professionnels au fait que l'ARS est dans une logique de restriction

budgétaire, ce qui oblige les salariés de l'agence à fermer les yeux sur certaines pratiques : « *L'ARS est sans doute consciente des problématiques santé et exclusion, mais ils ne sont pas sur le registre de la coordination. Ils ne sont pas exigeants avec nous car ils ne veulent pas financer un poste* » (Entretien 20). Certaines institutions néanmoins font partie de comités de pilotages, et participent à la mise en pratique des directives qui sont données par l'ARS : « *On travaille beaucoup avec l'ARS, la DRIHL et le Conseil Général pour monter des projets et demander des subventions* ». (Entretien 9). Ces quelques exemples, relativement rares, montrent qu'il existe malgré tout une volonté de coordonner les dispositifs de la part de la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis de l'ARS. L'exemple des réunions qui rassemblent les différents EMPP du département et d'autres acteurs de la précarité prouve également que ce rôle de coordination ne consiste pas nécessairement à s'investir financièrement, mais plutôt sur le plan de l'animation de réseau. Ce dernier constat permet de rester relativement optimiste quant à la position des services de l'état, et d'espérer que cette implication ne se limitera pas au seul secteur de la santé mentale : « *Je ne dirais pas que l'état se désengage. On a quand même des ressources* » (Entretien 9).

LES ASSOCIATIONS COMME INSTRUMENTS DE L'ACTION PUBLIQUE

Même en favorisant cette vision optimiste, l'articulation entre le rôle des pouvoirs publics et celui des acteurs de terrain reste éminemment problématique : « *heureusement que les associations existent, sinon la France serait en 1900 avec des types dans le caniveau* » (Entretien 3). Même si le maillage institutionnel semble bien défini, il semble effectivement que la problématique de la grande exclusion soit majoritairement traitée par des acteurs associatifs : « *ils nous financent car on propose des soins à une population qu'ils ne pourraient pas prendre en charge sans nous, et beaucoup moins cher qu'une administration* » (Entretien 10). Cette situation pousse à se demander si il appartient aux acteurs associatifs de se saisir des missions de service public qui devraient être assumées par l'état ? La majorité s'accordent à dire que l'état ne remplit pas ces missions de service public qui lui incombent et que les questions de grande exclusion et de précarité sont devenues quasi exclusivement le champ de compétences des associations : « *heureusement, il y a une forte identité associative et militante dans le 93, et une bonne connaissance des publics, qui fait que ça fonctionne, mais c'est surtout grâce aux volontés individuelles* » (Entretien 15).

« *à part vous et les restos du cœur, je ne vois pas personne qui*

vient pour m'aider. J'ai vu une assistante sociale une fois. Bof.

Ça m'a pas apporté grand chose. »

Monsieur CB

Le point positif est donc l'expertise qu'apportent ces associations : *« C'est très bien que l'état nous laisse faire. »* (Entretien 2). Leur connaissance du public permet aux services de l'état de confier à leur expertise ces questions, ce qui est parfois vécu par les différents acteurs comme un désengagement : *« l'associatif, c'est génial, mais l'état se déverse complètement dessus, sous prétexte de leur donner quelques subventions »* (Entretien 18). Ce transfert de compétences peut être analysé par deux angles distincts.

Le premier est celui de l'état, et des services qui l'incarnent, comme l'ARS par exemple. L'agence, qui ne dispose pas d'une expertise de terrain assume le fait de confier à des associations plus qualifiées des missions propres à la grande précarité : *« Proses existe parce que la DASS a souhaité que cette action soit confiées à d'autres. »* (Entretien 4). Pour l'agence, comme dans d'autres secteurs où l'état a des missions de service public, il est tout à fait normal de confier le travail de terrain à ceux qui disposent de l'expertise nécessaire : *« Ces associations vivent grâce aux financements de l'agence, comme dans la culture. »* (Entretien 4). Ce que vise l'ARS à travers le recours aux associations, c'est de traiter la problématique d'accès aux soins de la manière la plus adaptée possible, sachant pertinemment que les référentiels des acteurs de terrain ne sont pas les siens : *« le problème de l'état, c'est qu'il travaille avec des chiffres, et que nous, on travaille avec des hommes »* (Entretien 1). C'est cette nuance référentielle qui fait que l'état a davantage cherché à développer un engagement financier à travers le soutien des associations, et non des structures qui dépendraient de ses services. Il y a dans cette approche une lucidité et un pragmatisme qui peut laisser perplexe, car les services de l'état assument cette différence de référentiel : *« Ils ont un regard parfois très militants, qui peut être utile, face au champ institutionnel, qui a aussi ses limites. »* (Entretien 4). En se déchargeant sur le volet pratique, le risque est que l'ARS n'assume pas non plus son rôle de coordination qui lui incombe, et s'appuie trop sur l'expertise des associations locales : *« l'accès aux soins pour tous, c'est une mission de service public, et c'est à l'état de l'assumer »* (Entretien 15). Les services de l'état instrumentalisent l'action des associations pour traiter les problématiques qu'ils ne savent pas résoudre : *« Comme les pouvoirs publics sont un peu paumés dans tout ça, ils financent facilement des expérimentations. »* (Entretien 2). Cela pose la question de la position des associations :

doivent-elles intervenir pour pallier aux problématiques sociales dont l'état ne se saisit pas ? Si la réponse est positive, le risque est que les services publics se reposent sur l'action des associations et se désengagent totalement de ces questions : *« je suis opposée aux restos du cœur. Bien sûr qu'il y a une nécessité, mais ça arrange bien le gouvernement »* (Entretien 18). Cette instrumentalisation est aussi politique : *« aujourd'hui, la DRIHL veut qu'on cache la misère, les morts à la rue »* (Entretien 1). Déléguer la gestion de la grande précarité aux associations permet également aux acteurs étatiques de justifier d'un réel engagement, à travers des financements, sans pour autant porter la responsabilité des dysfonctionnements des programmes d'intervention. Car si les associations sont qualifiées sur ces questions, des dérapages restent possibles : *« avec un discours très militants, les assos peuvent tenir un discours tout à fait discriminant. Les ACT peuvent par exemple refuser un mec qui a un cancer parce qu'ils ont l'habitude de recevoir des patients atteints de VIH »* (Entretien 5). Dans ce contexte, on peut comprendre que certains acteurs soient critiques face à cette manière de gérer la précarité : *« j'irai même plus loin : je suis contre les associations. C'est à l'état de gérer les problématiques de la grande exclusion »* (Entretien 15). Non seulement les associations portent seules la responsabilité des erreurs possibles, mais leur expertise peut s'avérer toute relative à travers des excès de militantisme ou une volonté politique : *« Les associations ont effectivement une position paradoxale. »* (Entretien 7).

Cette position qui peut sembler paradoxale amène un deuxième angle d'analyse possible, celui des associations. Pour illustrer leur position, on peut s'appuyer sur le principal nouveau mode de financement dont elles bénéficient : les appels à projet. Ce nouveau moyen de financer les associations est révélateur du changement qui s'est opéré ces dernières décennies : *« avant, le système associatif, c'était des personnes qui identifiaient un besoin, montaient un projet et demandaient des financements. Aujourd'hui, tout est régulé par l'état avec des appels à projet qui mettent en concurrence les associations. »* (Entretien 11). Ce procédé est le moyen de se dégager des problématiques les plus délicates : *« on envoie les associations sur les terrains des exclus »* (Entretien 18). Dans ce contexte, le rôle même des associations se trouve transformé : *« Une association qui autrefois était militante est aujourd'hui en recherche de financement pour ne pas disparaître »* (Entretien 11). La professionnalisation de l'action associative notamment prouve que cette expertise associative est en expansion : *« je pense que l'état se sert des associations, mais pas que dans la précarité. D'où la professionnalisation des associations. Il y a trente ans, c'était uniquement des bénévoles »* (Entretien 18). Le fait que les associations embauchent de plus en plus de salariés témoigne

du fait que le public des grands exclus exige des personnels qualifiés et formés sur ces questions, ce qui ne peut être le cas de bénévoles. En conséquence, les structures associatives doivent embaucher des personnes qui ont les compétences pour travailler avec ce public. Ces agents associatifs correspondent à des financements moins lourds que si l'état investissait directement dans des structures et s'en appropriait la gestion. Même si leur identité reste non gouvernementale, ces agents agissent dans l'intérêt des pouvoirs publics : *« on est là pour répondre à un besoin qui n'est pas couvert, mais en aucun cas des agents de l'état »* (Entretien 10). Une autre manière d'aborder la question consisterait à dire que c'est l'état des personnes à la rue importe, et que participer à cette organisation est le seul moyen de leur venir en aide, qu'il s'agit d'une démarche pragmatique : *« le but n'est pas de rendre service à l'état, mais d'aider les gens à la rue »* (Entretien 3). Cependant, le fait est que ce système permet aux services de l'état de rester relativement loin de ces problématiques, et de continuer à les aborder avec leur propre référentiel, souvent bien éloigné de la réalité du terrain : *« Il y a une volonté avec le PRAPS d'aller vers les personnes en situation de précarité, mais ça a toujours été une volonté de l'état de confier ce travail à des opérateurs associatifs. »* (Entretien 6). Cela dit, il s'agit d'un système installé depuis de nombreuses années, et avec lequel les différents acteurs ont pris l'habitude de travailler : *« quand Coluche a mis ça en place, j'ai pensé qu'on mettait un doigt dans un engrenage dont on ne se sortira pas »* (Entretien 18). À l'ARS, cette position semble tout à fait logique et défendable : *« C'est une autre forme d'exercice et d'engagement. »* (Entretien 4). Ce point de vue est effectivement recevable, dans la mesure où les associations à qui sont confiées les missions de service public ont une position claire et surtout indépendante : *« on est des partenaires, pas des opérateurs, et on hésite pas à rappeler l'ARS à ses obligations »* (Entretien 10). Cependant, toutes ne parviennent pas à s'affirmer autant face aux pouvoirs publics, et préfèrent se concentrer sur leur action de terrain plutôt que de s'engager dans un bras de fer qui pourrait aboutir à une dissolution de l'association : *« au niveau des assos, chacun travaille dans son coin, et on continue à aider l'état à cacher ça »* (Entretien 1). En effet, et c'est là un des principaux dangers des appels à projet, les pouvoirs publics peuvent à tout moment choisir de retirer des financements à une structure et de les attribuer à d'autres. Certains acteurs ne sont pas inquiétés par ce mode de fonctionnement car ils sont seuls à disposer de l'expertise sur le sujet. Ainsi, ils gardent un pouvoir décisionnel et peuvent réellement négocier avec les services de l'état, car ils sont indispensables : *« toute la tension consiste à faire les choses sans prendre la place des dispositifs de l'état : si la file active grossit trop, on n'ouvrira pas de nouvelles places, on dira à l'ARS d'adapter ses dispositifs »* (Entretien 10). En sus, les

associations peuvent veiller à ce que les financements de l'état ne soient pas majoritaires, afin de garder leur indépendance. Cette position est certainement la plus saine et la plus confortable, dans la mesure où elle vise toujours la réinsertion vers les dispositifs de droit commun, afin d'obliger les pouvoirs publics à se réinvestir de ces problématiques : « *notre objectif est de ne surtout rien faire pour se substituer à l'état. On essaie au contraire d'orienter vers les services de l'état* » (Entretien 10).

LE CLOISONNEMENT DU MÉDICAL ET DU SOCIAL

Cela dit, orienter vers les services de l'état n'est pas toujours aisé, dans la mesure où les secteurs sont assez cloisonnés, depuis la disparition des DASS et DRASS : « *pour la DRIHL, la santé, c'est une problématique de l'ARS, mais les gens peuvent avoir des problématiques de santé liées à la grande exclusion. C'est une zone tabou* » (Entretien 20). Comme nous avons pu le voir lors de la partie consacrée aux pathologies particulières dont souffrent les grands exclus, la problématique de la grande précarité est éminemment médicale. Pourtant, le fait que les différents services de l'état aient des domaines de compétences distincts a pour effet de travailler les questions de l'hébergement et de la santé de manière distinctes : « *Les agences sont centrées sur les questions de santé, et plus sur les questions sociales* » (Entretien 4). Cette manière d'aborder la problématique de la grande exclusion est incohérente dans la mesure où le public à la rue impose de travailler indistinctement sur l'hébergement et la santé. Pour illustrer cette idée, les exemples sont nombreux : « *Quand on a une demande en CHRS par une personne qui a le VIH, on la refuse en disant que le dispositif n'est pas adapté, alors qu'elle peut très bien être autonome dans la prise de ses médicaments et sur le plan médical.* » (Entretien 2). Ce témoignage montre que les secteurs sont cloisonnés, mais met également en perspective la volonté de se protéger de la part des structures d'hébergement. C'est ici encore un travers de l'instrumentalisation des associations et du cloisonnement : pourquoi une structure financée par la DRIHL, et donc sur un budget d'hébergement, accueillerait une personne dont le profil apparent relève d'établissement gérés par l'ARS, tels que les appartements de coordination thérapeutique ? Pour répondre à cette question, il faut également se poser celle des financements : « *il y a la question du médico-social, et de savoir qui finance qui* » (Entretien 20). Même si il semble plus pertinent d'héberger une personne autonome dans un CHU, ce ne sera pas le cas, car elle ne présente pas le profil pour lequel la DRIHL finance cet hébergement. La personne postulera donc pour être prise en charge au sein d'un ACT, mais sa demande sera également rejetée, puisqu'elle présentera un profil trop

autonome. En conséquence, cette personne se retrouvera à la rue, et prendra le risque de voir son état se dégrader, notamment parce qu'elle aura plus de difficultés pour accéder aux soins. Ce genre de situation n'est pas anecdotique et devrait motiver les différents services de l'état à adapter leur fonctionnement au public et non aux institutions : « *Le décroisement, ce serait s'adapter aux personnes rencontrées et non l'inverse.* » (Entretien 2). En effet, les conditions pour entrer en structure d'hébergement imposent aux personnes d'avoir des profils définis pour pouvoir entrer en structure d'hébergement, or c'est la multiplicité des profils qui caractérise le public des grands exclus. Les territoires, les différents services, le médical d'un côté et le social de l'autre, ont pour effet de demander aux personnes de s'adapter aux dispositifs, sans s'interroger sur la personne elle-même et ses besoins : « *pour certains professionnels, il faut que les gens rentrent directement dans des cases.* » (Entretien 2). Les deux principales institutions interpellées par les problématiques de la grande exclusion ne semblent donc pas travailler en réseau, et ce manque de communication se décline sur le terrain, à travers des conditions d'admission de plus en plus strictes, qui sont inadaptées au public et même aux objectifs théoriques de ces institutions : « *les services sont construits en tuyaux d'orgues alors qu'on affiche la volonté de raisonner en transversalité* » (Entretien 20). Les professionnels des services de l'état en sont bien conscients et reconnaissent ce cloisonnement, mais y voient davantage un élément moteur : « *D'un côté, ça faciliterait les choses d'avoir un interlocuteur unique, de l'autre, ça crée une dynamique.* » (Entretien 4). Pour les acteurs de terrain, le constat est bien différent. Pour eux, l'état, à travers les différentes institutions, n'assume pas son rôle de pilotage, de coordination, et d'évaluation : « *l'état a une réelle problématique de pilotage des politiques publiques, et un problème d'articulation des différents champs* » (Entretien 20).

LES FINANCEMENTS COMME RÉVÉLATION D'AUTRES PRIORITÉS

Cette sensation de désengagement global partagée par les différents acteurs de terrain s'appuie sur deux éléments principaux. Le premier est le manque de moyens, à travers une dotation insuffisante en place d'hébergement ou en équivalent ETP de travailleurs sociaux : « *en cinq ans, on est passé de 500 bons PASS à 8700 bons PASS avec 0 % d'augmentation du budget donné par l'ARS* » (Entretien 5). Le seconde est l'hypothèse que la grande exclusion et les questions de précarité ne sont tout simplement pas une priorité des pouvoirs publics : « *il y a beaucoup de personnes à servir en priorité, dans une logique électorale, par rapport aux sans-papiers* » (Entretien 20). Ces deux éléments sont bien entendu étroitement liés,

notamment par l'aspect budgétaire : « *Le désengagement de l'état est surtout financier. Il n'y a pas de réelle volonté de créer des dispositifs* » (Entretien 8).

Nonobstant les restrictions budgétaires, les acteurs rencontrés tombent d'accord sur la fait que les services de l'état sont globalement sensibilisés et au fait des problématiques inhérentes à la grande exclusion : « *c'est pas sur les constats où il y a un souci, mais sur la volonté politique, et sur les financements.* » (Entretien 20). Si les pouvoirs publics retiennent les cordons des bourses, il semble donc que ce soit davantage dû à une volonté politique, plutôt qu'à une méconnaissance des problématiques : « *après, on peut quand même avoir quelques critiques d'ordre plus politique : le fait que le conseil d'état ait refusé d'ouvrir une salle de shoot à Paris en est un bon exemple* » (Entretien 9). Même si cet exemple se veut plus symbolique que pertinent par sa portée nationale, il incarne bien le fait que la manière de travailler des acteurs de terrain dépend énormément de l'orientation des politiques publiques : « *les professionnels peuvent selon la volonté politique voir que ce n'est pas un public plus compliqué que ça. Ou alors, il y a un blocage complet au niveau municipal, où ils refusent de faire des domiciliation, de consulter en CMS* » (Entretien 17). Ce décalage entre la conscience politique et moyens pratiques se retrouve dans les statistiques : « *des pays de l'OCDE, la France est celle qui consacre le plus de son PIB à la grande exclusion, mais avec le ratio de réinsertion de la Roumanie* » (Entretien 20). Ces dernières montrent que les modes d'actions engagés par les pouvoirs publics ne correspondent pas aux exigences du terrain, et c'est là où intervient l'orientation politique. Il ne suffit pas d'inscrire une problématique au rang des priorités nationale et d'y dédier un financement pour que les dispositifs mis en place fonctionnent. Il faut aussi les coordonner, et adapter le fonctionnement des institutions aux besoins du terrain. C'est à ce titre qu'on peut dire que les orientations politiques sont éloignées de la problématique de la grande exclusion. Même si il existe des financements importants qui lui sont dédiés, les solutions proposées respectent une logique descendante et technocratique, au lieu de partir de la réalité du terrain : « *l'ARS et la DRIHL, je les connais pas. C'est pas trop mon affaire c'est trop haut pour moi. Ils financent des trucs, c'est tout ce que je sais* » (Entretien 21). Certains acteurs restent optimistes sur les orientations politiques nationales et parviennent à s'inscrire dans cette logique : « *il faut voir ce qui va être repris dans la loi de santé publique* » (Entretien 12). Cela dit, la majorité des acteurs de terrain est bien loin des considérations législatives : « *qu'ils viennent un peu plus sur le terrain. Les décisions, tu vois qu'elles sont prises par des gens dans les bureaux. Parfois, ça relève de la maltraitance : fermer une structure d'urgence comme Mandela, c'est mettre des gens à la rue, mais je crois*

qu'ils ne s'en rendent pas compte dans leurs bureaux ».

« il y a ici deux femmes enceintes. Il faut les protéger, les mettre dans des structures de repos pour préparer l'accouchement »

Monsieur H

Ici encore, c'est le manque de référentiel commun qui manque aux acteurs de terrain et aux institutions qui les financent : *« l'ARS cherche des indicateurs pour savoir à qui donner les crédits »* (Entretien 5). Le fait de mettre en place ces indicateurs est en soit une initiative qui mérite d'être saluée, puisqu'elle vise à faire remonter la réalité du terrain vers le pouvoir décisionnel, et donc, à sortir de cette logique descendante. Cela dit, il faut aussi que les indicateurs utilisés soient adaptés et performants. Ainsi, les dispositifs PASS par exemple révèlent de grandes inégalités de dotation : *« les budgets des PASS sont historiques : on te demande combien de temps pleins tu embauches, et pas combien de personnes tu reçois »* (Entretien 5). En utilisant ce type d'indicateur, les budgets alloués sont déconnectés de la réalité, dans la mesure où ils ne prennent pas en compte le public accueilli. Dans ce contexte, on imagine facilement que certaines PASS soient sous-dotées et que d'autres en profitent pour développer leurs spécificités : *« pas mal d'autres PASS ont compris : ils mettent tellement de critères d'inclusion que beaucoup de patients d'île de France comme les Roms préfèrent revenir chez nous, parce qu'ils savent qu'ici on leur fait la photo, etc. »* (Entretien 5). Derrière ces spécificités, il peut également y avoir une volonté politique, indépendante des acteurs de terrain, mais plutôt propre aux institutions : *« la PASS est la vitrine et le fer de lance de l'axe précarité du projet d'établissement de Ville-Evrard »* (Entretien 7).

Il semble donc établi que les pouvoirs publics aient pris le parti de privilégier d'autres problématiques à celle de la grande exclusion dans la définition de leurs priorités d'action. Pour preuve, le fait que des mesures simples et non coûteuses comme la simplification administrative, largement développée par la littérature²¹ n'aient toujours pas fait l'objet de propositions de lois : *« la simplification administrative par exemple, ça ne coûte pas cher »* (Entretien 12). Les acteurs reconnaissent volontiers que les pouvoirs publics financent comme nous l'avons vu assez largement : *« l'avantage d'être un département précaire, c'est que l'état finance malgré tout des expérimentations »* (Entretien 8). Cela dit, nous avons également pu

²¹ Archimbaud, Aline : rapport sur l'accès aux soins des plus démunis (Septembre 2013): <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000645/0000.pdf>

démontrer que ces financements étaient davantage la manifestation d'un désarroi face aux problématiques de la grande exclusion, plutôt qu'un réel parti pris politique : « *C'est un faux débat d'opposer les institutions et les associations : l'état n'a jamais autant financé le 115. La question qu'il faudrait se poser, c'est : est-ce que ce mode de fonctionnement est adapté ?* » (Entretien 5). Les financements témoignent donc de l'impuissance des pouvoirs publics à gérer ces problématiques, plutôt que de sa volonté de mettre en place des dispositifs adaptés. Nous avons d'ailleurs pu montrer que c'était justement ce désengagement de l'état qui produisait le militantisme associatif si caractéristique et précieux à la Seine-Saint-Denis : « *ça fait bien longtemps que la précarité, tout ce qui est lié à la drogue, la prostitution n'est pas à l'ordre des priorités pour le gouvernement. C'est ce qui fait qu'on est dans un milieu militant* » (Entretien 9). En d'autres termes, les institutions de l'état ont choisi de privilégier d'autres problématiques de santé publique, comme celle de la prise en charge des personnes âgées : « *il y a des problématiques qui sont bien plus soutenues par l'ARS. Une maison de retraite de 206 salariés pour 200 résidents, en Seine-Saint-Denis* » (Entretien 11). Il est effectivement complexe de hiérarchiser des priorités de santé publique. La situation inverse, à savoir des EHPAD sous-dotés, serait tout autant inacceptable, mais aurait vraisemblablement une résonance médiatique bien plus importante.

4.9. La question des dispositifs excluants et des filières dédiées

UNE QUESTION ÉTHIQUE

Alors pourquoi notre société accepte-t-elle que les dispositifs concernant la grande exclusion soient sous-dotés ? C'est une question éthique que pose la problématique de la prise en charge de la grande exclusion. Passer par le truchement des valeurs portées et promues par notre société permet de mieux comprendre pourquoi les grands exclus ne figurent pas au rang des priorités nationales : « *il y a des problématiques qui sont hiérarchiquement plus acceptables que d'autres, plus reconnues* » (Entretien 11). Le fait que des moyens si considérables soient déployés pour mettre en place des dispositifs les plus adaptés possibles aux personnes âgées ne s'explique pas uniquement par la résonance médiatique. Certes, cette problématique figure en haut de la hiérarchie des priorités des ARS, car elle concerne un nombre plus important de personnes que la grande exclusion. Cela dit, il y a bien une question de valeur qui sous-tend ce parti pris. Dans la psyché collective, les personnes âgées méritent des prises en charge spécifiques au même titre que les handicapés, car ils n'ont pas choisi leur état de dépendance.

Le handicap social est vu, lui, comme le fait de la personne alors que le handicap physique est subi. C'est pourquoi ce dernier est mieux perçu par la population et en conséquence mieux financé : « *on a pas mis les mêmes moyens sur le handicap physique que sur le Handicap social, parce qu'on dit que la handicap social vient de la personne* » (Entretien 11). L'exemple peut sembler caricatural, et même si il n'est (heureusement) pas en totale adéquation avec la réalité, il reflète plutôt bien la tendance qu'incarnent les politiques publiques, à savoir, le choix de délaissé la problématique de la grande exclusion et les valeurs de solidarité et de dignité : « *dans notre secteur, tout est politique : il y a bien des choix et des normes de valeurs qui conditionnent tout ça* » (Entretien 11).

LA SOUMISSION AUX NORMES

En conséquence, les dispositifs sont une des incarnations de ces normes. Tous les dispositifs mis en place reposent sur les mêmes normes et les mêmes valeurs : celles de la société au sein de laquelle ils se sont développés.

« la solution, c'est le travail »

Monsieur I

Le fait que les CHRS annoncent tous le même but à long terme, à savoir le retour à l'emploi, en témoigne : « *Pourquoi la valeur travail, et pas la valeur solidarité ? Qui a défini ça ?* » (Entretien 11). Ainsi, en se basant sur des normes sociales, et pas sur les besoins des personnes à la rue, le système s'inscrit dans une logique descendante, qui impose aux personnes à la rue des valeurs sur lesquelles leur réinsertion doit se baser.

« obligé, je vais retrouver du travail. Je vais faire autre chose, dans le bâtiment par exemple »

« je vais aller voir pôle emploi. J'ai fait en Mars un test pour être agent de sécurité, mais je n'écris pas assez bien français. Je vais faire une mise à niveau »

Monsieur D

De fait, ces structures, puisqu'elles ne basent pas leur fonctionnement sur les besoins des personnes, ne peuvent être adaptées aux besoins des grands exclus : « *leur demander d'arrêter*

de boire pour entrer en structure, c'est comme si on demandait aux gens de ne pas être malade pour entrer à l'hôpital » (Entretien 1). La comparaison peut sembler exagérée, mais il faut rappeler que la plupart des personnes à la rue présentent des addictions. À travers cet exemple, il est manifeste que ce sont les valeurs des valeurs normées qui servent de socle au fonctionnement des CHRS : *« même les CHRS veulent maintenant des gens gentils qui vont travailler vite : les institutions écartent les plus plus exclus »* (Entretien 5). Dans ce contexte normé, on comprend aisément que les grands exclus ne puissent trouver leur place, puisqu'ils ne répondent à aucun critère : *« le plus violent, c'est ce sentiment qu'il n'y a plus rien qui les raccroche »* (Entretien 11). De cette disqualification totale naît la grande exclusion : c'est le fait d'être inadapté à tous les dispositifs proposés par la société. Ce qui pose question aux acteurs de terrain, c'est le fait que ce soit à des individus déjà anormaux, au sens foucauldien du terme²², de s'adapter à des dispositifs qui sont un produit de la norme. L'incohérence est manifeste, dans la mesure où les dispositifs dédiés à la grande exclusion devraient par définition échapper à cette norme, dans la mesure où ils visent à accueillir uniquement des personnes qui y échappent. Les structures d'hébergement sont donc tout à fait inadaptées, car elles prennent appui sur des normes sociales, et non sur des besoins : *« les directives viennent de moins en moins du terrain. Les décisions viennent d'en haut mais ne correspondent pas à la réalité »* (Entretien 1). Par exemple, les structures rassemblent régulièrement plusieurs personnes dans la même chambre.

« je n'ai pas appelé le 115, parce que j'entends des choses mauvaises : une chambre pour 3 ou 4 personnes inconnues. On ne sait pas si elles sont malades. Il y a plusieurs maladies qui passent avec la respiration par exemple. »

Monsieur D

Parfois, les résidents dorment dans des lits superposés, et les travailleurs sociaux découvrent que celui qui dort en haut est incontinent, ou que les vols sont multiples. Avec le public à la rue, l'hébergement à plusieurs dans une chambre n'est pas une option : *« il faudrait des petites structures, où chacun dispose de sa chambre, son lieu à lui qui ferme à clefs. »* (Entretien 1). Les lieux d'accueils sont aujourd'hui encore trop loin des besoins réels des personnes, dans la

²² Foucault M., *Les anormaux, Cours au collège de France de 1975*. Seuil, collection « Hautes études, Paris, 1999.

mesure où il leur est demandé de s'adapter, au lieu de faire l'effort inverse : « *Pour certains professionnels, il faut que les gens rentrent directement dans des cases.* » (Entretien 2). Autre incohérence qui en découle ; les dispositifs eux-mêmes sont déshumanisants et contribuent à éloigner encore davantage les personnes de la société : « *il faut créer des petits lieux. Si on veut qu'ils retrouvent une image humaine, il faut créer des lieux à dimension humaine* » (Entretien 1).

Ainsi, la norme de travail préside à tout condition de réinsertion, alors même qu'il est pour certaines personnes impossible de travailler : « *le syndrome de l'exclusion, c'est la pire des pathologies dues à la rue. Pour moi, c'est une vraie maladie, un vrai handicap. C'est cette façon de se laisser aller, de perdre les notions de leur corps, du temps et de l'espace, ce qui est important et ce qui ne l'est pas.* » (Entretien 11). Comme nous l'avons vu, le handicap social est pourtant vu bien différemment du handicap physique, de sorte que les grands exclus, pour continuer à parler en termes de valeurs, seront toujours vus comme des personnes qui méritent leur situation alors qu'ils ne la contrôlent pas : « *à la rue, ils ont ce handicap d'être incapable de se réinsérer : tu leur donne un boulot, ils vont le perdre, tu leur donne un logement, ça va devenir un squat* » (Entretien 1). Un autre postulat serait d'accepter que des personnes ne peuvent être réinsérées, comme c'est le cas pour les handicapés : « *on peut comparer avec le champ du Handicap : les gens ne sont pas insérables. Pourtant, on a créé des dispositifs adaptés.* » (Entretien 11). Les dispositifs en place pourraient donc leur permettre de vivre correctement et de faire partie de la société des Hommes : *il faut reconnaître qu'on a le droit de vivre dignement même si on ne travaille pas* » (Entretien 11). Pourtant, les professionnels s'interrogent sur cette possibilité, dans la mesure où les dispositifs sont davantage des outils excluants qu'intégrateurs : « *est-ce que le public qui ne rentre pas dans ces cases a un autre avenir que la rue ?* ».

EXCLURE POUR RÉINSÉRER

Ce constat fait par ailleurs écho à l'instrumentalisation des associations. Nous avons vu que la plupart étaient désormais composées de professionnels de grande précarité, et qu'elle fonctionnait selon un mode d'appels à projets lancés par les pouvoirs publics. Ces appels à projet leurs imposent des missions définies, qui leur permettent d'assurer le bon fonctionnement des structures qu'elles gèrent : « *avant, c'était de l'accueil inconditionnel, maintenant, il faut remplir des conditions* » (Entretien 5). Les dispositifs d'aide actuels

fabriquent donc de l'exclusion, car ils se basent sur un objectif de réinsertion pour tous : « *tant qu'on aura pas accepté l'idée qu'il y a des gens qui ne sont pas insérables, on créera un système excluant* » (Entretien 11). Le phénomène de la grande exclusion est donc également du au fait que certaines personnes sont inadaptées à toutes les structures d'accueil existantes, et qu'elles ne peuvent en conséquence être prises en charge : « *plus les institutions se formalisent, plus les exclus ne rentrent plus dans les critères* » (Entretien 5). En se voyant confier des missions précises par l'état à travers des appels à projet, les associations se formalisent, deviennent institutionnelles, et produisent à leur tour de l'exclusion : « *tant qu'on créera des systèmes excluants, il y aura de l'exclusion* » (Entretien 11). Cela dit, le fonctionnement des appels à projets n'est pas nécessairement excluant ; il est possible d'imaginer un dispositif dont le but serait justement d'accueillir les personnes qui ne le seraient pas ailleurs, comme c'est le cas à la PASS de Ville-Evrard. Cela dit, cette dernière dispose d'une file active relativement réduite, et cible justement ce public, en excluant les personnes moins précaires : « *il y a toujours toujours besoin d'un dispositif ramasse miette, c'est sociologique ! Les systèmes sont au début un peu souple, puis ils deviennent excluant* » (Entretien 5). Tous les dispositifs peuvent effectivement s'offrir d'être un lieu d'accueil inconditionnel, mais ils doivent alors se préparer à faire face à une activité qui dépasse les objectifs de départ du dispositif, sans pour autant pouvoir compter sur un soutien des financeurs : « *quand je demande des moyens supplémentaires, on me demande de trouver des critères d'exclusion* » (Entretien 5). Devant ce constat, le chef de service a deux options relativement simples. La première est de définir des critères d'exclusion, afin de protéger les conditions de travail de ses employés, mais aussi de continuer à pouvoir offrir aux usagers un suivi de qualité : « *le but est de cibler une population qui cumule des problèmes de précarité et de souffrance psychique* » (Entretien 7). La seconde, est de rendre les critères d'exclusion les plus flous possibles, afin de pouvoir continuer à accueillir le public de manière inconditionnelle : « *ce qui est intéressant, c'est de travailler sur les zones d'incertitude autour du cadre défini par ton institution* ». (Entretien 5). Si le (la) chef(fe) de service ou du dispositif choisit cette option, c'est alors aux personnels de terrain de trouver des parades pour être le moins excluant possible : « *soit tu as les équipes qui permettent d'absorber les critères d'exclusion, soit tu te soumetts* » (Entretien 5). Le choix est donc en grande partie déterminé par les équipes de terrain et leur aptitude à gérer une surcharge de travail. En sus, il faut garder à l'esprit que même si une structure s'obstine à ne pas maintenir de critères d'exclusion, le dispositif lui-même s'en chargera, vu la spécificité du public à la rue. L'exemple de la PASS de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis en est une bonne incarnation. Il

y a un réel effort de la cheffe du service social pour justement accueillir de manière inconditionnelle toutes les personnes qui se présentent : *« moi, j'exclue toutes les personnes qui n'ont aucun lien avec l'hôpital Delafontaine. Implicitement, il y a un moyen de contourner cette limite, si une personne se présente aux urgences »* (Entretien 5). Néanmoins, nous avons vu que ce parti pris a eu pour effet de multiplier l'activité de la PASS par 16 en 4 ans, sans dotation en moyens supplémentaires. Il en résulte donc un dispositif inadapté aux personnes à la rue : *« le fait qu'il y ait plein de personnes, leurs regards, ça met nos usagers mal à l'aise. Couplé à l'attente, ça peut te tuer un accompagnement »* (Entretien 21). Il semble donc que malgré toute la bonne volonté des acteurs de terrain, il est impossible d'engager un vrai travail d'accueil inconditionnel, car les dispositifs ne s'y prêtent pas.

Cela dit, il existe encore des lieux ou des dispositifs qui n'entrent pas dans ce cadre excluant : *« les accueils de jour sont peut-être encore les seuls lieux d'accueil inconditionnel »* (Entretien 5). Que ce soit au sein des accueils de jour, ou des PASS psy, les personnes y sont accueillies sans conditions : *« Dans notre esprit, on cherche à ne pas refaire de l'exclusion : on accueille toutes les personnes pour lesquelles ça a du sens de venir chez nous. Éventuellement, on oriente ensuite, mais on accueille systématiquement, et de manière inconditionnelle »* (Entretien 7). C'est ce type d'accueil qui permet de faire émerger une demande. Nous avons pu voir que c'est le lien avec les travailleurs sociaux qui permet de faire émerger la demande de soin, mais on peut également imaginer un système où les dispositifs favoriseraient ce lien, comme c'est actuellement le cas au sein des PASS psy ou des accueils de jour : *« si le mec veut juste bouffer, il faut lui donner à bouffer, et peut-être que le lendemain il viendra parce qu'il a mal aux dents »* (Entretien 5).

« quand tu vois la différence entre les SDF, et les autres, tu vois bien qu'ils sont malmenés. Quand tu demandes un repas alors que t'as pas mangé depuis 3 jours, il te disent que c'est pas l'hôtel, c'est pas le club med ! »

Monsieur I

LES DISPOSITIFS DÉDIÉS

Le fait que les dispositifs soient pour la majorité inadaptés, et que ce soit aux travailleurs

sociaux de porter cette pénalité pousse à s'interroger sur des dispositifs dédiés, qui proposeraient une prise en charge adaptée aux personnes à la rue : *« on peut imaginer une structure comme le CHAPSA de Nanterre, qui est la grande PASS des SDF et qui permet un hébergement pour la nuit »*(Entretien 18). Plusieurs professionnels interrogés pointent le fait que ce genre de dispositif permettrait aux travailleurs de sociaux de proposer un meilleur accompagnement, dans un contexte plus adapté : *« ce genre de structure manque sur notre département : un lieu où on amènerait les gens vers le soin, en prenant le temps des démarches sociales »*(Entretien 18). Cela dit, cette idée de dispositifs dédiés, comme l'est par exemple la PASS de Ville-Evrard pose également question : *« des dispositifs spécifiques pour les grands exclus, ce serait plus simple pour eux, mais si on tente de les resocialiser, ce n'est pas cohérent. Une permanence qui leur serait dédiée par exemple, ce serait pas mal, parce qu'il resteraient dans un dispositif normal »* (Entretien 21). En effet, si d'un point de vue pragmatique, de tels dispositifs permettent d'accompagner plus de personnes, et de proposer un meilleur suivi, ils n'en restent pas moins excluants, dans la mesure où les grands exclus sont séparés du reste de la population : *« de fait, il y a des gens qui sont dans la rue et qu'on n'arrive pas à toucher. Sur le principe, c'est pas une bonne chose de créer des PASS, car ça stigmatise les gens et on crée des filières d'exclusion. En pratique, ça permet à beaucoup de gens d'accéder aux soins. »* (Entretien 7). Il s'agit effectivement d'un dispositif dédié, qui met les personnes à part, et ne les confronte pas au reste de la société, alors que cette confrontation est constitutive de la démarche de réinsertion : *« après, c'est un dispositif qui est très stigmatisant »* (Entretien 18).

La question est donc de savoir si il faut privilégier des dispositifs dédiés aux personnes en situation de vulnérabilité, ou si il faut les intégrer dans le droit commun. La première solution permet de traiter plus rapidement ces problématiques, mais maintient les personnes dans l'exclusion puisque les dispositifs eux-mêmes sont exclusifs : *« on peut travailler avec cette ambiguïté-là, car ce qui nous intéresse, c'est le bien être des gens, même si politiquement, c'est pas défendable »* (Entretien 7).

« demain, je pars dans une structure médicalisée, là où ils amènent les cas les plus durs, pour les protéger et les soigner. Je trouve que c'est bien que ça existe »

Monsieur H

La seconde implique de travailler à l'inclusion des personnes dans les dispositifs de droit commun, mais impose des délais d'attente et des dossiers plus compliqués à traiter : « *on aurait raison sur le long terme de tenir un discours de l'éthique de conviction, où on accepte de sacrifier pendant dix ans un accès aux droits, afin d'avoir des dispositifs communs dans dix ans* » (Entretien 7). La question qui se pose immédiatement est celle de savoir si les travailleurs sociaux sont prêts à engager des suivis plus longs et moins performants dans les années à venir, pour finir par arriver à l'intégration des grands exclus dans les dispositifs de droit commun. Même si quelques associations parviennent à faire le difficile choix politique de refuser ces dispositifs dédiés, à l'image de Médecins du Monde et de la Cimade qui ont refusé au printemps dernier un partenariat avec la CPAM, la majorité reconnaît avoir fait le choix de l'urgence : « *concrètement, les gens sont aujourd'hui en danger. On a pris le parti d'agir dans l'urgence* » (Entretien 7).

4.10. La nécessité d'une prise en charge globale

L'HUMAIN AU COEUR DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA GRANDE EXCLUSION

Les dispositifs actuels sont donc davantage des outils excluants plutôt qu'intégrateurs, dans la mesure où ils obligent à travailler la situation de grande exclusion par rapport à une norme : « *le grand exclus n'est jamais abordé en tant qu'homme. On le stigmatise : c'est quelqu'un à qui il manque la santé, ou ci, ou ça* » (Entretien 1). Pourtant, les grands exclus sont un public qui est, ne serait-ce que par son statut, en dehors des normes : « *on travaille avec un public qui ne rentre pas dans les cases* » (Entretien 11). La littérature et les témoignages rassemblés ont montré que la population à la rue présentait des spécificités qui lui étaient propres, et qui faisaient que les grands exclus étaient trop loin des normes sociales pour s'y soumettre : « *dans les faits, il y a dans les structures un règlement qui fait que notre public finit forcément par être en échec, que ce soit à cause des problèmes psys, des problèmes d'alcool, des problèmes qui font qu'ils ne peuvent pas répondre aux exigences de ce système* » (Entretien 11). Dans ce contexte, on peut s'interroger sur les modes de prise en charge que demandent les dispositifs en place : « *est-ce que l'exigence de normalité qu'on a sur les gens n'est pas à questionner ? C'est des questions de fond qu'il faut se poser, mais on est pas dans un système qui permet ça. Est-ce que pour être insérable, il faut absolument être sobre, être en bonne santé ?* » (Entretien 11). Une autre piste que l'exigence de normalité, serait de travailler sur

l'humain, et non plus sur les codes et les normes : *« le grand exclu, c'est avant tout un homme, qui doit trouver sa solution propre, si il en a envie, ou déjà lui donner cette envie. C'est un boulot particulier, sur la personne. »* (Entretien 1).

Cette idée de placer l'humain au centre de l'accompagnement contraste donc avec les dispositifs en place, dont la base de travail fait fi de la subjectivité des usagers : *« tous les technocrates croient que les agents sont polyvalents, et que les dispositifs sont désincarnés : ça peut marcher sur des gros cadres, mais pas sur notre public. On doit travailler dans la dentelle. »* (Entretien 5). Le public des grands exclus impose donc un travail au cas par cas, qui peut s'avérer chronophage : *« on a une petite file active parce que chaque situation nécessite un investissement qui demande beaucoup de temps »* (Entretien 7). Le temps nécessaire pour tisser un lien puis amener les personnes vers une prise en charge est impossible à estimer a priori, car il dépend d'énormément de facteurs différents, notamment liés au profil de la personne : *« c'est des gens qui doivent réapprendre beaucoup de choses, et déjà se réconcilier avec eux-mêmes »* (Entretien 1).

Certaines structures cherchent donc à travailler dans un premier temps sur la visibilité et la compréhension des ruptures qu'on connut les personnes dans le parcours de vie, au lieu de s'inscrire dans une logique de réinsertion à tout prix : *« ici, on a la chance d'avoir une animatrice, ce qui n'est pas partout le cas »* (Entretien 15). Un accompagnement spécifique vers le soin ou dans les démarches sociales est indispensable car les grands exclus ont des codes, des temporalités et des perceptions en inadéquation avec ce qu'exigent les structures de soin : *« nous, on peut aider pour ceux qui ne sont pas résistants à l'accès aux droits, mais pour ceux qui préfèrent souffrir d'une fracture que de montrer leurs mains, on ne peut rien faire »* (Entretien 5). Le travail doit alors porter sur l'acceptation de soi et du monde qui entoure les grands exclus : *« pour les aider à se reconstruire, il y a les thérapeutes, mais on a aussi un atelier théâtre, où ils ont le statut d'intermittent du spectacle (...), le clown, où ils déambulent dans des lieux publics et apprennent à rencontrer le regard du public. »* (Entretien 1). À travers différentes activités, les professionnels peuvent chercher à aider les personnes à se reconstruire, à les à affirmer leur place au sein de la société.

« la rue, c'est la chose la plus dégradante de la vie »

« les gens, ils voient que les vêtements, on nous les a donnés »

« les personnes ne nous regardent pas comme des hommes »

Monsieur H

Ce travail de réinvestissement passe par la compréhension et l'acceptation des codes et des valeurs portées par la société. La différence avec les dispositifs aux critères d'exclusion est discrète mais significative : si les premiers cherchent à imposer les normes de la société de manière coercitive, le travail de réinvestissement cherche à montrer à l'individu que les valeurs et les normes de l'individu peuvent rencontrer celles de la société. Les grands exclus sont par définition loin de ces normes, et cela implique d'engager un travail qui part de très loin pour arriver aux normes de la société : *« un jour, un mec a débarqué avec une plaie ouverte, et il y avait une graine qui avait germé à l'intérieur »* (Entretien 1). Dans ce cas, la première chose à faire n'est pas comme on pourrait le croire d'obliger la personne à aller se soigner. Même si un accompagnement en ce sens permettra à la personne d'être soignée, elle ne prendra pas conscience du danger que comporte le fait de garder des plaies ouvertes ou infectées, car cela ne fait tout simplement pas partie de ses normes : *« comment tu veux le soigner, alors que le même ne sent pas qu'il a un corps, et qu'il le maîtrise ? »* (Entretien 1). Même si il est effectivement indispensable de désinfecter les plaies et d'enclencher une prise en charge médicale, le travail ne doit principalement pas porter uniquement sur cet aspect, mais se concentrer sur la personne elle-même : *« la première chose à faire pour une équipe soignante est d'aller s'asseoir et causer »* (Entretien 5). En parlant simplement avec la personne, les équipes soignantes ou les travailleurs sociaux peuvent comprendre pourquoi la personne ne se soigne pas. Cela peut ensuite leur permettre d'identifier les leviers qui pourraient amener les grands exclus vers le soin : *« on ne peut pas dissocier leurs problèmes de leur volonté propre : c'est en lui qu'il y a quelque chose à réparer, avant de réparer son corps »* (Entretien 1).

« depuis l'armée, j'ai des blessures : les genoux, les tendons, les veines »

Monsieur C

À travers le lien créé avec la personne, les équipes se donnent des armes pour la convaincre d'accepter le soin, voire d'en faire la demande. Ce rôle de médiation peut-être comme nous l'avons vu assumé par les EMPP par exemple : *« on ne peut pas travailler sans une maraude psy avec ce public là »* (Entretien 5). Cela dit, il appartient surtout aux travailleurs sociaux de travailler avec les personnes sur ce qu'on pourrait appeler la réparation. Le terme fait

référence aux ruptures que les grands exclus ont subi au cours de leur vie. À travers l'idée de réparation transparait l'idée que les personnes peuvent se réadapter, si on leur en donne les moyens : « *les activités, ça permet de se redécouvrir, de s'accepter* » (Entretien 15). Ces moyens peuvent être des activités qui utilisent l'humain comme base de travail, mais il peut aussi tout simplement s'agir du lien tissé entre un travailleur social et une personne.

Enfin, il faut mentionner l'expérience possible du déracinement, qui s'avère très souvent bénéfique : « *au retour du Maroc, on a des transformations sur les cinq six mois qui suivent qui sont significatives. Et c'est là qu'on peut les orienter vers les dispositifs de réinsertion classiques* » (Entretien 1). Ainsi, l'expérience du déracinement peut également permettre aux grands exclus de prendre du recul sur leur situation, de réfléchir à des choses qu'ils éludent au quotidien : « *des expériences comme le voyage au Maroc, ça les bouscule, et ça les force à se poser et se demander : où j'en suis ?* » (Entretien 1). Comme le prisme du lien avec un TS ou celui des activités de médiation, le but du déracinement est d'amener la personne à s'interroger pour identifier avec elle quelles sont les ruptures qui l'ont amenée à la rue. À partir de là, il est plus facile de se reconstruire, et c'est aussi là l'intérêt d'un accompagnement social dont la base est l'humain. Si les travailleurs sociaux ont travaillé sur les ruptures dans le parcours de la personne, il sera logiquement plus facile de l'aider à se reconstruire par la suite. Cela dit, il ne faut pas négliger l'aspect qui suit cette expérience. Le retour à la vie normale, après le déracinement comporte des dangers qui nécessitent un suivi assidu.

« le gars, quand il a fini sa cure, si il retourne dans la rue, sans appartement, sans travail, qu'est-ce qu'il fait ? Ben il boit, normal ! »

Monsieur I

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

Les soins médicaux et l'accompagnement social ne sont donc pas suffisants pour réinsérer les personnes. Un travail sur le parcours de la personne est aussi nécessaire pour lui permettre de se reconstruire. C'est ce que plusieurs acteurs désignent par l'expression de « prise en charge globale », même si pour la majorité d'entre eux, il s'agit de ce que devrait être n'importe quelle prise en charge dès lors qu'elle concerne le public des grands exclus : « *une prise en charge,*

ça part de l'analyse, jusqu'à la mise en place d'un suivi d'accompagnement, mais peu le font réellement » (Entretien 20). Le principal aspect sur lequel s'appuient les prises en charge globales est justement cette notion d'accompagnement de l'humain, inclus dans l'accompagnement social et l'accompagnement vers le soin : *« on a par exemple un atelier photographie, avec un photographe professionnel, où les personnes posent, et redécouvrent leur corps pendant les séances, et en voyant les clichés. Dans une structure médicale, cette conscience et acceptation du corps est hyper importante »* (Entretien 15). La prise en charge globale a donc pour caractéristique principale de prendre comme socle de travail la personne elle-même, au lieu de fixer des objectifs vers lesquels il faut l'emmener. Typiquement, cette idée est incarnée par la complémentarité qui doit présider aux différents pôles du Samusocial 93 : *« en nuit, ils font émerger la demande, pour nous donner en journée une base de travail »* (Entretien 21). Cela implique non seulement une excellente coordination des professionnels, mais aussi qu'ils travaillent tous avec le même objectif et en équipe : *« il faut réussir à mobiliser des professionnels très investis, et des bénévoles autours qui veillent »* (Entretien 19). À ce suivi millimétré, il faut ajouter les différents partenariats, qui peuvent s'avérer précieux pour faire sauter certains verrous chez les personnes rencontrées. Une fois encore, les EMPP incarnent bien ce rôle de soutien : *« on peut attraper des gens par le souci du somatique, mais le soin somatique lui-même, on le fait pas »* (Entretien 13). Cet exemple montre que ce type de prise en charge est globale à plusieurs titres. D'abord parce qu'elle cherche à prendre en compte tous les éléments constitutifs de la subjectivité des personnes, ensuite parce qu'elle mobilise autour de la personne tous les acteurs spécialisés pour répondre aux différentes problématiques qui lui sont spécifiques. La mobilisation de plusieurs acteurs distincts est donc indispensable sur plusieurs plans. Le premier est tout simplement physique, car le suivi est nécessairement très pointu : *« c'est un travail de plusieurs personnes, capable d'encadrer quelqu'un qui peut appeler dix fois par jour, pendant dix ans ! »* (Entretien 19). Le second concerne le champ des compétences de chacun, dans la mesure où tous les acteurs n'ont pas le même champ d'expertise, mais car il existe aussi des différences au sein même du travail social : *« entre le jour et la nuit, on est complémentaire. C'est plus dans la continuité que dans la différence des missions. La nuit, c'est la base du travail, mais l'un ne va pas sans l'autre. Les informations qu'on peut avoir, les accompagnements, les liens qui se créent peuvent aussi servir en nuit »* (Entretien 21). Le fait qu'une personne ait un problème d'addiction est par exemple un frein à une recherche d'emploi : *« comment on peut parler d'accompagnement social si on parle pas du fait que le mec se grille un joint dès le réveil ? »* (Entretien 20). Une prise en charge globale consiste à travailler à la fois sur les causes de cette

addiction, sur l'addiction elle-même, et sur ses conséquences, notamment en terme d'accompagnement social, pour aider la personne à comprendre un aspect qui est devenu constitutif de sa personnalité. À partir de là, il devient possible d'aborder la possibilité d'un traitement ou d'une aide, mais ce choix appartient à la personne. Le but de la prise en charge est d'amener les personnes accompagnées à être en capacité de faire ce choix, pas de décider pour elles ou avec elles ce qu'il y a de mieux pour elles. Dans cet accompagnement vers l'autonomie, il existe de nombreux obstacles, et c'est en cela que le suivi doit être millimétré : *« j'ai un seul exemple de sortie de rue durable, et ça exige un suivi hyper lourd »* (Entretien 19). Mais même si l'engagement des travailleurs sociaux doit être inconditionnel, même si ces derniers doivent se rendre le plus disponibles possible pour les grands exclus, ils ne doivent jamais perdre de vue le fait que leur travail est avant tout d'amener les personnes qu'il accompagnent vers l'autonomie, sans jamais décider à leur place ce qui serait le mieux pour eux : *« le but, c'est aussi de montrer à la personnes qu'il existe de nombreux dispositifs dont ils peuvent se saisir tout seuls, ou les accompagner dans cet investissement personnel »* (Entretien 21).

V – Préconisations

Les témoignages des personnes à la rue et des professionnels rencontrés ont donc permis de relever plusieurs points problématiques quant à l'accès aux soins pour les grands exclus. Le but de ce travail est de permettre de pointer ces aspects, afin d'ouvrir une discussion. Pour davantage de lisibilité, les résultats que nous avons obtenus sont déclinés ci-dessous sous la forme de préconisations, dont la vocation est moins incantatoire que de susciter le débat entre les acteurs concernés.

1. Le logement et le retour à l'emploi sont des conditions indispensables à la réinsertion

Pour les professionnels comme pour les personnes à la rue, le retour à l'emploi et le logement s'imposent comme des passages obligés pour se réinsérer. Si un tel parcours est possible pour certains grands exclus, la majorité est très loin de ces normes. Pour un grand nombre d'entre eux, la rupture avec la société est tellement prononcée qu'un retour en son sein est inenvisageable. Pour ceux-là, la seule chose à faire est de leur donner les moyens de vivre malgré tout dignement. Pour les autres, un travail de reconstruction est à effectuer par les travailleurs sociaux, afin de leur donner les moyens d'être en capacité de travailler, de gérer un logement. Des dispositifs comme les SAMSAH témoignent du fait qu'un accompagnement est possible dans le logement pour les personnes handicapées. Cela devrait également l'être également avec les grands exclus.

2. Améliorer la prise en charge des conduites addictives

Même si la Seine-Saint-Denis est particulièrement bien dotée en structures prenant en charge les addictions, les personnes en situation de grande précarité sont souvent loin de ces dispositifs. La formation des travailleurs sociaux sur ces questions et le développement de partenariats avec les structures spécialisées est une piste à exploiter. L'action des EMPP, qui ont un rôle d'expertise et de formation, peut être une source d'inspiration: pourquoi ne pas imaginer des équipes mobiles spécialisées en addictologie, qui mettraient leurs compétences au service du public en situation de précarité et de grande exclusion?

3. Développer les dispositifs qui fonctionnent bien

Le présent travail a montré qu'il existait plusieurs dispositifs, comme les EMPP, les LHSS, les ACT ou les PASS qui ont significativement amélioré l'accès aux soins de santé sur le département. Cependant, le manque de place crée des files d'attentes trop longues et des critères d'exclusion qui fait que de trop de personnes ne sont pas prises en charge. Ouvrir d'autres services de ce type reviendrait à adapter l'offre aux besoins du département.

4. Former les travailleurs sociaux aux questions de santé

Les entretiens menés ont mis en évidence l'importance du lien tissé entre les travailleurs sociaux et les grands exclus pour amener ces derniers vers le soin. Pourtant, ces derniers sont souvent démunis quant aux questions de santé, et ne trouvent pas toujours les partenaires capables de les accompagner sur ce versant. Comme nous le précisons sur les formations en addictologie, les partenariats avec des équipes spécialisées peuvent constituer ce type de ressource.

5. Les associations doivent se concentrer sur les orientations vers les dispositifs de droit commun

Le rôle des associations doit se borner à capter les grands exclus et à travailler les orientations vers les dispositifs de droit commun. Elles ne doivent en aucun cas se substituer aux missions de service public qui sont du ressort de l'état.

6. Améliorer la coordination des différents dispositifs

Les différents services de l'état ne se saisissent pas assez de leur rôle de coordination. La DRIHL et l'ARS notamment, doivent travailler de manière plus concertée, à travers des comités de pilotage pour les projets transversaux par exemple. De plus, les financements semblent distribués de manière trop aléatoire. Un travail de recueil et d'analyse des données de terrain permettrait de mieux répartir les budgets alloués à la grande exclusion.

7. Adapter les dispositifs aux personnes et non l'inverse

Les différentes structures d'hébergement ou d'accès aux soins sont encore trop éloignées des besoins des grands exclus, qui ne parviennent pas à s'adapter aux normes qu'elles imposent. Peu d'entre elles ont développé une réelle réflexion quant aux addictions sur le département par exemple. Des structures d'hébergement plus tolérantes avec la consommation d'alcool constitueraient un premier pas dans cette démarche d'adaptation.

8. Promouvoir les prises en charge globales

Le manque de coordination entre le secteur médical et le social se retrouvent sur le terrain. Il appartient aux pouvoirs publics, mais aussi aux acteurs de terrain, à travers les partenariats, de

mettre en place des prises en charge globales. Cela implique de reconnaître que les différentes problématiques, sociales, médicales, psychologiques, sont liées, et de prendre l'humain comme base de travail.

Conclusion:

Ce travail aura permis d'effectuer un premier diagnostic qualitatif de l'état de santé des grands exclus d'une part, et de leur accès et soins et à la prévention d'autre part. Dans un souci d'amélioration de la prise en charge du public suivi par le Samusocial 93, il a donné lieu à 8 préconisations qui, nous l'espérons, attireront l'attention des professionnels concernés, mais dont le but est principalement de susciter des débats et alimenter les réflexions en cours.

Améliorer la connaissance des grands exclus dans le département passe par ce type de production. C'est pourquoi il nous a semblé important de proposer une restitution de ce travail au cours du mois de Septembre, en présence de tous les acteurs concernés, de près ou de loin, par la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis. Cette restitution se veut également un temps de débat, afin de permettre aux différents acteurs d'échanger autour des différentes problématiques de santé que nous avons identifiées comme prioritaires.

L'analyse des réponses actuellement apportées, sanitaires, organisationnelles, administratives ou politiques a notamment permis de démontrer que la problématique de la grande exclusion est à la fois sociale et sanitaire. Les préconisations formulées mettent donc l'accent sur l'importance de la coordination des dispositifs par les pouvoirs publics, et sur la nécessité pour les associations d'orienter le public vers ces dispositifs. C'est seulement à travers ce type de travail en réseau que les différents acteurs de terrain seront en mesure de proposer des prises en charges globales, les seules qui puissent vraiment être adaptées à ce public aux caractéristiques spécifiques. De même, la formation des travailleurs sociaux aux questions de santé, notamment sur les questions d'addictions, est l'une des conditions nécessaire au développement des structures adaptées aux grands exclus.

Même si ce travail pointe les dysfonctionnements des dispositifs actuels, et tend à démontrer qu'il reste encore de nombreuses actions à mettre en place en faveur des personnes en situation de grande exclusion, nous ne saurions conclure sur une note pessimiste. Car même si certains dispositifs semblent encore inadaptés et que les prises en charges sont perfectibles, la Seine-Saint-Denis possède la plus importante des ressources: des acteurs de terrains engagés, professionnels et militants.

B. Les maraudes de nuit et la maraude médico-sociale

Si la mise en place de l'observatoire a occupé la majeure partie de mon temps de stage, j'ai également participé à diverses actions de terrain. La première d'entre elle est l'activité principale du Samusocial 93 : la maraude.

Il nous a semblé important, à ma tutrice et moi-même, de débiter le stage en me rendant le plus possible sur le terrain, à la rencontre des personnes. Si cela a permis une démarche d'observation participante précieuse à la mise en place de l'observatoire, le but était également de me confronter à la réalité pratique, et de pouvoir servir de « référent santé » aux maraudes auxquelles j'ai participé. La participation aux maraudes a donc été enrichissante à plus d'un titre, et de manière réciproque.

J'ai pu y découvrir les méthodes de travail des équipes de nuit, et apprendre auprès d'eux, un des aspects qui est primordial lorsque l'on souhaite travailler auprès des grands exclus : l'humilité. Tous ont fait preuve d'approches différentes, et tous ont témoigné de manière de travailler qui leur étaient spécifiques. Dans la mesure où le principal outil de travail est l'humain, la personnalité des travailleurs sociaux ressort énormément dans leur manière d'aborder le public. Pourtant, un trait commun à tous était de respecter les refus des personnes, qu'il s'agisse de discuter un moment ou d'accepter une prestation alimentaire. Cette approche spécifique est ce qui m'a le plus marqué lors des premières semaines de stage : les travailleurs sociaux me disaient assumer une position bienveillante, mais toujours se refuser à entrer dans une relation de pitié ou de compassion.

Ce refus d'empathie n'est pas comme on pourrait l'imaginer au premier abord le moyen de se protéger de la misère, mais un premier pas vers le retour des grands exclus dans le camp des hommes. Aborder les personnes normalement, sans empathie mais avec respect a été pour moi le premier travail à effectuer, même si les discussions avec les professionnels m'y ont bien aidé.

L'humilité évoquée plus haut consiste en ce devoir de respect dû à chaque personne rencontrée. Avoir l'humilité de ne pas chercher à comprendre ce qui ne peut l'être, de continuer patiemment à créer du lien, de se dire que la personne a besoin de temps pour nous apprivoiser est une démarche qui n'est pas toujours aisée. Le refus de la personne peut s'avérer extrêmement violent, et se matérialiser par des insultes, ou des attitudes menaçantes. Le premier apprentissage des maraudes de nuit a été de savoir prendre de la distance et analyser les situations complexes rapidement, pour être rapidement capable de prendre les bonnes décisions, sans mettre en danger l'équipe, ni briser le lien qui peut exister avec les usagers.

J'ai pu mettre en pratique ces enseignements en participant à un dispositif mis en place par la chargée de mission santé du Samsusocial 93, puis en le coordonnant : la maraude médico-sociale. Il s'agit d'une maraude qui a lieu le jour, et en présence d'un médecin volontaire. Le but est d'aller à la rencontre des personnes identifiées par l'équipe comme ayant besoin de soins ou d'un accompagnement en santé. La maraude médico-sociale n'a pas pour finalité de prodiguer des soins dans la rue, mais d'orienter les personnes vers les dispositifs les plus adaptés à leur situation.

Cela dit, il fait bien reconnaître que certaines personnes sont tellement loin du soin que les amener vers de tels dispositifs peut prendre un temps considérable. Le rôle de la maraude médico-sociale est alors également de mettre en place une relation d'éducation thérapeutique avec les personnes, pour finalement les amener vers le soin, puis les dispositifs adaptés. Si la finalité n'est pas de prodiguer des soins de santé à la rue, il s'agit souvent d'un moyen utilisé pour accrocher la personne.

J'ai pu au cours de mon stage assister à l'arrivée d'un camion médicalisé, qui permet d'accueillir les personnes dans un espace plus intime et réconfortant que la rue. Même si je pense que son utilité sera encore davantage démontrée en hiver, j'ai pu constater qu'il permettait une meilleure prise en charge médicale, voire qu'il facilitait cette dernière. Ce camion a été obtenu en répondant à un appel à projet, et même si je n'ai pas pu participer au processus de candidature, j'ai pu participer aux discussions quant à la meilleure manière de l'aménager ou sur les différentes modalités d'utilisation.

À partir du moment où ma tutrice m'en a jugé capable, j'ai pu coordonner seul plusieurs maraudes médico-sociales. Ce rôle de coordination a consisté à préparer la maraude, en assurer le bon déroulement, puis le compte-rendu. La phase préparatoire fut la plus importante, et c'est également celle qui m'a demandé lors de chaque maraude le plus de temps. Il y a plusieurs aspects pratiques à ne pas négliger, comme trouver un chauffeur, prévenir le médecin d'un lieu de rencontre adapté, prendre pour tous des uniformes du Samusocial, mais le gros du travail réside dans la préparation du programme d'intervention. Si les réunions d'équipe hebdomadaires du Lundi permettent de relever un certain nombre de situation préoccupantes sur la plan de la santé, il faut aussi penser à utiliser cette maraude en journée pour rendre visite à des personnes qui ne sont pas toujours visibles en nuit. Ainsi, la

préparation de la maraude exige de passer en revue la situation de toutes les personnes se trouvant sur le secteur d'intervention, ce qui exige souvent de faire appel aux collègues travailleurs sociaux, dont le point de vue peut s'avérer précieux.

Le format de la maraude a évolué d'une manière singulière au cours de mon stage. Lorsque je suis arrivé, cette dernière fonctionnait avec des arrêts à des points fixes, qui correspondaient aux lieux de distribution alimentaire par les restaurants du cœur. Le fait que ces lieux soient bien identifiés par les personnes à la rue constituait a priori une base de travail intéressante pour la maraude médico-sociale. Cela dit, nous avons conjointement constaté avec la chargée de mission santé que ces arrêts n'étaient pas aussi fédérateurs que ce que nous l'imaginions. C'est pourquoi la maraude s'est déclinée sur la fin de mon stage sous un nouveau format. Si nous avons gardé l'idée de quatre territoires distincts correspondant chacun à un mercredi dans le mois, nous avons choisi de supprimer les arrêts aux points fixes, dont l'efficacité était toute relative.

Ce format s'est révélé plus adapté aux besoins des personnes à la rue dans la mesure où il permet davantage de souplesse. Ainsi, nous avons pu davantage nous concentrer sur le suivi des personnes qui avaient besoin d'un suivi en santé, que sur une approche par territoire.

C. Le développement du réseau partenarial

Comme l'a montré la partie consacrée à l'observatoire de la santé, le développement du réseau partenarial figure au rang des priorités du pôle santé du Samusocial 93. Le travail de représentation de l'institution et de développement du réseau engagé par la chargée de mission santé depuis son arrivée sur le poste en Octobre 2012 était donc bien entamé lorsque je suis arrivé sur mon terrain de stage.

Cela dit, les actions de développement de partenariats et de réseau auxquelles j'ai pu participer lors de mon stage ont pris plusieurs formes.

La première d'entre elle est aussi la plus classique : il s'agit de rencontrer les représentants d'une structure, afin d'en faire des interlocuteurs privilégiés dans une situation précise. Ce type de rencontre peut être motivé par simple anticipation, comme ce fut le cas par exemple avec le centre municipal de santé du Blanc-Mesnil. Cette rencontre avec les principaux

acteurs institutionnels dont dépend la structure a permis de fixer quelles étaient les modalités d'admission de la structure par rapport à notre public, mais aussi de les informer sur l'action du Samusocial 93, afin que les relations partenariales établies soient profitables aux deux parties. Une relation gagnant-gagnant en somme. Ces rencontres peuvent aussi être motivées par une situation problématique, qui sollicite plusieurs acteurs distincts. L'exemple qui m'a le plus marqué est celui d'une situation où de nombreux acteurs distincts ont été sollicités, de sorte qu'une réunion de coordination a été nécessaire, afin de définir pour chacun une position à tenir. Ce genre de réunion permet non seulement de faire le clair sur une situation précise, mais est également l'occasion de tisser de nouveaux liens avec des acteurs qui peuvent s'avérer être des ressources dans le futur.

La seconde forme de partenariats est la participation aux groupes de travail sur le département. J'ai par exemple participé à plusieurs réunions sur le dispositif expérimental de PASS de ville, porté par l'atelier santé-ville de la mairie de Saint-Denis. Ces réunions rassemblaient tous les acteurs concernés, issus de différents Samusociaux, d'associations locales, des institutions porteuses du projet ou non. Rassembler les différents acteurs autour de projets commun a un rôle très fédérateur, dans la mesure où tous visent le même but. Ces temps de coordination et d'échange servent également à définir plus précisément quel est le rôle de chacun des acteurs.

Enfin, une troisième forme de partenariat consiste à représenter la structure, selon différentes modalités possibles. La plus courante est de se porter volontaire pour présenter les dispositifs en place au sein du Samusocial 93 lors des différentes manifestations, journées d'étude ou séminaires. Que ce soit auprès d'acteurs associatifs ou plus institutionnels, ces présentations donnent toujours lieu à des échanges informels, qui permettent de développer de nouvelles ressources. Si je n'ai pas effectué moi-même ce type d'actions, j'ai pu assister au cours de mon stage à différentes présentations de ce genre. Représenter la structure ne nécessite pas nécessairement des sorties, mais peut également prendre la forme d'invitations. Par exemple, la chargée de mission santé invite régulièrement des partenaires à venir participer à la maraude médico-sociale, de sorte qu'ils découvrent sur le terrain en quoi elle consiste. Ces invitations sont assez fédératrices car elles permettent à différents acteurs de s'informer sur l'action du pôle santé du Samusocial 93 de la meilleure des manières : en y participant. L'avantage est aussi pour le Samusocial de bénéficier de l'expertise de ces invités. La diversité de leurs structures d'origine (LHSS, CAARUD, EMPP, etc.) fait qu'ils disposent chacun d'une

expertise qui peut s'avérer précieuse lors des maraudes médico-sociales, à tel point que l'un de ces acteurs revient chaque fois que la maraude passe sur son territoire. Ce partenariat formalisé et régulier permet de s'appuyer sur sa très bonne connaissance du territoire pour approcher de nouveaux usagers et de nouveaux lieux de vie.

D. Le suivi santé des usagers du Samusocial 93

Ma tutrice m'a confié tout au long de ce stage le suivi en santé de quatre situations différentes. Sous sa supervision, j'ai donc eu pour tâche d'amener ces personnes vers les dispositifs de droit commun, avec plus ou moins de succès. Le premier que je vais présenter est relativement long et complet, puisque j'ai pu suivre la situation depuis le début de la prise en charge de Monsieur par le Samusocial 93 jusqu'à son orientation. Les autres seront plus succincts, puisque je n'ai pu effectuer le suivi en totalité.

I. Monsieur A

Le premier suivi dont j'ai hérité a été celui de Monsieur A. Monsieur avait la double nationalité : il était français et algérien. Après son service militaire en France, et une brève période d'exercice dans le milieu de la restauration, Monsieur est parti travailler aux États-Unis, où il a travaillé 27 ans dans la restauration. Il vivait à New-York en compagnie de son épouse et ses trois filles.

Le Samusocial a été interpellé par une assistante sociale du service des urgences de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, car ce Monsieur vivait et dormait dans les locaux des urgences. Après une évaluation par les équipes de nuit, il s'est avéré que Monsieur a été extradé des États-Unis suite à une amende impayée. Après quelques investigations, nous avons découvert que son extradition était en réalité liée à des actes de violences et qu'elle est assortie d'une interdiction d'entrer sur le territoire américain les quatre prochaines années. Si le Monsieur a inventé une histoire qui fait de lui une victime, et non un délinquant, sa détresse était, elle, bien réelle. Il n'avait pas foulé le territoire français depuis 27 ans, et se sentait très démunis. Depuis l'aéroport, c'est une équipe de la Croix-Rouge française qui l'a amené aux urgences, car il souffrait de lourds problèmes de santé. Après avoir été vu par un médecin des urgences, il n'a pas bougé de la salle d'attente, n'ayant plus aucun repère ni contact en France.

La première des étapes a été de faire le point sur le suivi de santé de Monsieur, car il avait besoin de prendre plusieurs traitements réguliers. Nous avons donc organisé un rendez-vous avec les urgences de l'hôpital, afin que Monsieur soit vu dans le cadre du dispositif de la PASS. Au terme de ce rendez-vous, Monsieur s'est vu délivrer différents traitements. Les posologies ont été définies avec le médecin, de sorte que Monsieur a été capable de le prendre seul. Notre rôle a consisté à veiller qu'il ait toujours assez de médicaments et qu'il prenne correctement son traitement.

Parallèlement, nous avons travaillé en collaboration avec l'assistante sociale des services des urgences pour effectuer une demande de LHSS, puisque Monsieur avait besoin d'être mis à l'abri afin de bénéficier de soins infirmiers qui ne pouvaient être effectués à la rue. La demande a été acceptée, et Monsieur, après deux mois à dormir dans la salle d'attente des urgences, a pu intégrer un hébergement, et accéder à une prise en charge médicale adaptée à sa situation.

Cela dit, au cours des différentes rencontres avec Monsieur, ce dernier tenait un discours assez sombre, évoquant fréquemment des idées morbides. C'est pourquoi il nous a paru cohérent de faire intervenir l'EMPP rattachée au secteur sur lequel se trouve la structure d'hébergement. Le psychiatre et l'éducateur de l'équipe ont profité du lien que j'avais tissé avec Monsieur pour entamer un dialogue, et ont ainsi pu prendre un second rendez-vous, auquel Monsieur s'est rendu sans moi. Un suivi est aujourd'hui encore en cours.

Ce suivi montre que notre rôle doit parfois se borner à se proposer d'être un simple soutien aux travailleurs plus directement concernés, et de servir de lien entre les différents dispositifs. Dans le cas présent, il appartenait à l'assistante sociale de l'hôpital d'entamer les démarches d'accès aux soins et d'orientation, ce dont elle a eu du mal à se saisir en début de suivi. C'est pourquoi nous avons cherché à la mobiliser quant à cette situation, jusqu'à ce qu'elle formule la demande de LHSS qui a abouti à la prise en charge de Monsieur. Une fois ce dernier hébergé, il nous a semblé pertinent de profiter du fait que Monsieur connaisse bien l'équipe du Samusocial 93 pour entamer un suivi psychologique dont le besoin était manifeste. Il a donc fallu convaincre les intervenants de la structure d'accueil du bienfondé de cette démarche.

Aujourd'hui, Monsieur est toujours au LHSS, et une demande de logement autonome est selon l'assistante sociale de la structure en bonne voie. Il se rend régulièrement aux rendez-vous

proposés par l'EMPP, et semble envisager son avenir avec plus de sérénité. Il veut retrouver un emploi dans l'hôtellerie ou la restauration le plus rapidement possible, et faire venir dès qu'il le pourra sa famille en France.

II. Monsieur L

Monsieur L. est d'origine roumaine, et suivi par le Samu depuis 2012, année de son arrivée en France. Monsieur parle assez mal français, ce qui a rendu les échanges avec lui succincts et laborieux. Il dormait dans une camionnette sur un parking, où il rangeait tous les effets dont il disposait. Monsieur aurait fait partie d'un réseau de ROMS, qu'il aurait quitté, préférant vivre seul. Ma première rencontre avec Monsieur s'est faite en compagnie de l'EMPP du secteur où il vit. Les équipes de nuit avaient alerté en réunion d'équipe le pôle santé, car Monsieur se disait être persécuté par Satan. Un collègue travailleur social qui connaît bien Monsieur m'a donc accompagné, afin de rencontrer l'EMPP, puis Monsieur. Ce dernier s'est montré ouvert à la discussion et ouvert à une prise en charge. Il a notamment montré un classeur où étaient rangés tous les papiers qui attestaient de son suivi médical.

Les documents les plus récents témoignaient d'une consultation dans un hôpital parisien et prescrivaient un traitement quotidien, qui n'était manifestement pas pris. L'EMPP a posé un diagnostic principalement physiologique, mais ne s'est pas prononcée sur les dispositions à prendre quant au suivi des troubles mentaux relevés par les équipes de nuit. C'est pourquoi nous avons décidé d'orienter Monsieur vers la PASS Psy de l'hôpital de Ville-Evrard. Le but de cette consultation était de faire le point sur la situation médicale de Monsieur, qui avait selon l'équipe de l'EMPP un besoin urgent de traitement, mais aussi sur sa situation sociale, puisque Monsieur disait avoir une demande d'AME en cours, sans pouvoir donner davantage de précisions.

Lorsque nous sommes passés en compagnie d'un travailleur social sur le lieu de vie de Monsieur pour l'emmener à ce rendez-vous, il n'était pas présent, malgré un mot laissé à l'intérieur de sa camionnette par l'équipe de nuit pour le prévenir.

Après mon départ, la chargée de mission santé devrait donc reprendre rendez-vous pour une consultation à la PASS psy, et s'assurer directement auprès de Monsieur qu'il se rendra disponible au jour et à l'heure définie.

III. Madame W

Cette dame originaire de Munich est arrivée en France en Juin, et dormait depuis à un arrêt de bus. Comme elle ne parlait qu'allemand, et refusait la quasi-totalité de ce que l'équipe de nuit lui proposait, cette dernière s'est vite retrouvée démunie face à cette situation. Ayant vécu en Allemagne, je me suis proposé en réunion d'équipe pour servir d'interprète par téléphone lors de la prochaine rencontre avec Madame.

Au cours de l'entretien téléphonique, Madame insistait sur le fait qu'elle n'avait besoin de rien, qu'elle dormait dans une église des environs, et qu'elle souhaitait être laissée en paix. Suite à cet entretien qui nous a tous laissé perplexe, il a été décidé en réunion d'équipe que notre rôle devait se borner les premiers temps à une veille sociale, ce qui a été le cas. Parallèlement, j'ai prospecté auprès de toutes les paroisses avoisinantes, afin de voir si Madame était connue. Ces recherches se sont avérées infructueuses.

Lors de plusieurs maraudes de nuit, j'ai rencontré Madame et ai pu discuter avec elle. Au cours des différentes conversations que nous avons pu avoir, elle revenait constamment sur le fait qu'elle était sur terre pour accomplir une mission divine, et tenait des propos résolument mystiques, mais surtout très éloignés du réel, puisqu'elle assurait être certaine de se trouver à Athènes, en Grèce.

Dans ce contexte, une évaluation avec une EMPP nous a semblé pertinente, mais n'a malheureusement pas pu avoir lieu, puisque Madame n'était pas sur son lieu de vie quand nous nous y sommes rendus en compagnie de l'EMPP de secteur.

La première chose à faire est de continuer à créer du lien, de sorte que l'équipe du Samusocial puisse passer le relais à des dispositifs plus adaptés, comme les EMPP.

IV Madame et Monsieur V

Monsieur et Madame V sont d'origine roumaine et ont été signalés par un de nos partenaires avec qui nous effectuons la maraude médico-sociale lorsque nous passons sur son secteur. Il s'agit d'un travailleur social au CAARUD de l'hôpital Robert Ballanger.

Après ce signalement, nous avons pu rencontrer le couple au CAARUD lors d'une maraude médico-sociale. À l'aide d'un usager qui parlait italien, nous avons pu communiquer avec eux, de sorte qu'ils nous ont laissé leur numéro de téléphone portable. Si leur principale demande portait sur le logement, ils n'ont pas su indiquer de lieu de vie fixe où les équipes de nuit pourraient les trouver.

Lorsque ces dernières ont tenté de les joindre lors des maraudes, la communication s'est avérée trop compliquée pour que le couple soit vu. Aussi avons-nous décidé de nous reposer principalement sur les travailleurs sociaux du CAARUD, qui nous ont assuré les voir tous les deux jours au minimum.

Nous sommes passés plusieurs fois les voir au CAARUD avec la maraude médico-sociale, mais ils ont toujours tenu un discours assez obscur, ne dévoilant que ce qui pouvait leur apporter un avantage immédiat.

Dans ce contexte, nous avons convenu avec les travailleurs sociaux du CAARUD que nous interviendrons auprès du couple si ils en faisaient la demande, mais que nous les enlevions des programmes quotidiens d'intervention.

Partie 2 Analyse réflexive de la mission

A. Analyse distanciée de la structure et de son fonctionnement

Avant de présenter mon analyse de la structure, je pense qu'il faut en détailler plus avant le fonctionnement, et notamment les postes de chacun. Sur les 18 salariés, il faut compter une cheffe de service, un logisticien, une personnes chargée de la régulation de l'information, un chargé de mission santé (dont le poste est transversal à toute l'association), une travailleuse sociale en journée uniquement, et le reste des employés sont des chauffeurs accueillants sociaux ou des travailleurs sociaux, soit à 50 % en journée et 50% en nuit, soit uniquement en nuit, avec l'obligation néanmoins de venir en journée une fois par mois.

Ces derniers postes hybrides entre la nuit et la journée ont pour vocation de mieux faire circuler les informations entre les deux pôles, mais surtout d'échanger les points de vue quant aux situations rencontrées. Le lundi a lieu une réunion hebdomadaire où toutes les situations préoccupantes où en cours d'évolution sont abordées. À travers cette réunion, les informations circulent relativement bien. L'idée de postes à 50 % en nuit et 50 % en journée vise davantage à privilégier les échanges informels entre les travailleurs sociaux plutôt qu'à favoriser une circulation de l'information pure. Cela dit, le fait de demander à des travailleurs sociaux de venir une fois par mois en journée peut poser question, dans la mesure où le fait de travailler aussi ponctuellement en journée ne permet pas d'engager de réelles démarches d'échange avec le pôle jour.

Un autre point qui retenu mon attention est le poste même de chargée de mission santé de matrice. Le fait qu'il soit transversal à toute l'association implique une grande disponibilité, dont elle ne m'a pas semblé disposer. Le fonctionnement du Samusocial 93 a ceci de spécifique que les équipes de maraude ne disposent pas d'infirmières à bord des camions. Cela n'est pas nécessairement un handicap, à condition d'être formé aux questions de santé. Ce rôle de formation s'inscrit d'ailleurs dans le cadre des attributions de la chargée de mission santé. Entre ces missions de formation et de conseil auprès des travailleurs sociaux, le suivis des usagers, les actions partenariales, la maraude médico-sociale, il reste peu de temps à consacrer

aux structures, au sein desquelles les mêmes actions pourraient être mises en œuvre, mais ne le sont pas, faute de temps. J'ai eu la sensation que ce poste était trop ambitieux au regard la disponibilité dont peut faire preuve un salarié, même cadre.

Le fait que la chargée de mission ait dû faire appel à un stagiaire pour mettre en place un observatoire de la santé en est un témoignage. Les missions quotidiennes exigent une disponibilité immédiate, et impliquent parfois de réagir dans l'urgence, ce qui laisse peu de temps pour effectuer des recherches bibliographiques, ou des entretiens auprès des partenaires ou des usagers.

Dans ce contexte, j'ai eu l'impression que ma présence était pleinement justifiée au sein du service. J'espère avoir pu décharger le mieux possible la chargée de mission de certaines contraintes, et ne pas lui en avoir créé. Cette dernière m'a laissé relativement autonome dans mes choix méthodologiques pour la mise en place de l'observatoire, mais a gardé un droit de regard qui était aussi l'occasion de me cadrer. Nous avons pris l'habitude d'effectuer régulièrement, en fin de semaine en général un point sur l'avancement de mon travail et mes différentes missions. Ces entretiens étaient l'occasion pour ma tutrice de me recadrer si besoin, et de me donner son avis sur mon travail, mais ils me permettaient aussi de lui faire part de mes difficultés comme de mes suggestions. J'ai particulièrement apprécié sa disponibilité et l'écoute dont elle a su faire preuve. Elle a à mon sens su trouver le juste milieu entre autonomie et cadrage.

B . Apports du stage

Mes différentes missions avaient l'avantage de mobiliser des qualités très diverses, puisqu'il m'a été demandé d'effectuer un travail de recherche, pour l'observatoire de la santé, mais aussi

de terrain à travers la maraude médico-sociale et le suivi des usagers. Concernant le travail de recherche, je me suis senti assez bien armé, puisque j'avais déjà produit des revues de littérature, et déjà effectué plusieurs enquêtes avec des publics spécifiques. Les apports méthodologiques que j'ai pu acquérir cette année grâce aux cours du Master ont donc complété un parcours déjà bien fourni. Je laisserai ma tutrice juger de la qualité de mon travail, mais je pense avoir travaillé dans le bon sens pour mettre en place l'observatoire de la santé des grands exclus de Seine-Saint-Denis.

Je serais moins sûr de moi sur le versant pratique, où le stage m'a énormément apporté. Le premier de ces apports est passé par l'observation de la chargée de mission, dont le professionnalisme a été pour moi un exemple tout au long de mon stage. Ses capacités d'adaptation, sa capacité à travailler dans l'urgence, sa rigueur, son honnêteté et sa connaissance des dispositifs en font pour moi un exemple à suivre. Si je pense avoir d'autres qualités qui, je l'espère, peuvent aussi s'avérer précieuses dans ce type de structure, je ne suis pas arrivé au Samusocial 93 avec celles de ma tutrice.

C'est pourquoi je me suis retrouvé dans plusieurs situations en difficulté : j'ai eu du mal à savoir orienter les situations complexes, à travailler en réseau et parfois même en équipe, et je n'ai pas toujours su faire preuve de la réactivité nécessaire, notamment en matière d'anticipation. Tout le travail opérationnel m'a donc permis de travailler sur ces qualités opérationnelles, et en particulier sur l'anticipation. Le travail en équipe étant manifestement indispensable, il a été plus facile de prendre le pli d'échanger avec les collègues travailleurs sociaux ou ma tutrice, pour la simple et bonne raison leur expertise m'étais souvent indispensable. En revanche, j'avais sur la fin de mon stage encore du mal à anticiper certaines situations, comme le montre mon manque de coordination sur le suivi de Monsieur L. Nous aurions pu emmener Monsieur à son rendez-vous si j'avais su faire passer assez tôt l'information aux équipes de nuit, afin que Monsieur soit présent sur son lieu de vie le jour où nous sommes passés.

Il ne s'agit que d'un exemple parmi d'autres, mais il met bien en perspective le manque de capacités de coordination dont j'ai parfois fait preuve.

Dans la mesure où il est compris dans notre cursus universitaire, le stage a aussi une fonction d'apprentissage. Même si nous sommes en situation professionnelle, le but d'un stage est aussi

de nous faire prendre conscience de nos points forts et de ce qu'il nous reste à améliorer. Ainsi, je pense qu'il me reste encore à développer des capacités de coordination comme nous venons de le voir. Apprendre à anticiper et à travailler dans l'urgence fait également partie des aspects que je me suis promis de travailler sur mes prochains postes.

Lorsque je me suis interrogé sur les motifs de ces lacunes, plusieurs aspects sont ressortis. Si le premier est indéniablement le fait que je n'étais pas habitué à ce type d'exercice, il y a également le fait que les caractéristiques en sont spécifiques, et que l'erreur est moins pardonnable, dans la mesure où elle a un impact direct sur l'état de santé des personnes déjà en situation de vulnérabilité.

En outre, le travail de diagnostic de l'état de santé des grands exclus du 93 est critiquable à plus d'un titre. La revue de littérature est loin d'être exhaustive, des acteurs de premiers comme la coordinatrice de l'atelier santé ville de Saint-Denis n'ont pas pu être interrogés, les usagers du Samusocial 93 sont en nombre trop restreint pour que le travail prétende à une quelconque représentativité, et le travail manque de données statistiques. Si je ne cite ici que les principales failles de l'observatoire, c'est parce que la cause de toutes ces critiques est commune : j'ai manqué de temps. Cela m'a donc obligé à renoncer à certains entretiens, à pousser davantage mes recherches théoriques, à mettre en place un outil de recueil de données à partir de mon travail.

Le manque de temps m'a donc obligé à faire des choix, et a généré plus d'une fois une certaine frustration. Je n'ai pas cité ci-dessus l'atelier santé-ville de Saint-Denis par hasard, mais parce qu'il s'agit d'un exemple assez représentatif. Cet atelier a mis en place un dispositif expérimental, une PASS de ville au sein des CMS, et dont la fonction est tout à fait pertinente au regard du public du Samusocial 93. Cela dit, notre premier entretien a été annulé, puis nous n'avons pu nous rendre disponible simultanément pour en effectuer un second. Le résultat est que ce dispositif ne figure à aucun endroit dans mon rapport, alors qu'il aurait peut-être été pertinent de l'inclure au sein d'une préconisation.

Le manque de temps ne s'explique pas seulement par la durée du stage, puisque je m'étais fixé un calendrier en début de stage, que j'ai relativement bien respecté jusqu'au début du mois de Juillet. Le principal écueil dans lequel je suis tombé, notamment en fin de stage, est de m'être davantage consacré aux activités opérationnelles. Le fait d'avoir hérité de certains suivis et les

maraudes médico-sociales ont un aspect plus immédiatement stimulant, que la retranscription d'entretiens par exemple, de sorte que je m'y suis plus volontiers consacré, au détriment du temps passé sur mes missions relatives à l'observatoire. Ma tutrice m'a pourtant régulièrement mis en garde sur ce point, en pointant notamment qu'elle avait ce souci, et qu'elle avait eu recours à un stagiaire précisément pour éviter cela.

Cela dit, la première mission du Samusocial 93 est de répondre aux situations d'urgence sociale, au sens large. Le fait que le terme d'urgence figure au rang des premières prérogatives du service rend particulièrement difficile un travail tel que la mise en place d'un observatoire. J'espère néanmoins être parvenu à poser des jalons solides, et que mon travail pourra servir de base diagnostique viable pour la suite de la mise en place de l'observatoire de la santé des grands exclus sur le département.

C. Intérêt de la mission de stage

Sur un plan relativement large, on peut dire que mes missions de stage s'inscrivent dans le cadre d'une mission de service public qui incombe aux services de l'état : l'accès pour tous aux soins et à la prévention. À ce titre, elles s'inscrivent dans une politique de santé publique, et plus particulièrement dans la récente stratégie nationale de santé, sur le volet des inégalités sociales de santé.

Cela dit, ce rapport a permis de voir que la problématique des personnes à la rue était à la fois sanitaire et sociale, de sorte qu'il est complexe de dissocier les deux champs d'action. Plus que des actions de santé publique, mes missions de stage se sont révélées être des missions de service public. En effet, nous avons pu voir que le fait de vivre sans logement jouait un rôle important sur la santé. La vie à la rue est propice au développement de pathologies spécifiques. Si nous avons principalement cité les addictions, les maladies infectieuses et les troubles mentaux, il en existe une multitude qui doit faire l'objet d'une surveillance particulière, afin de protéger les personnes malades, mais également le reste de la société.

Ainsi, les cas de suspicion de tuberculose ou de gale font l'objet d'une attention et de procédures particulières. La mission de veille et le suivi des personnes à la rue poursuit donc un double objectif : celui d'améliorer la santé des personnes sans abri et celui de prévenir les épidémies que leurs conditions de vie pourraient causer. Protéger le reste de la société ne signifie pas nécessairement prévenir une pandémie à grande échelle : lors de la suspicion d'un cas de tuberculose, l'épidémie ne concernait qu'une structure d'hébergement. Cela dit, même si cette lutte contre les épidémies peut sembler très localisée et limitée, elle s'inscrit dans le cadre des prérogatives du pôle santé du Samusocial 93.

Quoiqu'il en soit, et au travers des différentes actions menées, la principale politique de santé incarnée par le pôle santé du Samusocial 93 est d'améliorer la santé des personnes sans-abri dans le département. Même si cela passe comme nous l'avons vu par une prise en charge globale, la ligne budgétaire qui permet de financer le poste de chargée de mission santé au Samusocial 93 vient exclusivement de l'ARS. Dans ce contexte, on peut souligner la volonté institutionnelle de prendre en charge la problématique de la grande exclusion en contournant le fait qu'il n'existe pas de pôle dédié au sein de l'agence. Mettre à disposition un personnel aux compétences en santé au sein d'une structure à caractère social est en effet une démarche qui mérite d'être saluée, même si, comme nous l'avons vu, il s'agit de moyens insuffisants.

Ainsi, mon stage s'inscrit dans une réelle politique de santé publique, à plus d'un titre. Si la majorité des actions de terrain et opérationnelles font directement appel à la notion d'amélioration de l'accès aux soins et de l'état de santé des personnes à la rue, la production d'un diagnostic sur l'état de santé des grands exclus n'en est pas moins importante.

Ce document formule plusieurs préconisations pour améliorer l'état de santé des personnes à la rue, qui je l'espère seront étudiées par les représentants des institutions à qui elles seront présentées. Cela dit, ces préconisations ne sont pas le seul intérêt de ce document de travail. Ce dernier vise à travers une étude qualitative à renseigner les décideurs et les partenaires sur l'état de santé et les besoins des grands exclus, mais aussi à les amener à la réflexion, au débat. Ainsi, il se présente comme un document de plaidoyer, destiné à être approprié et utilisé par les différents acteurs et partenaires. L'objectif, en rédigeant ce document, était de proposer un socle de réflexion qui se voulait relativement large, afin que chacun puisse y puiser des outils. À la manière de Michel Foucault, j'ai cherché, lors de ce travail de mise en place de l'observatoire, à proposer des portes d'entrées vers les différentes problématiques au lieu de défendre un point de vue. Ces portes d'entrées sont autant d'outils conceptuels à utiliser pour aborder les différentes problématiques que les acteurs de terrain auront identifiés. Ainsi, ce premier travail sur le sujet dans le département se présente comme une boîte à outil, pour aborder la question, tantôt par le prisme de la coordination, tantôt celui du partenariat, celui du lien social ou celui des dispositifs pour ne citer que les principaux exemples. Il appartient ensuite aux lecteurs de choisir la porte d'entrée qui leur convient, pour puiser dans ce travail les ressources qui pourront servir leur propre réflexion.

Enfin, ce travail se veut également une base de travail pour des travaux ultérieurs. Si le temps m'a manqué pour mettre en place un outil de recueil de données viable, ce dernier n'est resté pas moins une priorité pour le pôle santé. Nous avons conjointement, avec la chargée de mission santé, élaboré un document qui doit être rempli lors de chaque rencontre au cours de la maraude médico-sociale, c'est un début, mais qui ne découle pas de mon travail. Poursuivre la mise en place de l'observatoire de la santé passera donc par la formalisation d'un outil de recueil de données de santé informatisé, afin de pouvoir disposer de données statistiques sur les grands exclus. Ce travail se présente donc comme le point de départ d'un projet dont le succès, je l'espère, aura une répercussion positive directe sur l'accès aux soins et l'état de santé des personnes en situation de grande exclusion en Seine-Saint-Denis.

Conclusion générale

Mes missions de stage ont été très variées, et m'ont autant amené à travailler sur le terrain que sur un aspect plus théorique. Outre les très diverses compétences et la connaissance des domaines où je dois travailler pour m'améliorer, c'est surtout ce mélange entre travaux théoriques et pratiques que je retiens comme le principal enseignement de ce stage.

Si l'observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis a occupé la majorité de mon temps de stage, et tient la place la plus importante dans mon rapport, les apports des maraudes de nuit, des maraudes médico-sociales, le développement du réseau partenarial et le suivi santé des usagers du Samusocial 93 sont eux aussi très riches d'enseignements.

Les missions de terrain ont servi de matière précieuse pour la mise en place de l'observatoire, mais l'aspect réflexif a été lui aussi utile, et servira encore, je l'espère, aux missions de terrain.

S'intéresser aux questions d'exclusion, de grande précarité, où tout simplement aux personnes en situation de vulnérabilité ne s'est pas limité dans mon cas à analyser des dispositifs, établir des diagnostics et rencontrer les différents acteurs. J'ai eu l'opportunité de parler avec les personnes bénéficiaires de mon travail, de les comprendre parfois, de m'interroger souvent.

Les compétences que je retire de ces missions de stage sont donc principalement humaines, ce qui est à mon sens primordial, lorsqu'on souhaite travailler autour de ces problématiques. Au-delà d'un apprentissage, c'est donc la confirmation de choisir cette voie pour mon avenir professionnel qui s'est imposé peu à peu comme une évidence, au fur et à mesure de mon stage, tant par l'engagement humain que cela implique, que par ma volonté d'y apporter une vision et une approche qui me sont propres.

Bibliographie

Ouvrages et articles :

Barbe V., Estécahandy P., Raynaud-Lambinet A., Bertrand C., Caubet-Kamar N., Lauque D. *Les structures d'urgences (SU) du CHU, acteurs du réseau Ville-Hôpital « Santé-Précarité »*. Toulouse, Pôle de Médecine d'urgences, 2007.

Barbeyre J., Batz C., Nosmas JP., Ollivier R. *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, 2003.

Brousse C., de la Rochère B., Massé E. « Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds », in Collectif, *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. Paris, La Documentation française, 2002.

Brousse C., Firdion JM., Marpsat M. *Les sans-domicile*. Paris, La Découverte (coll. Repères), 2008.

Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Armand Colin, Paris, 2004.

Chambaud L., *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2007.

Chauvin P., Labas J., « Inégalités et disparités sociales de santé », in Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D., *Traité de santé publique*, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2007.

Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005.

CISS, FNATH, UNAF. *Action contre les refus de soins : dossier de presse*. Paris, 25 mai 2009.

Collectif. *Fiche bibliographique n°1. Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ?* Paris, Conférence de consensus « les sans-abris », novembre 007.

Contandriopoulos AP., Champagne F., Denis JL., Avargues MC., *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000.

Corty, JF., Bernard O., « Médecins du Monde, entre résistance et innovation : le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France » in Bréchat PH, Lebas J (dir.), *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012.

Damon J., *Zéro SDF : un objectif souhaitable et atteignable*. Revue Droit social, Paris, 2008.

Declerck P., *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Recommandations et indicateurs*. Paris, DHOS, mai 2008.

Fayard D., «Il y a vingt ans : le rapport Wresinski». *Revue Quart Monde*, N°200 - *Le refus de la misère a-t-il pris corps ?* Revue Quart-monde, 2006.

Firdion JM. *Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domiciles*. Paris, Économie et Statistique, 2006.

FNARS, *Sortir de la rue: conférence de consensus*, Paris, 2007.

Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, Presses Universitaires de France, 1963.

Foucault M., *Les anormaux, Cours au collège de France de 1975*. Seuil, collection « Hautes

études, Paris, 1999.

Hassin J., « État de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris » In : Chauvin P., Lebas J., *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998.

Laporte A., Chauvin P. (sous dir.), *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France (Samenta)*, Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, 2010.

Lignac Marion, *La maladie, cet obstacle à l'insertion*. Le magazine de la FNARS, n°6, Hiver 2014.

Magazine Pluriels, *Les Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité : un état des lieux et des perspectives*. n°67, Paris, 2007.

Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*. Paris, 2013.

Médecins du Monde, rapport annuel d'activité de la mission « Banlieue », document interne, 2013.

Mercuel A., *Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives*. Paris, Pluriels, 2007.

Parizot I., *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

Paugam, S., *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991, nouvelle édition « Quadrige », 2000.

Paugam S. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, collection « Le Lien social », 2007.

Rapports :

Archimbaud, Aline : rapport sur l'accès aux soins des plus démunis (Septembre 2013):
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000645/0000.pdf>

Jeannine BARBERYE, Charles de BATZ, Jean-Patrice NOSMAS et Roland OLLIVIER,
Deuxième bilan relatif à l'application de la loi de lutte contre les exclusions (Mars 2003) :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000739/0000.pdf>

Cour des Comptes. Rapport public thématique sur les personnes sans domicile (mars 2007) :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208/0000.pdf>

Chambaud Laurent, de Fleurieu Agnès : Rapport de la mission effectuée à la demande de
Mme Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité (août 2006) :
https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_de_FLEURIEU_Aout_2006_Hebergement_des_SDF_a_paris.pdf

Chambaud Laurent (IGAS) : La coordination de l'observation statistique des personnes sans-
abri (Octobre 2007) : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/rapportsdf_stats_chambaud.pdf

Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin : La santé des personnes sans chez soi
(Novembre 2009): http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

Elise PICON, Dr Nadine SANNINO, Béatrice MINET, Anne-Cécile HENOCQ, Romain
SEIGNEUR : Évaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé (Février 2013) : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf

Wresinski Joseph : grande pauvreté et précarité économique et sociale (Février 1987) :
<http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

Textes législatifs :

Articles L. 1110-3 alinéa 79 et R. 4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique

Circulaire du 28 décembre 1998 relative à l'évaluation des politiques publiques, JO n° 36 du

12 février 1999

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>

Mémos, guides, tribunes :

Brigaud Thierry, Robert Graciela, Les sans-abri : le triste constat (Janvier 2014) : <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Tribunes/Les-sans-abri-le-triste-constat>

CISS, Résoudre le refus de soins Conférence Nationale de Santé, (Septembre 2010) : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Resoudre_les_refus_de_soins.pdf

Conférence de Territoire de Seine-saint-denis : Contribution de la conférence de territoire de santé de Seine-Saint-Denis au Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) (Mai 2011): http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/contribution-ct/CT93.pdf

DRIHL, « Pauvreté, précarité, hébergement, logement: les données de référence en île en de France (Décembre 2010): <http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/pauvrete-precarite-hebergement-a2220.html>

Ministère de l'emploi et de la solidarité, *La santé publique à l'épreuve du terrain*, Guide pratique en santé précaire, Paris, 1997.

Observatoire régional de la santé d'île de France, *Fiche 6.1 : Pauvreté et précarité*, Paris, 2011.

UNIOPSS, L'accès aux droits et à une couverture médicale, Mémo récapitulatif à l'usage des professionnels (Octobre 2012) : http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2012/J_octobre_2012//66651_Livret_acces_aux_soins.pdf

Liste des annexes

1. Retranscriptions des entretiens :

Entretien 1 :

« plutôt qu'un accueil de jour, on est un lieu de vie, et on a à ce titre un côté accueillant »
« on offre les prestations habituelles : accueil, petit déjeuner, douche, hygiène. On a aussi un médecin et deux psychothérapeutes qui viennent une fois par semaine »

« on a des gens qui viennent depuis des années et qu'on ne connaît que par un surnom »
« 80 % des gens qui viennent ici sont à la rue. C'est un public très désocialisé, en rupture avec à peu près tous les dispositifs »

« on a des types qui préfèrent la rue aux centres d'hébergements »

« l'équipe, c'est deux conseillers, dont un qui est éduc, et quatre animateurs »

« on gère l'accueil de jour, et en même temps on a dix places d'hébergement »

« on a ouvert en 2010. Il y a huit chambres et deux chambres couples, et depuis qu'on a ouvert, quatorze sont passées par ici. Il y a eu trois décès, un qui a aujourd'hui un logement autonome, et un qui a été viré suite à une agression »

« La nuit, il n'y a personne ; de toute façon, si ça doit éclater, ça éclatera »

« on essaie de les amener à travailler sur eux-mêmes »

« quand tu regardes leur passé, il y a une scolarité défaillante, des grosses ruptures familiales, des grosses douleurs et de grosses souffrances. C'est des gens qui n'ont pas trouvé autour d'eux les moyens de se reconstruire ou de se réparer »

« à la rue, ils ont ce handicap d'être incapable de se réinsérer : tu leur donne un boulot, ils vont le perdre, tu leur donne un logement, ça va devenir un squat »

« c'est des gens qui doivent réapprendre beaucoup de choses, et déjà se réconcilier avec eux-mêmes »

« ils ont un discours trompeur : quand ils vont voir les travailleurs sociaux, c'est pour avoir un petit avantage immédiat. Ils savent très bien ce qu'ils doivent dire ou répondre. »

« c'est des gens qui ont quelque chose en eux à réparer »

« entre eux ça peut être difficile : les roms, c'est les mecs en bas, la cas psys, ils font chier, les cloches, ils puent »

« pour les aider à se reconstruire, il y a les thérapeutes, mais on a aussi un atelier théâtre, où ils ont le statut d'intermittent du spectacle (...), le clown, où ils déambulent dans des lieux publics et apprennent à rencontrer le regard du public. »

« Il y a aussi le séjour de rupture au Maroc, où on emmène des gens qui ont des grosses addictions. On leur dit par exemple d'acheter la quantité d'alcool qu'il leur faut pour tenir, pas pour se soûler. Nous on garde les bouteilles, et tous les soirs, on fait un apéro avec des cacahuètes, on discute, etc. »

« en fait, la cure de désintoxication, elle se fait pendant le trajet, puisqu'on part en mini bus. Et ils tiennent le choc. Une fois là-bas, ils se mettent comme des fous dans les travaux pour décompenser, mais ils tiennent »

« ils changent de statut : d'assisté ici, ils deviennent donateurs là-bas. Ils se rendent compte qu'ils peuvent se passer d'alcool à partir du moment où leur vie est occupée par quelque chose »

« quand ils reviennent, il y a quelque chose de nouveau en eux. Il y a encore beaucoup de problèmes à régler, mais ils n'ont plus du tout le même comportement »

« quand ils reviennent, ils ne savent peut-être pas encore ce qu'ils voudraient faire, mais ils savent ce qu'ils ne veulent plus vivre »

« au retour du Maroc, on a des transformations sur les cinq six mois qui suivent qui sont significatives. Et c'est là qu'on peut les orienter vers les dispositifs de réinsertion classiques »

« pour certains, ça marche, ils changent, pour d'autres, il y a au moins la fierté de l'avoir fait »

« au retour, on leur propose une place d'hébergement, mais ce n'est pas leur première demande. Ils préfèrent se rendre et se sentir utiles. Du coup, on leur propose de faire du bénévolat sur l'accueil de jour »

« on en a beaucoup qui se mette ensuite à vivre une vie de couple, ce qui les motive davantage »

« des expériences comme le voyage au Maroc, ça les bouscule, et ça les force à se poser et se demander : où j'en suis ? »

« ils mettent de côté l'aspect illusoire qui consiste à dire qu'ils peuvent reprendre une vie normale quand ils le veulent »

« le premier boulot dans un accueil de jour, c'est de créer du lien »

« que tu sois animateur, éducateur, psychothérapeute ou gardien, le boulot, c'est d'être en bas

avec les mecs »

« si il y a un lien, la personne va plus facilement accepter ce qu'on lui propose »

« l'accueil chez nous, il peut sembler rugueux, car on les met jamais en situation de victime »

« on leur dit : tu viens comme tu es, mais n'attends pas de nous de la compassion ou des choses comme ça. C'est une relation plus saine : on est des outils, pas des gentils, pas là pour les sauver »

« il y a beaucoup les bronches, la digestion, et les pieds mal soignés »

« on a beaucoup de cas psys, c'est à peu près 20 %, dont la moitié de trucs très lourds »

« les hôpitaux psys, on y va pas, ils veulent pas les mecs. C'est plutôt l'inverse, c'est eux qui envoient des mecs à la rue en donnant notre adresse »

« on a quelques mecs suivis en CMP, dont deux qui acceptent qu'on les accompagne de temps en temps, mais ils viennent souvent ici, parce qu'on est le seul lieu non médicalisé, et aussi où on leur demande rien »

« les cas psys, c'est très compliqué d'héberger ce public, mais il manque des structures adaptées sur le département »

« pour nous, c'est plus facile, parce que les gens sont ancrés sur l'accueil de jour, et beaucoup d'échanges sont informels »

« les emmener au médecin, c'est relativement facile quand il est sur place »

« les emmener sur les PASS, les hôpitaux, c'est très compliqué sur les grands exclus »

« un mec qui avait le pied pourri, il a accepté qu'on l'emmène de force. Ensuite, il s'est sauvé deux trois jours, puis on a dû l'amener tous les matins pour des soins »

« un jour, un mec a débarqué avec une plaie ouverte, et il y avait une graine qui avait germé à l'intérieur »

« comment tu veux le soigner, alors que le même ne sent pas qu'il a un corps, et qu'il le maîtrise »

« un mec qui sent qu'il y a quelque chose de vital, quand ils ont peur de mourir, il accepte »

« on ne peut pas dissocier leurs problèmes de leur volonté propre : c'est en lui qu'il y a quelque chose à réparer, avant de réparer son corps »

« pour une grande partie, la santé c'est une contrainte. Tu ne peux pas créer du lien en passant par une contrainte. »

« les LHSS, le problème, c'est que les usagers ne peuvent pas consommer »

« la difficulté pour les personnes malades à la rue, c'est qu'il est interdit de boire dans les

structures de soins. En d'autre termes, on leur interdit les soins »

« leur demander d'arrêter de boire pour entrer en structure, c'est comme si on demandait aux gens de ne pas être malade pour entrer à l'hôpital »

« Il faudrait peut-être des lieux qui accueille les gens qui ont besoin de boire. »

« ici, on essaie de faire en sorte avec eux qu'ils maîtrisent leur alcool, avec un repas et du vin à table, une bière à quatre heures, ce genre de choses »

« ils sont demandeurs pour maîtriser leur consommation. Là où ça dérape, c'est le jour où on ne fait rien »

« sur un lieu de soin, tu peux mettre des règles un peu plus contraignantes pour eux, mais les mettre au régime sec, c'est impossible »

« il faudrait des petites structures, où chacun dispose de sa chambre, son lieu à lui qui ferme à clefs. »

« il faut créer des petits lieux. Si on veut qu'ils retrouvent une image humaine, il faut créer des lieux à dimension humaine »

« le 93, c'est le plus pauvre des départements, et les grands précaires, tout le monde s'en fout. Sauf l'hiver, où on veut les sortir de la rue, par la collectivité, alors qu'ils sont hyper loin de cette vie là»

« le grand exclus n'est jamais abordé en tant qu'homme. On le stigmatise : c'est quelqu'un à qui il manque la santé, ou ci, ou ça »

« le grand exclu, c'est avant tout un homme, qui doit trouver sa solution propre, si il en a envie, ou déjà lui donner cette envie. C'est un boulot particulier, sur la personne.

« il y a une différence entre les SDF et ceux qui passent par la rue suite à un pépin. Eux, ils n'y restent pas, même si ça dure plus que ce qu'ils voudraient, car ils acceptent les dispositifs normaux »

« les problème de l'état, c'est qu'il travaille avec des chiffres, et que nous, on travaille avec des hommes »

« aujourd'hui, la DRIHL veut qu'on cache la misère, les morts à la rue »

« pour les grands exclus, il n'y a pas d'engagement de l'état »

« au niveau des assos, chacun travaille dans son coin, et on continue à aider l'état à cacher ça »

« les directives viennent de moins en moins du terrain. Les décisions viennent d'en haut mais ne correspondent pas à la réalité »

Entretien 2 :

« A choisir, on va privilégier les plus malades et les plus précaires (polypathologie, personnes sans papiers et sans ressources »

« La maladie mentale n'est pas la porte d'entrée, mais on peut accueillir des personnes qui ont des pathologies mentales »

« Moyenne de séjour : 18 mois. 11 sorties en 2013. »

« Les personnes bénéficient d'une aide matérielle et financière. »

« Vu qu'on a une équipe médicalisée, on ne fait pas appel aux EMPP. »

« On est complètement financés par l'ARS. »

« On a pas d'obligation de résultats, mais on en a pas besoin : on arrive pour le moment à répondre à seulement 5 % de la demande % »

« Il y a cinq ACT sur le territoire avec qui on a mis en place un guichet unique depuis le premier janvier 2012. »

« Du coup, aujourd'hui, les structures accueillent un public homogène sur le département, mais chaque structure garde la liberté de sa politique d'admission. »

« Ensuite, quand les personnes sortent de chez nous, on peut autant parler d'une orientation en CHRS, sur un solibail, sur des logements autonomes, ou même sur des logements privés. »

« Avec les primo arrivants, il y a un gros travail socio-éducatif sur les représentations, sur comment gérer un logement. »

« L'idée du travail social est de rendre les gens autonomes. Si on y arrive pas, la question est de savoir vers où on oriente. »

« Les demandes ACT sont toujours avec un axe médical confidentiel et un axe social. C'est ce qui nous permet de dresser des priorités »

« Les demandes viennent des hôpitaux, des LHSS ou des CSAPA »

« Le circuit classique commence par un passage à l'hôpital où les personnes découvrent leur pathologie, puis sont orientées vers les ACT ou LHSS. »

« Nous, on reste présents, on continue de conseiller en essayant de les convaincre de continuer les traitements les plus importants. »

« Les gens jouent beaucoup sur le fil. Moi j'appelle ça des comportements suicidaires. »

« Quand t'as une grippe, ça va mieux au bout de quatre jours, t'arrêtes de prendre les médicaments. Quand tu prends vingt médicaments par jours depuis des années, c'est pareil, ils peuvent en avoir marre. »

« La grande question prioritaire, c'est le logement, ou du moins, l'abri »

« L'expérimentation un chez soi d'abord montre que c'est un toit qui permet en premier lieu de stabiliser les gens »

« En entretien d'admission, les gens ne parlent pas de santé, ils disent avoir besoin d'un toit. »

« On a autant de partenaires que d'usagers. »

« Je crois qu'un EHPAD spécifique pour ces personnes a été ouvert à Bobigny »

« Il y a une grosse concentration de personnes et de demandes. »

« Comme les pouvoirs publics sont un peu paumés dans tout ça, ils financent facilement des expérimentations. »

« Les démarches institutionnelles d'accès au logement sont parfois trop longues. »

« La moitié de notre public ne relève plus des ACT. »

« C'est très bien que l'état nous laisse faire. »

« L'état a aussi une mission de contrôle, qu'il ne fait pas assez. »

« L'état aurait aussi un travail de réseau. Il y a un manque de coordination, mais ils ont déjà leurs propres soucis comme des manque d'effectifs. »

« Il faudrait aussi décloisonner. »

« Quand on a une demande en CHRS par une personne qui a le VIH, on la refuse en disant que le dispositif n'est pas adapté, alors qu'elle peut très bien être autonome dans la prise de ses médicaments et sur le plan médical. »

« Pour certains professionnels, il faut que les gens rentrent directement dans des cases. »

« Le décloisonnement, ce serait s'adapter aux personnes rencontrées et non l'inverse. »

« On laisse parfois trop de place aux équipes : ce n'est pas aux professionnels de dicter la politique associative. Leur boulot, c'est d'incarner cette politique. »

Entretien 3 :

« le seul contact qu'on a, c'est avec la DRIHL, avec qui ça se passe très bien »

« d'abord c'est l'alcoolisme. Après, on a eu des cas de gale et de tuberculose, mais le gros problème, c'est l'alcoolisme. »

« les pathologies sont propres à chaque personne »

« je pense que quelqu'un qui est à la rue, il essaie d'oublier ce qui s'est passé à travers l'alcool. On dit aussi que ça tient chaud »

« quelqu'un qui a des problèmes mentaux, en général, ça ne vient pas de la rue, ça date d'avant »

« quand on a une hésitation, on peut appeler le médecin régulateur du SAMU de la Croix-rouge, et il nous conseille »

« on porte une attention particulière pour les mineurs à la rue »

« l'éternel problème, c'est qu'on ne peut pas toujours trouver des places »

« ça irait mieux si Paris arrêtait de nous envoyer des gens du côté de Saint-Ouen ou Saint-Denis »

« on a une directive nationale qui dit qu'on ne doit pas aller dans les camps de roms »

« il y a quelques années, la croix-rouge a participé au renvoi des roms dans leur pays »

« la seule orientation qu'on fait, c'est le 15 »

« dès l'instant où on a un toit, on accède à un cercle vertueux »

« dès qu'on accède à un logement, on peut se laver, avoir une couverture médicale, on s'habille, on mange... »

« le problème, c'est le logement »

« je n'ai pas connaissance de personnes qui sont vraiment âgées qui sont dans la précarité »

« Après deux trois ans de rue, la réinsertion est très difficile »

« quelqu'un qui vient d'arriver à la rue, si on l'en tire pas tout de suite, il fera sa vie à la rue »

« heureusement que les associations existent, sinon la France serait en 1900 avec des types dans le caniveau »

« le but n'est pas de rendre service à l'état, mais d'aider les gens à la rue »

« vu la conjoncture, l'état se désengage sur un certain nombre de missions »

Entretien 4:

« La question de la précarité est assez dispersée entre les pôles, à la fois au niveau du siège et des délégations territoriales »

« Difficile de vous dire qui s'occupe de quoi, c'est beaucoup plus simple d'avoir une organisation transversale »

« Les agences sont centrées sur les questions de santé, et plus sur les questions sociales »

« D'un côté, ça faciliterait les choses d'avoir un interlocuteur unique, de l'autre, ça crée une dynamique. »

« Il y a des vraies nuisances environnementales : combustions,, des chapardages, des déchets, etc. »

« L'image est de plus en plus négative, notamment avec les camps mafieux. »

« Les camps qui sont un peu fixés sont à distance des habitations »

« Les structures qui ont une activité pertinente vont recevoir le public qui aurait du se rendre ailleurs. On a des effets de vase communicants ».

« Sur le papier, l'offre est cohérente, mais en réalité, cela dépend énormément des personnes ressources et des différents acteurs ».

« En Seine Saint Denis, il y a une prise en charge, soit très affichée avec une budget spécifique, soit c'est intégré à la file active. »

« On a à peu près deux tiers des PASS qui n'ont pas de rapport d'activité. On a quelques infos sur qui travaille, la file active, les services accessibles à travers des enquêtes coordonnées par l'ARS. C'est une vision photo, mais qui est un peu floue. »

« Elles ont normalement une base commune fixée par le cadre national. »

« Proses existe parce que la DASS a souhaité que cette action soit confiées à d'autres. »

« Ils ont un regard parfois très militants, qui peut être utile, face au champ institutionnel, qui a aussi ses limite. »

« Ces associations vivent grâce aux financements de l'agence, comme dans la culture. »
« C'est une autre forme d'exercice et d'engagement. »
« Pour les usagers, c'est aussi parfois nébuleux d'avoir autant de différents interlocuteurs. Cette richesse peut être perturbante. »

Entretien 5 :

« à part les urgences de l'hôpital, les lieux de soins ne sont pas identifiés »
« C'est pas simplement une histoire de méconnaissance des offres. Il faut de l'accompagnement physique vers les structures »
« on ne peut pas travailler sans une maraude psy avec ce public là »
« la première chose à faire pour une équipe soignante est d'aller s'asseoir et causer »
« nous, on peut aider pour ceux qui ne sont pas résistants à l'accès aux droits, mais pour ceux qui préfèrent souffrir d'une fracture que de montrer leurs mains, on ne peut rien faire »
« c'est là la place des PASS psys : accompagner ceux qui ont de tels blocages que c'est aux professionnels de les motiver »

« avant, c'était de l'accueil inconditionnel, maintenant, il faut remplir des conditions »
« plus les institutions se formalisent, plus les exclus ne rentrent plus dans les critères »
« si le mec veut juste bouffer, il faut lui donner à bouffer, et peut-être que le lendemain il viendra parce qu'il a mal aux dents »
« les accueils de jour sont peut-être encore les seuls lieux d'accueil inconditionnel »
« même les CHRS veulent maintenant des gens gentils qui vont travailler vite : les institutions écartent les plus exclus »
« plus on met de critères d'entrée, plus on produit de l'exclusion »
« il y a toujours besoin d'un dispositif ramasse miette, c'est sociologique ! Les systèmes sont au début un peu souple, puis ils deviennent excluants »
« ce qui est intéressant, c'est de travailler sur les zones d'incertitude autour du cadre défini par ton institution ».
« moi, j'exclue toutes les personnes qui n'ont aucun lien avec l'hôpital Delafontaine. Implicitement, il y a un moyen de contourner cette limite, si une personne se présente aux urgences »

« la logique d'action institutionnelle ne rencontre jamais la logique des acteurs de terrain »

« les partenariats sont interpersonnels plus qu'interinstitutionnels »

« l'écouant 115 a un discours normé, imposé par la cheffe de service, lui-même régulé par la DRIHL »

« Tous les technocrates croient que les agents sont polyvalents, et que les dispositifs sont désincarnés : ça peut marcher sur des gros cadres, mais pas sur notre public. On doit travailler dans la dentelle. »

« quand on demande des moyens supplémentaires, on me demande de trouver des critères d'exclusion »

« soit tu as les équipes qui permettent d'absorber les critères d'exclusion, soit tu te soumetts »

« en cinq ans, on est passé de 500 bons PASS à 8700 bons PASS avec 0 % d'augmentation du budget donné par l'ARS »

« forcément, avec un mi-temps de sociologue, c'est plus facile de faire des études »

« l'ARS cherche des indicateurs pour savoir à qui donner les crédits »

« les budgets des PASS sont historiques : on te demande combien de temps pleins tu embauches, et pas combien de personnes tu reçois »

« pas mal d'autres PASS ont compris : ils mettent tellement de critères d'inclusion que beaucoup de patients d'île de France comme les Roms préfèrent revenir chez nous, parce qu'ils savent qu'ici on leur fait la photo, etc. »

« les SDF, c'est une population qui n'a d'errance que leur situation administrative »

« quand tu donnes la possibilité aux gens d'avoir des lieux d'attache, il la saisissent »

« Si tu es malade et à la rue, la seule différence, c'est que tu es plus fragile. Sinon, la problématique est la même : si tu n'as pas accès aux soins, ce sera la même chose à plus de 60 ans »

« Tous les gens qui n'ont pas de papiers en sont exclus »

« Les personnes qu'on voit viennent de toute l'île de France, et on a plus de 80 nationalités représentées. »

« La pluriculturalité, et la surprécarité sont bien caractéristiques de notre public »

« il a fallu qu'on prenne le temps d'expliquer aux mamans roms que c'était normal de garder les enfants trois jours à la maternité, et que leur bébé était en bonne santé »

« là encore, il y a besoin de médiation avec des populations qui sont loin sur le plan culturel »

« l'investissement de l'état, c'est une question de budget »

« avec un discours très militants, les assos peuvent tenir un discours tout à fait discriminant. Les Act peuvent par exemple refuser un mec qui a un cancer parce qu'ils ont l'habitude de recevoir des patients atteints de VIH »

« C'est un faux débat d'opposer les institutions et les associations : l'état n'a jamais autant financé le 115. La question qu'il faudrait se poser, c'est : est-ce que ce mode de fonctionnement est adapté ? »

Entretien 6:

« L'ASV était jusqu'en 2010 orienté vers la santé mentale. Aujourd'hui, c'est l'ouverture de droits et l'accès aux soins ».

« C'est surtout de l'accompagnement dans le remplissage de formulaires. »

« On a des délais d'instructions de dix jours au lieu de plusieurs mois auprès de la CPAM ».

« On travail autour de la nutrition, promotion des dépistages organisés, autour de la santé mentale, de la périnatalité. »

« Suite à ces événements, les personnes viennent à nous dans les quatre jours. »

« Il y a un groupe de travail sur les gens en situation de précarité, mais peu de public à la rue. »

« Ce sont principalement des migrants .»

« Il n'y a pas énormément de SDF qui consultent au CMS. »

« Il n'y a pas de pathologies spécifiques, mais on retrouve des choses caractéristiques au logements insalubres, comme des pathologies respiratoires. »

« On a 7 % d'AME sur la population municipale. »

« C'est l'équipe du centre d'examens de santé, essentiellement infirmière, qui vient »

« Je n'ai pas l'impression d'un désengagement de l'état ».

« Il y a une volonté avec le PRAPS d'aller vers les personnes en situation de précarité, mais

ça a toujours été une volonté de l'état de confier ce travail à des opérateurs associatifs. »

« Les associations ont effectivement une position paradoxale. »

Entretien 7 :

« le but est de cibler une population qui cumule des problèmes de précarité et de souffrance psychique »

« je vois une grande partie des gens vus par le médecin, mais pas forcément:les gens sont parfois accompagnés par quelqu'un d'autre »

« 90 % des gens qu'on rencontre sont à la rue, et les autres sont en hébergement d'urgence »

« les adresseurs sont essentiellement les associations et les EMPP »

« Dans notre esprit, on cherche à ne pas refaire de l'exclusion : on accueille toutes les personnes pour lesquelles ça a du sens de venir chez nous. Eventuellement, on oriente ensuite, mais on accueille systématiquement, et de manière inconditionnelle »

*« la PASS est la vitrine et le fer de lance de l'axe précarité du projet d'établissement de Ville-
evrard »*

« on a le projet est de créer une PASS psy ailleurs sur le département, à Saint Denis. Ça demande un minimum de coordination entre les trois PASS, à l'hôpital, de ville, et psy. Notre rôle est de mettre en avant qu'on a pas pour vocation d'accueillir le tout venant »

« la PASS a un financement fléché par des fonds ARS. C'est de l'argent qu'on touche directement »

« La contrainte, c'est qu'on doit rendre des compte : on doit montrer que l'argent public a été bien utilisé »

« notre financement n'est pas pérenne : il renouvelé en fonction des chiffres qu'on produit »

« on a des outils de recueil quantitatifs et qualitatifs »

« l'idée, c'est qu'on est un sas à double sens : on utilise à la fois les EMPP pour amener les gens vers le soin somatique, mais ça marche aussi dans l'autre sens : des gens viennent nous voir pour un problème somatique et on oriente ensuite vers les EMPP car les gens ont besoin de soins »

« en théorie, une fois que les gens ont la CMU ou l'AME, on peut les orienter vers les dispositifs de droits commun, mais ce n'est as si simple, un lien s'est créé et il faut éviter la rupture thérapeutique »

« je suis là depuis un an, et je n'ai toujours pas fait de passage »

« on a une file active de 70 personnes par an : ça tient à la différence entre une PASS hospitalière et une PASS psy »

« nous, on va s'occuper des gens qui vont passer à travers les mailles de la protection sanitaire »

« on a une petite file active parce que chaque situation nécessite un investissement qui demande beaucoup de temps »

« la tranche d'âge pour nous, c'est entre 40 et 60 ans, qui ont un long parcours à la rue et d'exclusion »

« on a énormément de problème dentaires »

« on reçoit surtout des gens qui ont été à la rue des années, et dont l'état est dégradé parce que la santé n'a pas toujours été la priorité »

« les grands classiques : le diabète, le cancer »

« c'est un public qui marche beaucoup, donc les pieds »

« la kiné revient beaucoup, d'autant plus qu'on a pas de consultation à proposer pour les personnes sans droit »

« la voie d'entrée, c'est le médecin généraliste, qui fait ensuite des orientations vers les spécialistes si besoin »

« chez nous, c'est plus rapide qu'avec un bon PASS, il n'y a pas besoin de passer par la caisse »

« clairement, c'est la relation avec les accompagnants qui pousse les personnes à consulter »

« il y a aussi des gens suffisamment autonomes pour venir seuls »

« quelqu'un qui est très exclu et qu'on a du convaincre de venir, il lui faut un dispositif sans contrainte, et c'est là l'intérêt des PASS psys »

« l'idée de la PASS psy, c'est aussi de servir d'interface entre la rue et la PASS normale »

« la synergie qu'on peut trouver, c'est qu'on est mobile pour accompagner les gens et que les PASS normale ont le plateau technique »

« on se préoccupe des besoins primaires des personnes : le temps que les personnes se réapproprient le soin peut-être parfois long »

« le fait de parler d'orientation pose problème, car on voit des personnes qui n'ont vu personne depuis longtemps »

« actuellement, je travaille plus avec les personnes sur l'aménagement de leur vie à la rue »
« je travaille aussi sur les demandes SIAO et le 115, mais on travaille plus sur l'aménagement de la vie à la rue, dans une visée pragmatique »

« je ne suis pas sûr qu'il y aie autant de personnes étrangères dans le 93 et dans le limousin »
« bien souvent, ce sont des personnes qui ont lâché prise et qui ont perdu leurs papiers »

« on parle de l'opposition wéberienne entre éthique de conviction et éthique de responsabilité »

« de fait, il y a des gens qui sont dans la rue et qu'on n'arrive pas à toucher. Sur le principe, c'est pas une bonne chose de créer des PASS, car ça stigmatise les gens et on crée des filières d'exclusion. En pratique, ça permet à beaucoup de gens d'accéder aux soins. »

« les moyens qu'on nous donne, c'est des moyens qu'on a retiré à l'hôpital, mais est ce que l'hôpital a les compétences pour gérer la précarité »

« on contribue au désengagement de l'état en faisant notre travail, mais si on le fait pas, les gens resteront à la rue »

« on peut travailler avec cette ambiguïté là, car ce qui nous intéresse, c'est le bien être des gens, même si politiquement, c'est pas défendable »

« on aurait raison sur le long terme de tenir un discours de l'éthique de conviction, où on accepte de sacrifier pendant dix ans un accès aux droits, afin d'avoir des dispositifs communs dans dix ans »

« concrètement, les gens sont aujourd'hui en danger. On a pris le parti d'agir dans l'urgence »
« un argument à entendre, c'est : quelle est la parole des usagers ? »

Entretien 8 :

« on a des fonds de l'état, de l'ARS, du département, mais on est une association privée »
« au travers des rapports d'activité, on est un peu obligés de justifier ce qu'on fait »

« la loi stipule qu'il est à prohiber les arrestation bas seuil, c'est à dire autour des CAARUD »
« on a eu beaucoup d'interpellation autour, mais maintenant, le message est correctement passé »

« il y a un gros travail de partenariat avec les mairies, les CMS, les CMP »

« beaucoup de personnes qui viennent nous voir viennent de CMP »

« La pathologie la plus présente chez nous, c'est l'hépatite C »

« il y a un réel problème de malnutrition, des carences en tout »

« est-ce que c'est la rue qui a amené la pathologie psychiatrique ou la pathologie psychiatrique qui a amené à la rue ? »

« le public toxicomane est beaucoup plus faible en terme immunitaire »

« il peut y avoir des problèmes pneumos »

« c'est surtout le lien que la personne entretient avec nous qui va l'amener vers le soin »

« ça peut être l'urgence, ou la conscience de la gravité de la pathologie »

« on peut commencer par les amener au moins vers le dépistage parce qu'il nous font confiance »

« on a pas mal de gens pour qui le soin, c'est pas l'urgence : l'urgence c'est de trouver de quoi se shooter, de quoi consommer »

« il viennent nous voir dans une démarche d'obtention de matériel »

« une fois que la pression de la rue est retombée, les personnes sont plus disponibles pour le soin »

« sur les logements, on dispose de places d'hôtel et de trois appartements de stabilisation dédiés à des consommateurs actifs »

« on gère des appartements thérapeutiques et une communauté thérapeutique pour les personnes qui veulent faire l'expérience de l'abstinence »

« il y a un accompagnement progressif vers l'autonomie »

« il y a un public qui pose question à tout le monde, c'est les personnes des pays de l'est »

« on a pas beaucoup d'outils de recueil de données, mais le public est bien connu car le département est fortement confronté à la précarité »

« on a un rapport interne et un externe, le premier est littéraire, et le seconde plus statistique »

« la dotation globale nous permet d'avoir une marge de manœuvre sur notre activité »

« un projet d'établissement est en cours de réécriture, pour adapter son fonctionnement aux publics reçus et à l'environnement ».

« on est le département le plus pauvre de France et aussi celui où il y a le plus de CAARUD et d'usagers »

« la proximité avec les autoroutes et l'aéroport nous amène des gens en transit »

« on est un département qui n'est pas trop mal lotis »

« pour les personnes vieillissantes, on a aucune structure d'accueil »

« les personnes victimes de troubles psychiatriques sont aussi rejetés »

« on est face à un désir d'exclusion qui crée de la surexclusion »

« qu'est-ce qui amène les personnes à la rue ? La précarité ? Les addictions ? Le fort taux de chômage ? Les séparations familiales ? »

« Le désengagement de l'état est surtout financier. Il n'y a pas de réelle volonté de créer des dispositifs »

« Globalement, c'est en lien avec la crise financière, mais c'est aussi en lien avec la prévention de la précarité : les expulsions locatives par exemple »

« il faudrait aussi sortir les personnes de l'hôtel pour les héberger dans le parc immobilier à loyer modéré »

Entretien 9 :

« L'équipe est composée de travailleurs sociaux, diplômés ou pas »

« Le CAARUD de Montreuil est le premier service de l'asso, qui a ensuite ouvert un autre CAARUD, et un centre d'hébergement qui accueille des personnes qui sont des consommateurs actifs »

« Avec le travail de rue, on touche un public qui n'est pas du tout précarisé : c'est des gens qui travaillent, qui ont une famille »

« Au CAARUD, on a deux trois personnes qui ont un chez eux, et les autres sont soit en squat, soit dehors »

« la malnutrition, les abcès liés aux consommations, les brûlures et coupures au niveau des doigts, les hépatites C représentent beaucoup de notre file active »

« La santé mentale, on gère tant bien que mal »

« On a pas mal de décompensations et de dépressions, mais on a du mal à déterminer si c'est lié à la consommation de drogues »

« Dans la réduction des risque, on ne peut pas travailler seuls, c'est impossible. On s'appuie sur un réseau de partenaires qui est en place depuis très longtemps. »

« Le département est pas mal pourvu en terme de dispositifs d'accueil qui ne font pas d'hébergement »

« Les données sont récoltées pour les tutelles : l'ARS, le conseil général, les communes, la DRIHL »

« Notre public est composé à 90 % d'hommes, beaucoup de polonais, consommateurs de tabac et d'opiacés, mais c'est spécifique à ici. On a pas du tout les mêmes données à Saint Denis. »

« On a un projet d'établissement dont la ligne principale est la réduction des risque : distribution de matériel, prestation d'hygiène, accueil des gens qui ont des chiens. »

« Ça fait quatre ans de suite qu'on héberge vingt personnes pour la période hivernale »

« On travaille beaucoup avec l'ARS, la DRIHL et le Conseil Général pour monter des projets et demander des subventions ».

« Le rôle de l'état est plus du côté de la tranquillité public. Il assure son rôle à travers des CMS, des PASS hospitalières »

« Les moyens sont jamais suffisants, et c'est toujours compliqué, mais c'est plus lié aux problématiques des personnes qu'au désengagement de l'état. »

« Je ne dirais pas que l'état se désengage. On a quand même des ressources »

« Après, on peut quand même avoir quelques critiques d'ordre plus politique : le fait que le conseil d'état ait refusé d'ouvrir une salle de shoot à Paris en est un bon exemple »

« Dans la RdR, on a toujours obtenu des trucs à l'arrachée, sur le fil du rasoir, entre le légal et l'illégal pour répondre à des besoins de santé publique »

« Ça fait bien longtemps que la précarité, tout ce qui est lié à la drogue, la prostitution n'est pas à l'ordre des priorités pour le gouvernement. C'est ce qui fait qu'on est dans un milieu militant »

Entretien 10 :

« Nous, la porte d'entrée, c'est qu'ils viennent vers nous, qui ont eu l'information par le bouche à oreille que le CASO existait »

« ils viennent quand il y a un besoin médical, de soin ou d'accès aux droits, et pas de couverture maladie, ou des refus de soins »

« ce sont à 99 % des étrangers sans papiers, soit éligibles à l'AME tout de suite, car ils peuvent justifier de trois mois de présence, soit plus tard »

« nos profils, c'est pas des personnes qui vont se mettre en situation d'exclusion de plus en plus grande »

« c'est beaucoup d'hommes, entre 30 et 40 ans »

« on les oriente vers les CCAS quand ils font leur taf pour l'accès aux droits, vers les PASS, les CMS »

« nous, on aide à remplir les dossiers d'AME, mais ce sont les personnes qui le déposent »

« on a aussi un rôle de prévention : dépistage des tuberculoses, des IST, identifier des problématiques de santé non traitées »

« on n'est pas là pour faire du suivi, on est pas des médecins traitants »

« on a des médecins, des infirmières, des psys, des ophtalmos, et un partenariat avec le CG pour le dépistage tuberculose et IST. Tous sont bénévoles »

« avant la santé, la question c'est : où est-ce que je dors ? Qu'est-ce que je mange ? »

« ils sont malades, ils ont besoin de voir un médecin, mais il y a d'autres problématiques de survie qui passent avant celle de se faire soigner »

« ça nous arrive d'aider sur l'hébergement, mais on a plus pour habitude d'orienter sur les partenaires »

« problèmes intestinaux, problèmes de peaux, et pathologies respiratoires »

« sur tout ce qui est IST, VIH, hépatites B et C, on a des prévalences plus importantes que chez la population générale »

« la seine saint denis, c'est la plus forte prévalence de tuberculose en France métropolitaine »

« les addictions, c'est pas ce qui ressort le plus »

« on a revu nos conditions d'accueil pour mettre des filtres à l'accueil. Le but, c'est de mieux

orienter les personnes »

« au CASO, on est financés par l'ARS »

« ils nous financent car on propose des soins à une populations qu'ils ne pourraient pas prendre en charge sans nous, et beaucoup moins cher qu'une administration »

« le rapport entre bailleur et opérateur répond chez nous à un besoin réciproque »

« notre objectif est de ne surtout rien faire pour se substituer à l'état. On essaie au contraire d'orienter vers les services de l'état »

« on est là pour répondre à un besoin qui n'est pas couvert, mais en aucun cas des agents de l'état »

« on est des partenaires, pas des opérateurs, et on hésite pas à rappeler l'ARS à ses obligations »

« on est une porte d'entrée pas obligatoire, mais très adaptée pour le public migrant »

« toute la tension consiste à faire les choses sans prendre la place des dispositifs de l'état : si la file active grossit trop, on n'ouvrira pas de nouvelles places, on dira à l'ARS d'adapter ses dispositifs »

« notre action de plaidoyer est un moyen indispensable, mais pas suffisant »

« le CASO est le plus gros de France »

« on a une population qu'on ne rencontre qu'ici : les pakistanais et les indiens »

« il y a une concentration de la précarité en Seine Saint denis, avec des personnes en squats, en bidonvilles, etc. »

Entretien 11:

«c'est un service départemental public, confié depuis 2005 à l'association « hôtel social 93 »

« il intervient pour recenser le public à la rue, identifier ses besoins et l'orienter vers les services compétents »

« je suis arrivées en Décembre 2011, et j'ai identifié d'autres besoins, notamment d'accompagnement social, à travers un pôle jour »

« il y a donc une équipe de nuit, avec deux camions qui tournent de 19 heures à 2 heures du matin »

« la maraude est coordonnée sur le territoire par le 115, car d'autres maraudes tournent sur

le territoire »

« on a tous la même mission : couvrir le territoire tous les soirs, afin que le 115 puissent appeler l'équipe la plus proche lorsqu'ils ont un signalement »

« l'équipe en nuit a pour mission d'aller à la rencontre du public, identifier les besoins, faire émerger une demande. À partir de là, on oriente vers le pôle jour »

« si il n'y a aucune demande, le travail de l'équipe de nuit est de la faire émerger, en interrogeant la personne sur son état, son projet »

« l'équipe en journée représente 2 ETP, qu'on a organisé avec une personne à temps plein et deux personnes à moitié en jour et à moitié en nuit. (...) J'ai demandé aux intervenants de nuit de venir en journée, pour que les deux pôles se connaissent, voient comme les autres travaillent, et travaillent ensemble »

« en terme d'accompagnement en jour, ça peut être l'accès aux droits, une couverture maladie, des papiers d'identités, des ressources »

« l'objectif, c'est que le relais soit pris au bout d'un moment par les structures de droit commun »

« on a aussi pris la décision de s'occuper en soutien des personnes hébergées au sein des services d'urgence, car on les retrouvait souvent à leur sortie des structures pas plus avancées dans leurs démarches »

« on a donc décidé de continuer l'accompagnement des personnes hébergées en structures, lorsque celles-ci l'acceptent »

« ça permet de faire un travail dans la continuité »

« alors, le pôle santé, c'est encore autre chose »

« en 2009, le pôle santé n'a pas été financé lors de la séparation de la DRIHL et de la DASS »

« j'avais identifié que la problématique des personnes à la rue était principalement médicale, et que le meilleur moyen d'interpeller l'ARS sur ces questions, était tout d'abord de les rendre visibles »

« ce poste était à la base transversal sur le Samusocial et les structure de l'association, et sur la ligne budgétaire de la prévention »

« malheureusement, on estime qu'une personne ne peut être logée que si elle est réinsérable. Avoir un travail, des ressources, ça reste un point central pour avoir accès au logement »

« on travaille avec un public qui ne rentre pas dans les cases »

« dans les faits, il y a dans les structure un règlement qui fait que notre public finit forcément par être en échec, que ce soit à cause des problèmes psys, des problèmes d'alcool, des problèmes qui font qu'ils ne peuvent pas répondre aux exigences de ce système »

« on est encore sur des mises à l'abri qui ne permettent pas aux gens de se soigner ou d'avoir simplement un toit sur la tête »

« est-ce que l'exigence de normalité qu'on a sur les gens n'est pas à questionner ? C'est des questions de fond qu'il faut se poser, mais on est pas dans un système qui permet ça. Est-ce que pour être insérable, il faut absolument être sobre, être en bonne santé ? »

« il y a des dispositifs qui sont en train d'émerger qui vont dans cette direction là, comme « le logement d'abord » »

« est-ce que le public qui ne rentre pas dans ces cases a un autre avenir de la rue ? »

« tant qu'on créera des systèmes excluants, il y aura de l'exclusion »

« on peut comparer avec le champ du Handicap : les gens ne sont pas insérables. Pourtant, on a créé des dispositifs adaptés.

« on a pas mis les mêmes moyens sur le handicap physique que sur le Handicap social, parce qu'on dit que la handicap social vient de la personne »

« tant qu'on aura pas accepté l'idée qu'il y a des gens qui ne sont pas insérables, on créera un système excluant »

« on peut être non insérables et faire partie du droit commun »

« à partir du moment où on a défini que la valeur commune, c'est la valeur travail, on créée de l'exclusion. Il y a des gens qui ne sont pas en capacité de travailler et qui ne le seront jamais. »

« il faut reconnaître qu'on a le droit de vivre dignement même si on ne travaille pas »

« les gens sont parfois trop éloignés du système pour s'y insérer »

« quand je vois que l'ARS s'est complètement déchargée de cette problématique »

« les LHSS, à la base, le but c'était surtout de libérer les hôpitaux si on lit entre les lignes de la circulaire : ça coût moins cher de créer des places en LHSS que de les garder à l'hôpital »

« aujourd'hui, on cherche à tout normaliser »

« avant, le système associatif, c'était des personnes qui identifiaient un besoin, montaient un projet et demandaient des financements. Aujourd'hui, tout est régulé par l'état avec des appels à projet qui mettent en concurrence les associations. »

« les appels à projets devraient être basés sur des diagnostics, mais il n'y en a pas ! »

« Une association qui autrefois était militante est aujourd'hui en recherche de financement pour ne pas disparaître »

« il y a aujourd'hui un désengagement de l'état au niveau de la précarité »

« c'est le système qui est excluant, mais de l'opinion générale, c'est que les gens n'ont pas fait ce qu'il fallait pour s'en sortir »

« bien sûr, ça dépend aussi des histoires des gens, mais c'est le système qui crée de l'exclusion »

« pourquoi la valeur travail, et pas la valeur solidarité ? Qui a défini ça ? »

« OK, le système asilaire était maltraitant, et on a fermé les asiles. Mais qu'est-ce qu'on a fait des gens ? Un tiers des personnes à la rue ont un problème psy. C'est pas normal que ces personnes ne soient pas prises en charge par l'ARS »

« il y a des problématiques qui sont bien plus soutenues par l'ARS. Une maison de retraites de 206 salariés pour 200 résidents, wow ! »

« il y a des problématiques qui sont hiérarchiquement plus acceptables que d'autres, plus reconnues »

« dans notre secteur, tout est politique : il y a bien des choix et des normes de valeurs qui conditionnent tout ça »

« alors oui, il y a des évolutions. On sait que le secteur social va aller vers le logement, et c'est bien. Mais on fait quoi des personnes qui ne sont pas autonomes ? »

« chaque cas est particulier »

« on ne peut pas obliger les personnes, mais ça pose une vraie question : à quel moment la situation n'est plus acceptable pour que le choix de la personne puisse ne pas être pris en compte ? »

« on s'est dit : si ce n'est plus acceptable pour nous, on doit intervenir »

« le souci au Samusocial, c'est qu'on a tendance à s'habituer à l'intolérable, à se dire qu'on a pas notre mot à dire si les personnes vivent bien leur situation »

« c'est souvent pas le soin qu'on fait émerger une demande »

« le syndrome de l'exclusion, c'est la pire des pathologies dues à la rue. Pour moi, c'est une vraie maladie, un vrai handicap. C'est cette façon de se laisser aller, de perdre les notions de leur corps, du temps et de l'espace, ce qui est important et ce qui ne l'est pas. »

« quand ils en sont arrivés là, ils ne sont plus insérables »
« le plus violent, c'est ce sentiment qu'il n'y a plus rien qui les raccroche »
« il y a la maladie qui amène à la rue, la rue qui amène à la maladie »

Entretien 12 :

« notre rôle, au niveau national ne porte pas sur la coordination, mais le travail porte sur l'animation de réseau, le plaidoyer, la représentation politique »

« la question de la santé, elle est bien au delà du soin et de la prise en charge sanitaire. Chez nous, on parle de santé au sens global, selon la charte d'Ottawa, ce qui passe par le logement et tout un aspect social »

« on fait partie du fonds CMU, du CNS, on travaille avec l'INCA, les cabinets ministériels »

« on a pas de données objectives sur les pathologies. L'observation sociale est difficile, et on a pas trop de données de santé »

« les pathologies les plus rencontrées, c'est les psychiatriques, le VHC, VHB »

« le cloisonnement entre le sanitaire et le social est quand même toujours d'actualité »

« le lien entre l'hôpital et le secteur social est compliqué. On a du mal à voir retranscrits dans les faits la lutte contre les inégalités de santé »

« aller vers le soin, c'est propre à chacun, mais il y a aussi différents paramètres : une urgence, c'est toujours un bon levier »

« l'accompagnement santé qu'on essaie de promouvoir à la FNARS consiste à instaurer un lien de confiance avec la personne, parce que ça renvoie à des notions très personnelles »

« on agit et on travaille aussi sur les déterminants de santé comme le logement ou la parentalité aussi »

« je pense que les travailleurs sont sensibilisés, mais les questions de santé arrivent souvent après le logement et l'emploi »

« il ne faut pas créer des consultations au sein même des structures, pour que les travailleurs sociaux en se désengagent pas de ces questions qui sont aussi constitutives de leur travail »

« les PASS manquent dans certains hôpitaux. Ou parfois, elles n'ont pas beaucoup de moyens »

« c'est un dispositif qui fonctionne et qui doit être valorisé »

« tout travailleur social est censé être une ressource pour l'accès aux soins »

« la rue, c'est un état qui fait qu'on se dégrade vite »

« le soin ; c'est pas forcément la première des priorités pour les personnes à la rue »

« plutôt qu'un système d'escalier, avec le CHU, les CHR, le centre de stabilisation, puis le logement, un logement direct, c'est sûr que c'est mieux. Mais le plus important, c'est l'accompagnement de la personne »

« les mesures d'AVDL ou d'ASDL sont tout de même adressées à des personnes capables de s'occuper d'elles-mêmes »

« on a à la FNARS un guide qui explique le concept de l'accompagnement en santé destiné à outiller les travailleurs sociaux »

« il existe des dispositifs passerelles pour les personnes dont l'état de santé l'exige : les LHSS ou les ACT. Ce lien n'est pas superflu »

« un désengagement de l'état, par rapport aux moyens, oui, par rapport aux orientations politiques, non »

« La stratégie nationale de santé porte en filigrane la réduction des inégalités sociales de santé »

« il faut voir ce qui va être repris dans la loi de santé publique »

« la simplification administrative par exemple, ça ne coûte pas cher »

Entretien 13 :

« le choix était clair dès le départ : être à deux temps temps pleins »

« on a aussi fait le choix d'avoir une identité soignante »

« les différences entre les équipes tiennent aux différences entre les projets de départ et aux disparités entre les territoires »

« il y a moins de populations migrantes ailleurs que sur notre territoire »

« on dépend aussi beaucoup des orienteurs : ici on a la chance qu'il soient assez interpellateurs »

« le 93, c'est un des territoire des plus pauvres, et c'est aussi lié au nombre de personnes »

« je ne me pose pas la question des comparatifs, car il faut être pragmatique : on vide la mer avec un panier »

« la DRIHL met de l'argent pour les associations, et ils cherchent à être en lien avec l'ARS. Je n'ai pas l'impression d'un désengagement de l'état »

« on a une position non politique, qui consiste à dire qu'on va faire avec les moyens du bord »

« une grosse difficulté, c'est aussi la méconnaissance des partenaires »

« j'ai l'impression que l'action soignante peut aller dans une logique contraire de l'action militante pour la personne »

« l'identité soignante ne doit pas être instrumentalisée par l'action militante et de plaidoyer »

« l'appel au corps psy est souvent un recours fantasmatique pour des travailleurs sociaux démunis plutôt qu'un réel besoin pour répondre à une pathologie »

« les demandes qu'on nous fait sont très variées : c'est parfois pour avoir un éclairage sur la situation des personnes, trouver des structures adaptées »

« parfois, on nous demande aussi de faire la voiture balai des dispositifs institutionnels saturés »

« les principaux orienteurs sont les hôpitaux, le Samu social, les secteurs de psychiatrie »

« les secteurs nous utilisent souvent comme tiers pour les personnes qui sont en errance, parce que nous connaissons les accueils de jours par exemple, que nous avons une expertise sur le sujet »

« l'idéal, c'est que les travailleurs sociaux nous appellent avant pour que nous puissions en équipe pour savoir quelle est la prise en charge la plus adaptée. »

« c'est très rare que les personnes refuse de nous rencontrer »

« on essaie en général de profiter de l'accroche qui existe avec le travailleur social qui nous appelle »

« il y a toujours une toute petite demande de la personne, si le travailleur social a bien travaillé »

« on reçoit les gens simplement, pas de salle d'attente, pas de papiers »

« les gens peuvent avoir très peur de se faire sauter dessus pour se faire hospitaliser »

« on essaie de mettre en place un cadre bienveillant »

« parfois aussi, on accepte de faire des accompagnements, pour créer du lien. C'est dans la voiture qu'il se passe des choses »

« en général, on se présente comme une équipe soignante avec une disponibilité pour les situations sociales compliquée »

« psychiatre, c'est le mot qui fait peur, mais une fois que la rencontre est faite, peu importe »

« prescrire ou ausculter sur des choses purement somatiques, je le fais pas. Ça ne m'est pas beaucoup demandé et je ne me sens pas compétente pour le faire »

« si le problème est somatique, on oriente vers un généraliste ou vers la PASS »

« on peut attraper des gens par le souci du somatique, mais le soin somatique lui-même, on le fait pas »

« je ne remplis pas de dossier LHSS, car un dossier rempli par un psychiatre le ferait passer en dessous de pile »

« le tampon psychiatrie est péjoratif pour les structures, quelles qu'elles soient »

« si c'est un motif somatique qui justifie la demande, le mieux est de la faire remplir par un médecin »

Entretien 14 :

« nous assurons les missions de dépistage précoce, de prévention, on identifie des besoins de santé mentale pour les personnes en situation de précarité. Par ailleurs, nous favorisons l'accès aux soins pour ces personnes. Enfin, nous assurons l'interface entre les secteurs de psychiatrie et les services sociaux »

« sur les communes du 93, il y a très peu de SDF visibles. On ne les voit pas »

« ceux qui ne vont pas dans les CHU, ce sont les alcooliques, ceux qui ont des années de rue »

« les EMPP ont été créées car les travailleurs sociaux ne savaient pas comment réagir face aux maladies mentales »

« l'équipe est composée d'un médecin psychiatre, d'une infirmière, une psychologue et une secrétaire »

« quand on est dans une situation de précarité, on ne peut pas être joyeux. Ils sont dépressifs, alcooliques, ils parlent de suicide »

« les gens qui nous appellent connaissent très bien leurs usagers »

« c'est parce que leur prise en charge seuls a été un échec que les travailleurs sociaux nous contactent, afin de faire ce qu'ils appellent une évaluation, pour essayer de mettre en place une prise en charge à plusieurs »

« le profil des gens qu'on voit, c'est beaucoup d'abandon, parents alcooliques, beaucoup de traumatismes, de carences affectives »

« quand vous devenez trop oppressant, les gens partent. Ceux qui ne partent pas sont ceux qui ont un ancrage »

« c'est le même public partout : les CHU, les CHRS, ATD quart monde, les CCAS. C'est une population d'immigrés où les gens ont honte de se mettre devant un trottoir et dorment dans les squats »

« les gens ont entre 30 et 50 ans »

« nous nous présentons comme une équipe de psychiatrie »

« on dit qu'on est psys pour pouvoir démarrer quelque chose, mais ensuite, c'est un dialogue qui s'installe. Le choix de se présenter comme équipe psy, c'est plus un choix des équipes. »

« on a plus de 150 suivis »

« c'est quand on a vu une personne qu'il devient patient »

« toutes les personnes que nous voyons ne sont pas ensuite orientées vers un CMP. Elles n'ont pas toutes besoin de voir quelqu'un »

« tout ce qui est hébergement, on laisse l'assistante sociale gérer. On ne fait pas d'orientation vers les LHSS ou les ACT »

« les gens sont assez bien pris en charge »

« les grands exclus, c'est un problème de l'état »

« ce que fait de l'état, c'est de la poudre aux yeux »

Entretien 15 :

« On accueille des gens en précarité qui ont besoin de soins infirmiers, ils sont orientés à 95 % par les hôpitaux »

« on a 40 lits, et on est une structure mixte »

« on est financés par l'ARS »

« sur le travail social, la première chose qu'on fait, c'est vérifier si la personne a déjà vu un travailleur social, et ce qui a été entamé. Le but, c'est d'inscrire notre démarche dans la continuité pour la personne »

« on voit systématiquement les nouveaux arrivants, deux ou trois jours après leur arrivée, histoire de ne pas trop les brusquer »

« si des choses ont déjà été enclenchées, ou que la personne a un bon lien avec un autre travailleur social, on va juste rester en soutien »

« on a quelques personnes âgées, qui auraient besoin d'une orientation en EHPAD. On essaie d'en faire autant que possible, mais c'est difficile de monter un dossier qui peut convaincre les structures »

« deux publics qu'on a de plus en plus, c'est les jeunes et les personnes âgées »

« on fait quelques orientations vers les lits d'accueil médicalisés, ou les appartements de coordination thérapeutiques, mais ce sont souvent des procédures assez longues »

« de toutes façons, rien que pour obtenir une CMU ou un RSA, il faut trois mois minimum »

« la durée moyenne de séjour, c'est 4 ou 5 mois »

« on préfère garder les personnes plus longtemps, et travailler réellement les orientations. Alors oui, ça fait peu de turn over, mais au moins, les personnes qui sortent de chez nous ne reviennent pas des mois après »

« les maladies chroniques, les pathologies psys, et les problèmes d'addictos purs, on préfère orienter vers des structures plus spécialisées »

« ce qu'on peut faire, c'est rester à faire du soin, et coordonner les actions des différents acteurs spécialisés, même si on est démunis sur certains types d'actes comme la kiné »

« on bosse bien avec les EMPP, ceux du département en tout cas »

« on peut les appeler en soutien sur certaines situations, mais ce sont aussi parfois eux qui nous orientent des personnes, et qui maintiennent parfois le lien lors de tout le parcours de la personne, avant, pendant, et après son passage chez nous »

« les CSAPA nous orientent pas mal de personnes qui sont dans des problématiques d'addictos »

« l'accès aux soins pour tous, c'est une mission de service public, et c'est à l'état de l'assumer »

« nos structures ont heureusement des critères d'inclusion souples, ce qui permet d'accueillir

beaucoup plus de personnes qu'ailleurs »

« j'irai même plus loin : je suis contre les associations. C'est à l'état de gérer les problématiques de la grande exclusion »

« depuis que la DRIHL et l'ARS sont en place, ils se renvoient la balle. C'est un conflit institutionnel qui fait qu'il n'y a pas de coordination réelle sur le département »

« le cloisonnement entre le médical et le social fait que les décisions prises sont technocratiques et complètement éloignées de la réalité »

« on a mis en place des partenariats entre nous, et ça fonctionne plutôt bien. On se coordonne entre nous, mais aucun pilotage n'est assuré par l'état »

« un exemple, c'est le SIAO : ça ne fonctionne pas aussi bien que ça devrait : quand on a besoin d'une place dans une structure, on appelle les gens qu'on connaît, on négocie auprès d'eux, puis on passe par le SIAO parce qu'on est obligé »

« heureusement, il y a une forte identité associative et militante dans le 93, et une bonne connaissance des publics, qui fait que ça fonctionne, mais c'est surtout grâce aux volontés individuelles »

« les PASS par exemple, c'est un dispositif de l'état qui marche, mais c'est complètement insuffisant. Avec 8000 passages à Delafontaine, on ne peut pas engager de vrais suivis »

« ici, on a la chance d'avoir une animatrice, ce qui n'est pas partout le cas »

« les activités, ça permet de se redécouvrir, de s'accepter »

« on a par exemple un atelier photographie, avec un photographe professionnel, où les personnes posent, et redécouvrent leur corps pendant les séances, et en voyant les clichés. Dans une structure médicale, cette conscience et acceptation du corps est hyper importante »

« le théâtre, ça permet d'exprimer des choses pour des gens qu'on ne voit jamais ouvrir la bouche. Ça veut dire qu'ils en ont besoin, mais qu'il n'ont pas l'opportunité de le faire »

Entretien 16 :

« On accueille des gens en précarité qui ont besoin de soins infirmiers, majoritairement orientés par les hôpitaux »

« on travaille aussi avec les structures d'urgence sociale, ou les services des villes »

« le temps de séjour est défini par le soin »

« on accueille 40 personnes, hommes et femmes, majeurs, quelle que soit leur situation administrative »

« on est financés par l'ARS » « la dotation globale est à l'année sur l'établissement »

« on a pas d'outil de recueil de données »

« on travaille à refaire notre projet d'établissement. On va beaucoup développer l'accompagnement à l'autonomie des personnes qu'on accompagne »

« les pathologies les plus fréquentes sont les problématiques orthopédiques, infectieuses ou dermatologiques. »

« on a aussi les personnes avec des problématiques de tuberculose, cancer »

« ce qui est influencé par la rue, c'est la gale par exemple »

« La majorité des personnes ont du mal à rester sur la structures »

« les grands exclus, on en reçoit pas tant. C'est plus des personnes migrantes ou des précaires»

« c'est compliqué pour les grands exclus d'aller vers le soin. Il y a parfois une accroche, et c'est là qu'on peut aller plus loin »

« on a quelques personnes âgées, qui auraient besoin d'un EHPAD »

« si ils sont trop fragiles pour retourner à la rue, on essaie de faire des orientations LAM »

« on travaille aussi l'hôtel si besoin, ou le foyer logement »

« ça nous est déjà arrivé de faire intervenir les EMPP »

« les personnes qui viennent ici sont dans ce besoin d'échanger, et relationnel »

« la problématique d'alcool est plus importante sur paris que sur le 93, mais sinon, le public est le même »

« c'est plus les CSAPA qui nous orientent du public que l'inverse »

« on enclenche des démarche prise en charge des addictions uniquement si la personne est prête »

« quand je vois le manque de place dont on aurait besoin sur des sorties de dispositif, je me dis que l'état se positionne pas suffisamment sur ces problématiques là »

« nous on mets des personnes à la rue quand elles ne relèvent plus des LHSS »

« c'est pareil pour toutes les familles en hôtel : il faudrait réfléchir autrement »

Entretien 17 :

« notre porte d'entrée, c'est la précarité. Il y a des gens en situation irrégulière, mais pas que. »

« nos actions, sont accompagnées par un lien privilégié, à travers des actions de médiation »

« la mission banlieue, vise au final une orientation : on ne veut pas se substituer aux dispositifs de droit commun, c'est plutôt dans l'autre sens »

« on est toujours en binôme médecin-interprète. Les consultations se font soit dans le camion, soit dans les lieux de vie »

« on a pas mal de liens avec l'hôpital Delafontaine : il y a cinq ans, on avait mis en place une permanence de nos interprètes bénévoles au sein de l'hôpital »

« on est en lien avec les équipes du CIDAG ou de dépistage de la tuberculose pour faire des dépistages sur les lieux de vie »

« on essaie aussi de bosser avec les coordinations des ateliers santé ville »

« dans notre mode de fonctionnement, les partenariats sont essentiels, pour savoir les possibilités de prise en charge, les structures concernées ou les orientations les plus adaptées »

« il n'y a pas de pathologies spécifiques, c'est plutôt des pathologies de la pauvreté »

« les déterminants, c'est : pas d'éducation à la santé, les conditions de vie, pas d'accès à l'eau, ni d'évacuation des déchets, absence des dispositifs préventifs. »

« peu d'enfants sont suivis en PMI, parce que les camps sont souvent déplacés, les rendez-vous trop espacés. La conséquence, c'est qu'on a des alertes épidémiques liées à la couverture vaccinale, ou des handicaps au sens large »

« pour les femmes enceintes, on a des gros retards ou des absences de suivi, parce que les consultations sont loin ou que ce n'est pas dans leur culture. Pour l'accès à la contraception, on part d'un peu loin »

« pour les adultes, il y a des pathologies chroniques liées à la très mauvaise alimentation et aux conditions de vie : diabète, hypertension. »

« on a des migrants ici pour des questions économiques, donc pas de personnes âgées »

« l'accès à un travail déclaré est compliqué, mais il y a une économie informelle »

« l'acceptation du soin est au cœur de nos actions, vu qu'on précède une demande de soin »

« il y a deux raisons qui peuvent motiver les gens à aller vers le soin : les enfants, et l'obstacle

au travail »

« la langue permet déjà de comprendre pourquoi on veut les aider à se soigner »

« ensuite, on essaie de comprendre quelles sont les priorités qui passent avant le soin, pour pouvoir les aider en tenant compte de ces contraintes »

« on oriente vers les PMI, les hôpitaux, les CMS quand on peut, puis les centres de dépistage »

« on a assez peu de pathologies mentales, vu qu'on rencontre des gens qui doivent être à peu près fonctionnels »

« les LHSS, on oriente personne là-bas, parce que ce sont des gens qui ont une trouille bleue de l'hôpital et des structures de soin. Dès qu'ils sont retapés, nous, ils vont vouloir retourner à la vie normale »

« nos demandes, elles vont plutôt aller vers l'hébergement d'urgence, quand un membre de la famille ne va pas bien par exemple »

« les terrains et les baraques sont très divers et variés, ce qui est lié aux personnes, mais aussi au territoire où ils sont et aux volontés communales »

« les gens nous disent tout le temps qu'ils veulent aller dans du dur, que ce soit ici ou en Roumanie »

« la vraie plainte des personnes, elle porte sur les conditions de vie. Ils se débrouillent pour trouver du boulot et pour le reste, mais les conditions de vie, ça revient souvent »

« il y a des villes qui ont la volonté politique de ne pas accueillir les roms par exemple »

« les professionnels peuvent selon la volonté politique voir que ce n'est pas un public plus compliqué que ça. Ou alors, il y a un blocage complet au niveau municipal, où ils refusent de faire des domiciliation, de consulter en CMS »

« un de nos buts, c'est de faire en sorte que les municipalités aussi aillent vers notre public »

« les puéricultrices de PMI sont censées faire des visites : pourquoi ne le feraient-elles pas là où le besoin est prégnant, comme sur les bidonvilles »

« on a un outil de recueil de données, principalement quantitatives sur le public qu'on rencontre »

« on a un projet oui : les grandes lignes, c'est faciliter l'accès aux soins, notamment sur la santé materno-infantile, et travailler sur les questions de médiation sanitaire pour rapprocher les structures et les personnels de santé de nos populations »

« on collabore avec le conseil général, notamment pour les campagnes de prévention et de dépistage, moins avec la DRIHL et la DGCS »

« historiquement, il n'existe pas d'action coordonnée par l'état destinée aux personnes vivant en bidonvilles, et une négation de la question »

« aujourd'hui, il y a quelques dispositifs, complètement procéduraux, des machines qui tournent à vide car elles ne partent pas de constats de terrains et ne cherchent pas non plus à collaborer avec les associations »

« il y a de l'argent dédié, mais ce n'est pas pour autant qu'il en découle aujourd'hui une action d'état un peu coordonnée »

Entretien 18 :

« on est sur des missions d'accès aux soins et d'accès aux droits. L'idée, c'est, avec le projet de soin, de pouvoir trouver le projet de sortie le plus approprié à la personne »

« après, il y a tous les droits à ouvrir pour les personnes »

« on assure des suivis uniquement sur des pathologies chroniques. Sinon, on passe le relais »

« on ne voit pas tous les patients : moins de 5 % des gens qui sont hospitalisés ont besoin de voir le service social »

« ici, c'est un hôpital général, on accueille toutes les pathologies »

« si jamais il y a une conduite addictive, ou une pathologie psy, on va appeler le service en question pour une consultation, mais on a pas de lits dédiés »

« chez la populations SDF, c'est plutôt subi de venir à l'hôpital, quand les pompiers les ramènent, ou que quelqu'un les ramasse dans la rue »

« les SDF n'ont pas le droit de consommer de l'alcool, on va jeter leurs affaires, etc. C'est très mal vécu pour eux. »

« ceux qui restent, c'est ceux qui sont immobilisés ou qui n'ont plus la force de bouger »

« je crois plus aux consultations en maraude qu'aux dispositifs de PASS : le camion, c'est un premier pas de retour vers le soin. »

« il y a forcément plusieurs étapes pour amener les personnes vers le soin. Ça commence avec la maraude, puis la PASS, puis les dispositifs de droit commun comme des spécialistes en ville »

« les LHSS, c'est un lieu dédié aux soins qu'on devrait pouvoir faire à domicile »

« En LHSS, le nombre de place n'est pas à la hauteur du nombre de demande. L'ouverture des deux centres a transformé la vie de tout le monde »

« il n'y a pas assez de place, ce qui crée des critères d'admission de plus en plus rigoureux »

« il y a aussi un travail à faire sur la sortie : pourquoi on garde deux ans des gens qui n'ont plus besoin de soins ? »

« je m'interroge sur le soin : les LHSS nous demande de fournir les médicaments et tout ce dont ils ont besoin pour soigner les personnes »

« on ne fait pas appel aux EMPP, parce qu'on a un service de psychiatrie, et qu'en tant que travailleurs sociaux, on a pas les compétences pour »

« pour amener les gens vers le soin, je crois plus à la formalisation des partenariats entre les acteurs qu'aux dispositifs eux-mêmes »

« on peut imaginer une structure comme le CHAPSA de Nanterre, qui est la grande PASS des SDF et qui permet un hébergement pour la nuit »

« ce genre de structure manque sur notre département : un lieu où on amènerait les gens vers le soin, en prenant le temps des démarches sociales »

« après, c'est un dispositif qui est très stigmatisant »

« on a beaucoup de personnes hébergées dans la précarité, mais peu qui sont à la rue »

« par rapport aux personnes à la rue, il n'y a pas de spécificités quand aux personnes à la rue »

« il y a trois types de personnes à la rue : celles qui arrivent de l'étranger, et pour qui la réalité n'est pas ce qu'on leur a montré, celles qui sont nées en France et qui ont une cassure dans leur parcours de vie, et enfin, les familles. Et il y a aussi la grande catégorie des travailleurs pauvres, qui vivent dans leur bagnole »

« c'est gens, c'est typiquement des gens qui ne viendront pas vous voir »

« je suis opposée aux restos du cœur. Bien sûr qu'il y a une nécessité, mais ça arrange bien le gouvernement »

« l'associatif, c'est génial, mais l'état se déverse complètement dessus, sous prétexte de leur donner quelques subventions »

« quand Coluche a mis ça en place, j'ai pensé qu'on mettait un doigt dans un engrenage dont on ne se sortira pas »

« il y a énormément de travailleurs pauvres qui dépendent des restos. ça me déroute que des gens qui travaillent ne mangent pas correctement, ne se soignent pas et ne peuvent pas se loger »

« on envoie les associations sur les terrains des exclus »

« c'est très facile de descendre dans l'échelle sociale »

« il y a un classique : rupture conjugale, perte d'emploi, perte du logement. Vous mettez ça dans l'ordre que vous voulez, mais c'est toujours ces trois items. Ça peut aller très très vite »

« je pense que l'état se sert des associations, mais pas que dans la précarité. D'où la professionnalisation des associations. Il y a trente ans, c'était uniquement des bénévoles »

Entretien 19 :

« le but de la maraude, c'est d'aller au devant des grands exclus dans la rue »

« maintenant, on ne sert pas seulement les grands exclus, mais toute personne qui se présente au camion »

« il y a neuf ans, on servait près de 70 repas, aujourd'hui, c'est 600 »

« les restos, c'est une association indépendante des autres assos et des pouvoirs publics : on a pas de subvention. La première source de revenu, c'est les dons, la deuxième c'est le concert des enfoirés, puis c'est les dons de l'Europe. Ensuite, il y a la région, le département, les villes... »

« il y a aussi des maraudes non alimentaires, dont le but est de garder un lien social et les diriger vers les acteurs sociaux plus professionnels »

« chaque fois qu'il y a des mouvements de conflits dans le monde, on hérite de nouveaux migrants »

« ce qu'on rencontre le plus, c'est le mec qui a les pieds pourris, qui ne peut plus marcher et qui ne veut pas aller à l'hôpital »

« plus le mec est ancré dans la rue, plus c'est difficile de l'amener vers le soin. Il accepte quand il en peut plus de souffrir »

« un grand nombre de grands exclus ont une pathologie psychologique. Beaucoup devraient être hospitalisés ou au moins suivis »

« pour les mecs à la rue, les CHRS, les hôpitaux, et tout ça, c'est la prison »

« j'ai un seul exemple de sortie durable, et ça exige un suivi hyper lourd »

« c'est jamais gagné »

« il faut réussir à mobiliser un professionnel très investit, et des bénévoles autours qui veillent »

« c'est un travail de plusieurs personnes, capable d'encadrer quelqu'un qui peut appeler dix fois par jour, pendant dix ans ! »

« il faut aussi des moyens en locaux. À quatre dans un appartement, ça marche pas à long terme »

« si on veut vraiment sortir les gens de la rue, aujourd'hui, on a pas le moyens »

« chez nous, il n'y a pas de fichage, c'est interdit dans les statuts. C'est l'anonymat. »

« les deux pires départements, c'est la nord et la seine saint denis »

« le 93, c'est un des endroits de France où on retrouve toutes les formes de population »

« sans faire de politique, on est sous aidés »

« étant donné les besoins du 93, et l'aide des pouvoirs publics qu'on a, c'est déséquilibré »

« pour moi, qu'un hôpital doive faire du chiffre, je ne comprend pas »

« le service public, le gouvernement essaie de rogner dessus »

« le médical, ça devrait être sacré »

« tout le monde devrait pouvoir se présenter à l'hôpital et avoir accès à tous les médicaments »

« la santé à deux vitesses, c'est le grand scandale. Elle n'existe pas l'égalité des soins »

« nous, pour l'instant, on bouche les trous tant bien que mal, mais on refera pas le monde »

« combien de temps aurons nous encore les moyens de faire face ? »

« les restrictions financières commencent : moins de moyens pour une tâche plus grande »

« peut-être qu'on va être obligés de mettre des conditions à la distribution alimentaire »

Entretien 20 :

« si la DASS avait financé ce poste, c'est parce qu'ils pensaient que le lien santé-social allait disparaître »

« j'ai été positionné sur la santé, alors que je n'ai aucune compétence sur le sujet »

« L'ARS est sans doute consciente des problématiques santé et exclusion, mais ils ne sont pas

sur le registre de la coordination. Ils ne sont pas exigeants avec nous car ils ne veulent pas financer un poste »

« La délégation de Seine Saint Denis de l'ARS, je n'arrive pas à savoir quelles sont leurs missions. Ils participent de l'illisibilité globale en ne coordonnant pas l'action des différents outils. »

« on ne sait pas qui mobiliser, ni quand »

« L'ARS nous dit qu'ils sont bien dotés pour l'organisation de la PASS de l'hôpital Ballanger, alors qu'il n'y en a pas ! »

« Quand les partenariats ne sont pas définis, tu sais très bien que ça ne tient que grâce à la bonne volonté des interlocuteurs, et quand ils sont définis, ça dépend aussi des interlocuteurs ! »

« le traitement des différentes situations en CTU devrait avoir valeur d'exemple auprès des différents acteurs »

« on essaie à travers différents outils de mettre en place des prises en charge globales »

« du côté du monde de la santé, il y a un problème de lisibilité des dispositifs. Exemple : une fois qu'on connaît la différence entre les CSAPA et les CAARUD, il faut comprendre que tous les CAARUD n'ont pas le même fonctionnement »

« Les partenariats, ça se construit, et ça demande du temps d'investigation, en passant du temps à l'extérieur de sa structure »

« il y a un problème de gestion de l'activité au sein des structures »

« on est sur des éducateurs qui sont devenus directeurs »

« la formation des travailleurs sociaux et des chefs de service, c'est souvent un peu léger. On essaie de leur faire passer des informations très pratiques, mais c'est dur de leur dire comment faire »

« les structures, ils utilisent parfois leurs financements d'une manière un peu obscure : parfois, ça sert à combler des trous ou à d'autres projets »

« cette dimension coercitive devrait être prise par un comité de suivi qui ne tranche jamais vraiment »

« la DRIHL connaît les structures qui dysfonctionnent, mais ne prend pas de mesure contre elles »

« pour la DRIHL, la santé, c'est une problématique de l'ARS, mais les gens peuvent avoir des problématiques de santé liées à la grande exclusion. C'est une zone tabou »

« il y a la question du médico-social, et de savoir qui finance qui »

« dans le PRAPS, ils parlent de transversalité à tous les étages, mais rien n'est mis en œuvre dans ce sens »

« les services sont construits en tuyaux d'orgues alors qu'on affiche la volonté de raisonner en transversalité »

« l'état a une réelle problématique de pilotage des politiques publiques, et un problème d'articulation des différents champs »

« l'état, c'est une absence de culture du pilotage, absence de culture de l'évaluation »

« propre au département, c'est le volume des situations »

« d'un point de vue santé, on retrouve toujours les mêmes problématiques : l'accès aux droits, l'accès aux soins, soins en tant que tels, et tout ce qui relève de la sortie de soin »

« les structures se disent qu'elles ne doivent travailler que sur leurs spécificités, au lieu de proposer des prises en charges globales »

« comment on peut parler d'accompagnement social si on parle pas du fait que le mec se grille un joint dès le réveil ? »

« une prise en charge, ça part de l'analyse, jusqu'à la mise en place d'un suivi d'accompagnement, mais peu le font réellement »

« je suis persuadé que les LHSS peuvent sortir les gens de la rue »

« les structures sont pas claires sur leurs critères »

« j'ai un doute sur la question des plaidoyer, je veux dire, au delà du plaidoyer incantatoire »

« le problème d'accès au logement et de disponibilité des structures, c'est qu'il n'y a pas de foncier disponible sur le département »

« les villes disent : la précarité, ça nous intéresse, mais pas chez nous. Ou mieux : l'hébergement, on en veut pas, c'est du logement qui nous intéresse »

« la loi SRU n'est pas appliquée du tout, et ça, c'est la responsabilité de l'état »

« sur le court et moyen terme, c'est moins cher l'hôtel, vu qu'il n'y a pas à manger, ou pas d'accompagnement »

« le 115, qui a vu son nombre d'appel augmenter, mais rester en ETP constants »

« c'est pas parce qu'on crée un outil qu'il fonctionne, mais personne ne s'en soucie, vu qu'on évalue pas les outils »

« il y a beaucoup de personnes à servir en priorité, dans une logique électorale, par rapport aux sans papiers »

« c'est pas sur les constats où il y a un souci, mais sur la volonté politique, et sur les financements. »

« des pays de l'OCDE, la France est celle qui consacre le plus de son PIB à la grande exclusion, mais avec le ratio de réinsertion de la Roumanie »

« pour moi, c'est la santé qui passe avant. Quand tu vas pas bien, qu'est-ce que tu peux faire ? »

« la santé, c'est un état général de bien être, dans lequel il y a une dimension d'hygiène corporelle, une forme d'autonomie »

« la santé, c'est le seul levier qu'on peut utiliser sur initiative de notre public, ou en travaillant à l'émergence de leur demande »

« plus les publics sont enlisés dans l'exclusion, plus le temps de prise en charge va être important »

« sur les actions de terrain, il manque aussi des choses pour savoir ce que c'est qu'une prise en charge globale »

Entretien 21:

«intervenante sociale au Samusocial depuis Avril 2013 »

« j'ai été embauchée sur un contrat 15 jours en nuit et 15 jours en journée. Ça a créé des tensions pour moi, parce que je ne pouvais pas travailler comme je voulais en terme de suivi »

« c'était aussi frustrant pour les usagers, car ils ne comprenaient pas que j'amorce des choses que je mettais ensuite en pause, avant de les continuer le mois suivant »

« je trouve bizarre qu'on aie des uniformes. Quand on travaille dans la relation avec les gens, il y a des choses de notre personnalité qui ressortent. Mais quand on a un uniforme, on est tous pareils, mais il manque cette humanité »

« j'avais l'impression de perdre mon identité professionnelle en maraude, car je n'avais pas le temps de créer un relationnel avec les personnes »

« il y a quelque chose d'intrusif à aller sur les lieux de vie : on s'invite chez eux alors qu'on y est pas toujours les bienvenus »

« les collègues en nuit sont plus patients, plus dans la discussion »

« en nuit, les personnes sont aussi parfois moins conciliantes »

« en maraude, il y a une sensation d'impuissance, puisqu'on entame pas directement les démarches pour aider les gens »

« uniquement en nuit, il n'y a pas le temps d'amener les personnes là où on veut, d'enclencher réellement les choses »

« entre le jour et la nuit, on est complémentaire. C'est plus dans la continuité que dans la différence des missions. La nuit, c'est la base du travail, mais l'un ne va pas sans l'autre. Les informations qu'on peut avoir, les accompagnements, les liens qui se créent peuvent aussi servir en nuit »

« en nuit, ils font émerger la demande, pour nous donner en journée une base de travail »

« ça dépend des situations, mais je garde en tête qu'on est un service qui fait des orientations et pas qui s'approprie les situations »

« on peut faire des accompagnements longs, mais c'est plus clair et plus facile si on garde tous en tête que notre but final est de les orienter »

« parfois, on a juste à solliciter les partenaires, les mettre dans la boucle pour qu'ils se réinvestissent sur des situations où ils ne sont pas trop actifs »

« le but, c'est aussi de montrer à la personnes qu'il existe de nombreux dispositifs dont ils peuvent se saisir tout seuls, ou les accompagner dans cet investissement personnel »

« dans les accompagnements qu'on amorce, on commence presque tout le temps par le soin »

« un dispositif que je trouve vraiment intéressant dans le département, c'est la PASS de Ville-Evrard. Quand tu arrives là-bas, on sais qui tu es, et ils se souviennent des usagers aussi »

« ça met les personnes plus à l'aise de voir qu'on a un bon contact, et ça les met en confiance »

« toutes les personnes que j'ai emmené à la PASS de Ville-Evrard, elles ont ensuite embrayé sur un parcours qui s'est bien passé »

« moi j'essaie de dissocier la partie sociale de la partie santé, où j'interviens juste dans l'accompagnement, ou pour faire l'AME »

« pour emmener les gens vers le soin, ça se passe vraiment au niveau du relationnel, n'importe quel collègue te le dira »

« après, ça facilite les choses qu'on ne soit pas médecins. Du coup, les gens ont moins peur qu'on leur diagnostic un truc un truc grave »

« la PASS du service social Delafontaine, on est mal accueillis. C'est un peu l'usine »

« le fait qu'il y ait plein de personnes, leurs regards, ça met nos usagers mal à l'aise. Couplé à

l'attente, ça peut te tuer un accompagnement »

« des dispositifs spécifiques pour les grands exclus, ce serait plus simple pour eux, mais si on tente de les resocialiser, ce n'est pas cohérent. Une permanence qui leur serait dédiée par exemple, ce serait pas mal, parce qu'il resteraient dans un dispositif normal »

« mois, tout ce qui ne me semble pas de mon ressort, ni de ma formation, j'oriente vers des services plus appropriés »

« tout ce qui est pathologie mentale, si la personne est pas trop atteinte, on peut amorcer des chose, si elle est capable de faire des choses et se débrouiller seule »

« ils sont tous un peu concernés, à cause de leurs addictions ou de la rue. Ça laisse quand même des séquelles. La rue, ça accentue les choses, ou ça en développe d'autres, mais je me dis que c'est aussi à cause de leur parcours de rue »

« ils ont l'impression d'avoir vécu des injustices, et ça crée ou ça développe des choses »

« ce qu'on voit le plus, c'est les addictions, c'est l'alcool pour la plupart, mais même au coca, à la nourriture »

« ils développent tous un truc, mais en fait, c'est de l'attention qu'ils demandent »

« le but du Samusocial, c'est de la veille sociale, après, si on peut faire des sorties de rues, c'est bien. Après, c'est en fonction de la demande de la personne »

« moi, tous mes préjugés ont volés en éclats, parce que je tiendrai pas 5 minutes comme eux »

« la veille sociale, c'est juste maintenir un lien avec eux. Qu'ils puissent parler à quelqu'un, c'est important »

« la priorité, c'est les demandes d'hébergement et de papiers, et puis la santé, ça vient directement. En fait, c'est les 3. Après, ça dépend aussi pas mal »

« le premier pas pour se resocialiser, c'est d'avoir confiance en la personne qui t'accompagne »

« c'est vraiment dans le relationnel que tout se joue »

« tout est complémentaire, tant qu'on est pas dans l'appropriation : la relation que le collègue a créé en nuit peut me servir et vice-versa »

« après, on ne multiplie pas les aides, et il n'y a pas d'ambiguïté : quand tu as mal aux dents, tu vas chez le dentiste, quand tu a besoin de renouveler ta carte vitale, tu vas à la CPAM »

« pour écrire le projet d'établissement, on est pas encore à l'aise : on manque de rigueur et d'organisation »

« l'ARS et la DRIHL, je les connais pas. C'est pas trop mon affaire c'est trop haut pour moi. Ils financent des trucs, c'est tout ce que je sais »

« l'état, ils servent à rien »

« on est des petits pions, c'est un travail de fourmi qu'on fait »

« tant que les choses, elles avancent, ils s'en foutent de nous. Et vice versa : ils sont dans leurs bureaux et décident des trucs et voilà »

« qu'ils viennent un peu plus sur le terrain. Les décisions, tu vois qu'elles sont prises par des gens dans les bureaux. Parfois, ça relève de la maltraitance : fermer une structure d'urgence comme Mandela, c'est mettre des gens à la rue, mais je crois qu'ils ne s'en rendent pas compte dans leurs bureaux »

« pour moi, l'état, ils sont tellement loin : il y a 5000 personnes à la rue dans le département, ils ouvrent 15 places »

Entretien avec Monsieur C:

« il y a eu une période où j'ai péché un câble, c'est quand j'ai perdu ma femme. Ça m'a filé un coup »

« avant je travaillais dans le déménagement. Puis, je suis parti à l'armée quand elle est décédée. J'ai laissé trop de copains là-bas, à l'armée. »

« j'ai essayé de m'en mettre une dans la tête, je me suis loupé. La balle est pas rentrée. »

« après que j'ai tiré sept ans dans les commandos paras, je leur ai dit : je vous emmerde »

« un jour, un flic a bousculé ma femme ,alors qu'elle attendait ma fille. Je lui ai éclaté la tête. Trois semaines plus tard, c'était le jugement »

« je devais faire de la prison, mais j'ai préféré m'engager. Au lieu de sept ans de prison, j'ai fait sept ans de commandos paras »

« en revenant de l'armée, j'ai retravaillé dans le déménagement, mais je pouvais plus porter de choses lourdes, juste être chauffeur. C'est grâce à ma femme que j'ai pris le dessus sur le douleur pour travailler »

« ma belle maman et mes belles sœurs, il y en avait huit en tout. Toutes, les filles de la famille,

je les adorais. Maintenant, elles sont toutes à droite, à gauche »

« quand je me suis retrouvé à la rue, j'ai retrouvé deux de mes belle-soeurs, mais elles étaient mariées, avec enfants, j'ai pas voulu foutre la merde »

« je me suis retrouvé à la rue sur un coup de blues. C'est comme ça, tu peux rien y faire. J'ai perdu deux copains à l'armée, c'est pas facile. Ils sont tombés en embuscade. »

« quand ma femme est décédée, j'ai tout lâché : le boulot, le travail, et je suis parti ici »

« depuis l'armée, j'ai des blessures : les genoux, les tendons, les veines »

« en quittant l'armée, j'ai pété un câble. Je suis tombé sur une infirmière qui s'est bien occupée de moi »

« de temps en temps, je vois des copains, mais la plupart, ils sont tous repartis au bled. Le seul français, c'était ma gueule, je viens des Ardennes »

« mes gars, je les revois plus, j'ai pas de nouvelles d'eux »

« dès que j'ai un peu d'argent, je pars à gare du nord, et direction les Ardennes »

« c'est dur de réfléchir à 60 balais. »

« j'ai pas de couverture maladie, il m'accueille comme ça à Avicenne, ils me connaissent »

« l'armée me verse une retraite, mais pas sur mon compte. C'est un copain qui gère mon pognon. Il reçoit tout sur son compte, et me donne quand j'ai besoin »

« il me dit que si j'ai besoin de quelque chose, j'ai qu'à lui demander. Il y a que lui qui peut faire les autorisations. Je suis bien, je suis tranquille comme ça »

« je demande pas énormément. Ma retraite, c'est deux millions cinq euros tous les deux mois, mais je ne l'utilise pas trop, j'ai pas besoin »

« j'ai pas envie d'être enfermé, je ne veux pas d'appartement »

« je supporte pas d'être enfermé. Un appartement, c'est comme une prison pour moi. Même à l'armée, je préférerais dormir dehors plutôt qu'à l'intérieur. Je prenais mon duvet, et hop, dehors »

« je veux pas de portable »

« je veux juste des petits coups de mains, un peu à manger, et basta »

« je monte à l'église de Pantin, et les gens me donnent ce dont j'ai besoin. Ils m'amènent à manger, et me donnent en plus un petit billet »

« c'est dur, mais je tiens le coup »

« c'est dur de manger, boire... On boit. Je devrais pas boire... »

« je bois depuis que j'ai perdu ma femme. J'ai pété un câble »

« l'alcool, j'avais arrêté, mais quand je suis contrarié, rebelote, et dix de der, comme un con »

« mon lieu de vie, je l'ai trouvé vraiment au hasard. J'étais vers Chelles, dans le 77, mais quand j'ai appris le décès de ma femme, j'ai tout lâché »

« on sait jamais, je reste là, on sait jamais, si je peux rencontrer encore une fille »

« pour les douches, je vais vers le canal saint martin à Paris, il y a une piscine où c'est gratuit. Il faut juste prendre une serviette et du savon. J'y vais tous les deux ou trois jours »

« quand j'ai plus de pépettes, je vais à l'église, c'est ma base »

« ma fille, elle est partie en Algérie »

« avec la gendarmerie, je peux les retrouver sans problème. Si elle appelle, je viens direct »

« pour le moment, je préfère la laisser tranquille. C'est déjà dur de s'occuper de trois bambinos, j'ai pas envie de la déranger. Et puis, j'ai pas de téléphone »

« les flics, je leur ai dit : je vous emmerde. Pour moi, vous êtes des singes »

« au début, j'avais des problèmes avec la police, mais plus maintenant. Ils savent comment je réagis. Quand ils passent en voiture, ils s'arrêtent et me demandent si personne m'emmerde. Parfois, ils me filent une cigarette »

« certains, chez les flics, ils comprennent pas. Deux fois, ils m'ont ramené au poste »

« j'ai un compte avec tout mon argent, ma retraite, etc. Mais ça m'intéresse pas pour le moment. Un de ces jours, je vais tout retirer, et partir dans les Ardennes »

« j'ai quelqu'un en vue, et je veux l'emmener là-bas. On est pas encore ensemble, je la respecte, mais quand on s'est regardés la première fois, elle a pas bougé. J'ai porté ses sacs, je les ai emmenés jusqu'à chez elle »

« des fois, il y a sa famille qui vient l'emmerder, alors je reste un peu loin »

« tout les gens qui m'aident, ils sont biens. Le samu, les restos, c'est bien. Vous me laissez un petit sac, tranquille. Moi, je demande jamais : si ils veulent, ils donnent, sinon, tant pis »

« j'ai travaillé aux restos du cœur, mais je voulais pas d'argent, je m'en foutais de l'argent »

« l'état, si c'est possible, ils devraient faire mieux. Ils pourraient faire des colis pour les personnes comme moi, avec dedans un peu de ce dont on a besoin. Pas grand chose, juste un

geste. »

« l'ancien maire de Pantin, il prenait sa voiture, il venait et me donnait une enveloppe tous les mois, avec de l'argent, des tickets de métro, tickets restaurant, carte orange, tout. »

« l'état, il fait rien pour les pauvres cons comme moi. Pourtant, y'en a pleins. Sur les bords du canal, il y en a une centaine. Mais je traîne pas trop avec eux, ils sont pas francs, ils te mettent dans la merde. »

Entretien avec Monsieur CB:

« avec mes parents, j'ai eu une très bonne entente, une très bonne vie. Papa était plombier chauffagiste, Maman travaillait en usine, et tout allait bien »

« papa m'a demandé un soir si je voulais continuer mes études, j'ai dit non, il m'a dit, ben tu vas bosser alors. J'ai bossé avec lui, très bien. Je suis resté chez eux très longtemps, et je parlais de temps en temps. »

« jusqu'au soixante ans de papa, on travaillait ensemble, pas de problème. Puis mes parents sont décédés, et c'est là que ça a commencé à merder »

« j'ai un neveu qui est venu réclamer sa part le jour de la mort de mon père. Ça, c'est mal passé »

« j'ai ensuite acheté mon appartement à Drancy. Je suis toujours resté entre Drancy, Bobigny, le Blanc-mesnil et Aulnay »

« à l'époque, j'avais une copine, qui m'a présenté une copine à elle, qui m'a présenté son copain. L'autre, il est venu me casser les couilles un dimanche soir, avec un pote à lui. Je suis sorti dehors, et je l'ai tué, un coup au cœur, direct »

« Trois jours après, j'avais les flics sur le dos, ils m'ont arrêté, j'ai reconnu les faits, et je me suis tapé 5 ans et demi à Villepinte, avec mes remises de peine »

« en sortant de prison, j'ai repris mon boulot en plomberie chauffage, puis à 50 ans, j'ai dit j'arrête, j'en ai marre »

« entre temps, j'avais perdu ma copine. Elle est décédée, et comme j'étais pas sur le bail, on m'a mis dehors. Et c'est comme ça que tu te retrouves SDF. Ça doit arriver à d'autres gens, c'est pas un parcours anormal, mais enfin, faut avoir le mental »

« quand ils m'ont viré, j'ai tout perdu ce que j'avais. J'ai tout foutu à la poubelle »

« au début, je dormais dans ma voiture, ma petite polo. J'ai dormi deux nuit dedans, puis je me suis acheté un tente de camping, et je suis allé dormir à la sortie de l'autoroute, puis dans

le parking du centre commercial. Je dormais dehors, et ma voiture me servait de grosse valise. »

« j'étais bien, je suis resté deux ans sur le parking »

« puis, j'ai rencontré Jeannot, le responsable des restos du cœur, et là, ça fait six ans que je suis là, dans ma camionnette. Elle est aménagée, bien »

« ça m'intéresse pas du tout de retrouver un logement. Je suis très bien dans ma rue : tout le monde me connaît, j'embête personne, personne m'embête »

« j'ai soixante balais, les copines j'ai fait une croix dessus, c'est des emmerdements. Je suis mieux tout seul. Je côtoie des gens, mais ça s'arrête là »

« des problèmes de santé, oui, j'ai un cor au pied, mais bon, je m'habitue, ça fait des années »

« j'ai bien été hospitalisé à cause de la cigarette, les artères bouchées »

« ton artère, au lieu d'être normale, elle est diminuée de trois quarts. Alors tu passes à l'hôpital, ils débouchent ça, et terminé. Par contre, il m'en reste une, c'est l'aorte, à faire déboucher, mais j'ai les chocottes ! A chaque fois, ils te font une péridurale, dans la colonne. Putain, il m'a mis du cinquante mille volts dans les jambes »

« dans ces moments là, il n'y a pas de docteur, pas de vous »

« à l'époque, j'avais la CMU, mais je l'ai plus. J'ai pas refait les papiers, je suis pas malade ! »

« j'ai bien un médecin traitant, mais je vais plus le voir. Suite à mes opérations, je dois aller le voir, pour qu'il me prescrive un médicament que je dois prendre tous les jours ; faut pas oublier »

« moi, personnellement, je vais pas trop voir le médecin, je n'y vais jamais »

« le matin, je vais faire mes courses, acheter mon alcool, mes cigarettes, puis je reviens ici l'après-midi. Quand je m'emmerde, qu'il pleut ou quoi, je vais me taper un Dvd au centre commercial. Là-bas, il y a des prises de courant, tout ce qu'il faut »

« j'ai toujours bu, je crois. Mais attends, raisonnablement. Dans le bâtiment, on boit tous un petit peu. On buvait en mangeant. Le soir, on rentrait, c'était l'apéro, tranquille »

« ça fait depuis une dizaine d'année que je me gêne plus avec l'alcool »

« si j'en ai pas par contre, je tourne en rond. C'est pas que je m'ennuie, mais je sens le manque. C'est pareil avec la cigarette »

« si j'ai plus d'alcool, je prends un ticket pour monter au troisième de la tour Eiffel, et je saute ! »

« à part vous et les restos du cœur, je ne vois pas personne qui vient pour m'aider. J'ai vu une assistante sociale une fois. Bof. Ça m'a pas apporté grand chose. Ils veulent te placer, te mettre dans un hébergement, où il va falloir que tu travaille, que tu payes un appartement. Non ! Stop ! »

« Reprendre un travail, pour un salaire minable, et payer un studio ? Alors ? »

« pourquoi tu veux que je bouge ? Ici, j'ai l'électricité sur le poteau électrique, la douche en face. Qu'est-ce que tu veux que je m'emmerde avec un studio ? Travailler ? Payer ? A soixante balais, c'est bon, j'ai vécu »

« j'ai fait les maraudes pendant deux-trois ans, à Aulnay sous bois avec les restos. Quand tu vois un mec qui dort sur un carton en plein hiver, tu te dis : finalement, t'es pas si mal mon pote »

« moi, autour de mon camion, il y a personne qui vient pour essayer de me voler ou quoi. Les roms, ils me connaissent : je suis gentil, je leur donne à manger ce que je peux leur offrir »

« il y en a qui ne veulent pas s'en sortir. Ces gens là, ils ne veulent pas s'en sortir. Ceux-là, ils ne sont pas SDF, mais clochards. Tu ne peux pas les aider, c'est pas possible »

« par exemple, il y en a un à côté là, comment tu veux l'aider ? Il crie, il insulte tout le monde. Il veut pas vous voir, alors je sais pas comment tu vas l'aider ! »

« certains, tu peux juste passer les voir, prendre des nouvelles, et puis c'est tout »

« au final, c'est pas la peine de se déplacer pour rien »

« ma famille, la dernière fois que je les ai vus, c'était il y a dix ans, pour l'enterrement de mes parents. On se voyait uniquement pour les enterrements et les mariages »

« je suis un peu solitaire. Quand je me suis retrouvé à la rue, j'ai pas eu envie d'aller chercher de l'aide, j'ai ma fierté, je me démerde tout seul »

« j'ai toujours eu ce que je voulais, et quand j'ai décidé de faire quelque chose, je le fais, c'est tout »

« quand j'habitais avec ma copine, c'est elle qui m'a demandé de vendre mon appartement et de venir habiter avec elle. Sinon, je me serai pas imposé »

Entretien avec Monsieur D:

« Je suis un homme qui vivait très bien, jusqu'en Janvier 2014 »

« j'ai fait l'école de police en Turquie, mais j'ai été obligé d'arrêter à cause d'un accident qui m'a causé un problème au pied »

« mon père était déjà en France, alors je l'ai rejoint »

« ici, je n'ai pas connu de policier, ni aucun problème judiciaire »

« j'ai un enfant, qui est en train de terminer son école pour devenir huissier de justice. Il parle cinq langues et a une tête très pleine ! Mes enfants ont la nationalité française et ma première femme a la nationalité turque »

« partout où j'ai vécu, j'ai respecté les lois et le drapeau »

« à cause d'une femme, je suis dans la merde. J'ai vécu deux ans avec elle, j'avais une entreprise de textile à Aubervilliers, avec 35 personnes qui travaillaient pour moi »

« J'ai vécu 18 ans avec une femme, avec qui j'ai eu 3 enfants, puis je l'ai quitté pour cette femme, qui est partie en Guadeloupe avec tout ce que j'avais »

« on se connaissait depuis un an, j'ai payé ses dettes, on a emménagé dans un pavillon ensemble »

« je suis resté hospitalisé un mois »

« c'est un problème, ça fait cinq ans déjà que je l'ai. Je pensais que ça passerait tout seul, mais ça passe pas »

« j'avais fait tous les papiers administratifs après qu'elle m'ait quitté, CMU, RSA, tout ça. Avant j'étais couvert avec mon travail, mais il ne me reste maintenant rien »

« moi, je ne suis pas clochard, ni rien de tout ça, pas comme tous les autres dans la rue »

« je fais ma douche tous les jours, dans des lieux pour ça »

« je ne vais pas rester dans la rue, ne t'inquiètes pas, je ne suis pas un homme de la rue »

« je préfère être dans ma voiture, tranquille, plutôt qu'avec les autres, qui prennent de l'alcool toute la journée. Tous les jours, ils me proposent de boire, alors je préfère rester seul »

« je ne bois pas du tout, ni cigarette, ni alcool, c'est pas ma vie »

« tous les autres, ils ont eu un problème, et ils sont arrivés à la rue, avec l'alcool »

« je vais retourner un moment chez mes parents en Turquie, puis je vais revenir en France et tout recommencer comme avant »

« par exemple, mois, je vis dans un parking, et j'ai réussi à retrouver toutes les informations sur mon ex femme. Ça veut dire que je ne suis pas un con »

« l'autre jour, il (un ami aussi à la rue, et alcoolique) me demande si il me dormir avec moi dans le camion. Je lui ai répondu, jamais avec un homme comme lui. Il pue. Il ne se lave pas »

« je lui dis souvent d'essayer de prendre soin de lui. Il me dit oui, et le lendemain matin, à huit heures, il va chercher des bières. On ne peut rien faire pour lui »

« la seule manière de l'aider, c'est de le forcer »

« je n'ai pas appelé le 115, parce que j'entends des choses mauvaises : une chambre pour 3 ou 4 personnes inconnues. On ne sait pas si elles sont malades. Il y a plusieurs maladies qui passent avec la respiration par exemple. »

« si on me propose un studio, je veux bien. Je suis prêt à payer la moitié du loyer. Je ne fume pas, je ne bois pas, pas de problème, je n'ai besoin que de 100 ou 150 euros par mois »

« parfois, les travailleurs sociaux, ils ne connaissent pas le système, ils n'aident pas bien »

« après mon hospitalisation, je préférerais retourner dans ma voiture, car c'est comme un petit studio : rangé et tout propre. »

« la nourriture, ce n'est pas important. C'est les informations qu'il faut connaître le plus important »

« parfois, on nous donne de la nourriture périmée. Moi je la jette, mais on est pas des chiens. » « Après, la Samusocial, la croix-rouge et les restos du cœur passent et nous aident beaucoup »

« J'avais une assistante sociale dans le 95, mais comme je vis ici, je vais faire ma domiciliation, pour être suivi ici »

« obligé, je vais retrouver du travail. Je vais faire autre chose, dans le bâtiment par exemple »

« je vais aller voir pôle emploi. J'ai fait en Mars un test pour être agent de sécurité, mais je n'écris pas assez bien français. Je vais faire une mise à niveau »

« quand je suis arrivé en France, il y avait du travail partout. Maintenant, c'est fini »

« quand je vais recommencer du travail, je vais recommencer une vie normale »

« moi, je n'ai pas de problème, c'est presque terminé, bientôt fini »

« les personnes qui boivent dans la rue, je ne sais pas comment ils peuvent arrêter »

« il faut les forcer : leur attacher les mains, ou les forcer avec la police, puis les mettre dans un hôpital pour les soigner »

« avant, ils avaient un métier, et ça se passait bien, et ils sont tombés dans l'alcool »

« si vous voulez aider les personnes dans la rue, il faut leur donner à manger, et pas de l'argent. Avec l'argent, ils préfèrent acheter de l'alcool »

Entretien avec Monsieur D:

« au début, j'étais en Pologne, puis je suis venu en France, et je travaillais comme chauffeur routier »

« je suis venu en France quand mon père est mort, pour aider ma femme, qui avait peu d'argent »

« je suis allé à Nice, parce que ma tante habitait là-bas »

« avant, j'habitais à Nice, et j'avais un appartement, mais j'ai arrêté de payer et je me suis retrouvé dans la rue »

« je travaillais dans le bâtiment »

« j'ai commencé à boire après avoir divorcé. J'étais à Nice et elle était en Pologne »

« l'alcool, il n'y a pas de solution pour s'en sortir quand on est dans la rue »

« la cigarette, je veux bien arrêter, mais c'est dur »

« le plus important, c'est sortir de la rue »

« j'ai eu d'autres problèmes : plusieurs fois, des crises d'hypoglycémie. Je ne mange pas le matin »

« parfois, quand je suis en manque d'alcool, les gens m'amènent à l'hôpital où je reste trois jours sous traitement, puis je reviens à la rue, et je recommence »

« je voudrais travailler comme il faut, repartir en Pologne, mais pour ça il faut arrêter l'alcool »

« il me faut de l'argent pour visiter ma famille. Si je reviens en Pologne, il faut que je ramène des cadeaux »

« ma famille, ils ne savent pas que je dors dans la rue. Il ne faut pas qu'ils soient au courant, ma mère va pleurer sinon »

« j'ai une fille qui a 14 ans, qui vit en Pologne »

« quand elle va avoir 18 ans, je veux être bien, pour qu'elle vienne ici avec ma mère »

« si elle vient ici maintenant, où je vais la ramener ? Je ne lui dis pas de venir pour le moment »

« je vais à l'hôpital Bichat, et je n'ai rien à payer là-bas. J'attends pour recevoir ma CMU. J'ai une carte de séjour, un passeport, qui sont encore valables pour deux ans »

« j'ai besoin d'aide pour arrêter l'alcool »

« quand je me lève le matin, j'ai besoin de boire »

« ça fait deux ans que je bois beaucoup, j'ai commencé en 2012. Je vais essayer d'arrêter, et j'espère que ça va marcher »

« pour d'autres aussi, l'alcool, c'est obligé : ils en ont besoin. Même quand les pompiers viennent le chercher, il s'échappe. On ne peut pas expliquer ça. »

« moi, ça me fait mal au cœur de le voir parfois. Il faut les obliger à aller à l'hôpital, et les attacher ! Il faut les obliger ! C'est pour eux, dans leur intérêt. Vous devez décider pour eux »

« dès que j'ai fini avec l'alcool, au boulot ! Je veux redevenir chauffeur routier, pouvoir envoyer de l'argent à ma famille »

« moi, je suis par là, je bouge de temps en temps pour aller voir les restos du cœur, mais je reste ici, sinon on me vole »

« c'est les roumains qui me volent »

« quand il pleut, on reste ici, ou on va au Mac Do. Ils veulent bien qu'on reste là »

« Avec la police, aucun problème. Ils nous connaissent bien, aucun problème. On les respecte, et ils nous respectent. »

« les gens, ici à côté, ils viennent voir si jamais il y a des problèmes »

« on fait comment quand les restos ne passent pas ? On mange pas »

« de temps en temps, les boutiques à côté, ils nous donnent quelque chose quand ils ferment »

« la bière, c'est les autres qui payent. Ils font la manche, et ils payent pour tout le monde. Ils achètent que de l'alcool. Pas de bouffe, ni de cigarette. »

« ce que le samusocial pourrait faire de plus pour moi ? Vous avez des chaussettes ? »

« ce qui serait bien, ce serait de me donner un endroit où je pourrais ranger mes affaires, où je serai sûr que personne ne me volerait. Un garage, où quelque chose comme ça, pour cacher mes affaires »

« beaucoup de personnes passent, et nous donnent parce qu'elles nous connaissent »

Entretien avec Monsieur H:

« je suis quelqu'un qui a beaucoup œuvré à la SNCF. J'avais alors une maison à côté de la

gare. »

« quand je suis arrivé à la retraite, on m'a expulsé de ce logement de fonction, d'une façon inhumaine. J'avais 4 enfants à l'époque. C'était en 2007 »

« j'ai maintenant 64 ans »

« le service DALO nous a ensuite donné un logement à Paris 15ème »

« mes enfants ont tous fait des études, et le dernier est encore à la Sorbonne »

« l'espace où je vivais est dans le 15ème, je suis électeur dans le 15ème, j'ai des attaches dans le 15ème, j'ai travaillé dans le 15ème »

« mon cas devrait être traité là-bas. Je vais insister pour avoir un studio à côté de mes enfants, pour qu'ils viennent me voir, avoir un lien. »

« lorsque le Samu social trouve quelqu'un sur son département, il doit le ré-adresser à son département d'origine, où il a ses attaches, son vécu. »

« ma conjointe a demandé le divorce, et comme je suis de nationalité française, mais d'origine marocaine, le divorce a été prononcé là-bas »

« en revenant de ce procès, j'ai eu un AVC, c'était il y a un an »

« on m'a amené à l'hôpital Delafontaine, après avoir eu mon AVC au Maroc »

« les médecins se sont occupés de mon cas, et ils ont vu que j'avais de la tension au cœur, et un problème au reins »

« comme l'AVC, c'est neurologique, ça me rend la tête très malade »

« Après encore, je suis tombé dans la rue, et je suis retourné à l'hôpital Delafontaine, où les assistantes sociales ont enclenché des démarches pour un logement » (en CHU, puis LHSS)

« je suis français et j'ai la sécurité sociale et un médecin traitant »

« moi qui ai travaillé, c'est une injustice que je sois dans la rue »

« en rentrant en France, ma conjointe me dit que je n'ai pas le droit de rentrer à la maison, même si j'ai toujours payé le loyer, et que je continue de la payer : 731 euros par moi, directement prélevés sur ma pension de cheminot »

« elle fait elle-même la loi. Comme elle est malade, je ne veux pas la provoquer »

« depuis mon AVC, je suis devenu sans-abri »

« j'aimerais un studio pour vivre en paix, et me soustraire à la rue. Je ne veux pas retourner dans la rue avec ma maladie, et redevenir un citoyen comme les autres »

« la rue, c'est la chose la plus dégradante de la vie »

« les gens, ils voient que les vêtements, on nous les a donnés »

« les personnes ne nous regardent pas comme des hommes »

« dans un endroit inconnu, on est toujours triste »

« c'est dur d'être exclu par son ex conjointe, après 35 ans de mariage, 4 enfants, qu'elle refuse de m'accueillir en attendant autre chose »

« elle peut garder pour elle toute seule un logement de 85 mètres carrés. Est-ce que c'est logique ? »

« il faudrait une loi, uniquement sur le logement social : quand on a deux individus qui partagent le même logement qui se séparent, on doit alors donner un logement plus petit à chacun, surtout si il y a des enfants »

« je voudrais exposer ce problème au ministre des affaires sociales. Ce n'est pas normal qu'une femme puisse faire la loi elle-même, alors que la France est un pays où les droits sont équitables »

« si on libère le grand appartement, on peut le donner à une famille qui est dans la rue ou dans une structure d'hébergement »

« vous devez traiter ce sujet : les logements sociaux sont mal utilisés »

« il y a beaucoup de gens avec qui j'ai parlé ici qui ont été chassés par leur femme »

« la question, c'est : à qui s'adresser ? Je sais pas si les structures de sans-abri peuvent accueillir ces cas d'injustice »

« il y a ici deux femmes enceintes. Il faut les protéger, les mettre dans des structures de repos pour préparer l'accouchement »

« ici, les gens sont bien traités, on mange bien, les personnels sont des gens droits »

« demain, je pars dans une structure médicalisée, là où ils amènent les cas les plus durs, pour les protéger et les soigner. Je trouve que c'est bien que ça existe »

« le rôle du Samu, c'est aider, protéger, socialiser. C'est ça le plus important »

Entretien avec Monsieur K:

«avant d'arriver ici (en CHU), j'étais dehors, pendant presque un an »

« je passais la nuit complète dehors, je ne dormais pas »

« heureusement, le SAMU a trouvé cette structure »

« des fois, je passais la nuit dans les bus ou sur une chaise, sans savoir si je dormais ou pas »

« avant, j'étais dans une structure, et ils m'ont viré »

« j'ai un petit problème à la vessie, j'ai la moitié qui fonctionne, la moitié qui fonctionne pas »
« la dernière fois, j'ai eu un accident de voiture, à la jambe gauche. J'ai le genou coincé et une chaussure orthopédique »

« j'ai la CMU. Quand j'ai un problème avec la santé, je vais à l'hôpital où je fais tous les examens et je prends tous les médicaments »

« il y a pas de problème pour voir des docteurs quand ça va pas »

« j'ai un peu travaillé ici, mais ça fait presque dix ans que je n'ai pas travaillé »

« quand on est à la rue, on est moins bien, on sent plus les problèmes »

« avec la rue, on développe beaucoup de choses »

« je préfère ne pas parler aux autres pour rester optimiste »

« des fois, je pète les plombs »

« l'avenir ? Pour le moment je cherche à avoir des papiers »

« quand j'aurais des papiers, la vie, ça sera plus simple.

« après, je pourrais peut-être travailler. Avant, j'étais pêcheur, mais ici à Paris, ce sera compliqué. Je vais essayer de travailler comme travailleur handicapé »

« même si je dors dehors, dès que j'ai des papiers, je cherche du travail »

« une fois que j'aurais un travail, la suite viendra. Je pourrais monter les marches, la suite logique : un logement et tout ça »

Entretien avec Monsieur I :

« j'étais magasinier dans les produits cosmétiques. Avant ça, j'étais à l'armée, puis j'ai travaillé à l'hôpital, comme brancardier, puis comme déménageur, et après, plus rien »

« ça fait vingt ans que je suis à la rue. Tous les ans, je fais un dossier. Ça fait dix ans, qu'ils me disent de patienter. Déjà, une famille avec cinq enfants, ils leur donnent pas, alors moi... »

« ce qu'il me faut, c'est un studio, et un travail, même balayeur. Mais pour t'embaucher, ils te demande de justifier de ton domicile. Si t'as pas ça, ils t'embauchent pas »

« moi, tout est bon. J'ai tous les papiers, carte d'identité, carte vitale, mais il me manque un logement, alors ils m'embauchent pas »

« enfin, la carte vitale, ils doivent la refaire. Le samusocial, ils doivent s'en occuper, mais

jusqu'à maintenant, ils ont rien fait »

« il y a que les restaurants du cœur, la croix-rouge, et le samusocial qui passent me voir »

« je suis à la rue à cause d'une séparation en concubinage. Elle à droite, et moi à gauche »

« à Neptune, quand ils ont découvert que je vivais dans la rue, ils m'ont dit : c'est la fin de ton contrat »

« mais j'assurais à mon boulot : je commençais à 7 heures et demi et je finissais à minuit. Mais quand ils ont appris que je vivais dans la rue, ils m'ont dit : c'est pas possible de continuer »

« moi, je connais des gens qui habitent dans la rue et qui cherchent du travail, et il y en a qui sont dans des appartements qui ne veulent rien faire. C'est le monde du roi Dagobert »

« quand vous êtes dans la rue, on vous donne pas de logement »

« moi, j'ai jamais voté (rires). Voter pour qui ? »

« je suis né en Algérie, mais je suis venu en France tout petit. J'ai de la famille ici et là bas. Ici, ils ont un pavillon à Aubervilliers, mais je n'y vais pas, ils ne veulent pas que je boive »

« j'ai commencé la cigarette à 7 ans, et l'alcool à 15 ans »

« je bois pour passer le temps, mais attention : je peux boire un litre de whisky, et je fais mon travail très bien. Là, je suis, à trois litres rhum par jour. »

« qu'est-ce que tu veux faire ? Il n'y a pas de travail, alors je bois du rhum, je vais au cinéma, j'écoute la radio. Voilà, je passe le temps »

« j'achète les bouteilles avec le RSA, mais ça part vite ! Il y en a pas mal des comme moi, qui vivent dans des parkings, qui cherchent du travail »

« le travail, c'est interdit aux SDF »

« il y a un mec de la mairie, il m'a dit : si tu bouges de Montreuil, dans une autre ville, ils te trouveront un logement. Va à Aubervilliers, à Paris ou à Stains, et t'auras peut-être un logement »

« la carte vitale, je me demande à quoi elle sert pour les SDF dans les hôpitaux »

« quand les pompiers ils te ramènent, c'est zobi. Si ils vous amènent le vendredi, vous pouvez être sûr que vous repartez le lendemain ? Bref, ça sert juste à être hospitalisé un jour, et à aller chercher les médicaments »

« ça veut rien dire de prendre des médicaments dans la rue. Si tu es malade, il faut aller à l'hôpital et être soigné à l'hôpital »

« à moins qu'on vous tire une balle dans le bide, vous serez pas hospitalisé »

« ils me disent : soit vous sortez, soit j'appelle la police. Je leur dit que je n'ai pas vu le médecin, ils me disent : vous sortez où j'appelle la police »

« va savoir pourquoi ils veulent me faire sortir ! Tu as la carte vitale, la CMU. Ils peuvent même demander à ta fille ou à ton fils de payer, mais non, ils te foutent dehors »

« la carte vitale, elle te sert juste à être à l'hôpital 24 heures »

« la surveillante chef, elle me dit ça alors que je suis en pyjama. Tu crois que moi, je vais faire bouger une brigade de quatre policiers ? Ils ont d'autres chats à fouetter ! »

« les vigiles, ils bougent pas, ils savent qui je suis »

« les pompiers, ils comprennent pas pourquoi ils m'amènent à l'hôpital, pour qu'on me dise de sortir ensuite. »

« les hôpitaux, ça dépend de la tête de qui ils hospitalisent »

« le seul médicament que je prends moi, c'est doliprane ou dafalgan, rien d'autre »

« les autres, c'est de la contrefaçon »

« j'ai été hospitalisé deux ou trois fois, pour des douleurs de pancréas, d'estomac, à cause de la bouteille »

« personne me suit à cause de l'alcool, j'y crois plus moi »

« quand tu vois la différence entre les SDF, et les autres, tu vois bien qu'ils sont malmenés. Quand tu demandes un repas alors que t'as pas mangé depuis 3 jours, il te disent que c'est pas l'hôtel, c'est pas le club med ! »

« j'ai été dans un centre de cure, à la campagne, mais ça marche pas. On était 80, parce que tout le monde buvait là-bas ! Les gens tiennent pas »

« quand ils se faisaient attraper, c'était la porte »

« c'est la directrice de la mairie de Montreuil qui m'a dit d'aller là-bas. Je suis resté un mois, je buvais de temps en temps, je voyais les autres boire »

« normalement, la cure c'est un mois, puis quatre mois en post-cure. Y'en a, ils font les quatre mois, puis ils ressortent, et ils boivent le double pour se rattraper. »

« moi, il faudrait que j'arrête pendant un an au moins »

« pour y arriver, il faut avoir une bonne volonté. Tout est bien en général, on mange bie, et l'accompagnement est bien, mais sans volonté... »

« pour arrêter l'alcool, il faut s'engager dans l'armée. Là, tu fais une bonne cure ! Moi dans la rue, je fais rien, alors je bois »

« le gars, quand il a fini sa cure, si il retourne dans la rue, sans appartement, sans travail, qu'est-ce qu'il fait ? Ben il boit, normal ! »

« je voulais être hospitalisé un mois, pour arrêter de boire »

« dans la rue, c'est normal de boire de l'alcool »

« n'importe qui te dira ça, il te diront que c'est normal »

« pourquoi tout le monde boit ? À cause des problèmes. Quand ils sont dans le foyers, ils racontent leurs problèmes avec leurs femmes, leurs enfants, leur problèmes familiaux quoi »

« la police, ils me connaissent bien, je vais souvent chez eux. J'ai jamais fait de dégradations, ni de problème. Ils me voient juste boire. Tu crois qu'ils vont me casser les couilles quand il y a es connards qui brûlent des voitures, volent les gens ? »

« il y en a pas qui ont perdu leurs copines et qui se retrouvent dans la rue. Ils ont le droit de voir leurs enfants tous les 15 jours »

« il y en a beaucoup qui travaillent au noir. Ils font un carrelage là, du ciment là. Ils gagnent 200-300 euros dans la semaine, puis après ils cherchent autre chose. Ils trouvent en maçonnerie, plomberie »

« j'ai été hébergé 6 mois à la cité Myriam »

« ils m'ont dit de partir quand je me suis battu »

« il faut plus me parler des foyers, ça m'intéresse plus d'être hébergé là-bas. Ils font la fouille dans les placards, c'est l'armée. Et il y en a qui ne savent pas boire, et ils foutent la merde »

« Sur les 15 résidents, tout le monde buvait, mais il y en avait dix qui ne savaient pas boire. Du coup, c'était tout le temps la bagarre.

« moi je suis tranquille tout seul »

« il y en a qui savent boire, et ceux qui savent pas boire : ceux qui savent pas boire, ils foutent la merde. C'est pour ça que je vais au cinéma tout seul »

« moi je bois trois litre de rhum tranquille, et je fous pas la merde »

« l'avenir, c'est dingue. 20 ans dans la rue, ça en fait du temps »

« faut bouger de la ville, faut que la roue tourne. Ici, tu trouves rien »

« moi, l'emploi, maintenant, il n'y a plus rien. Si, balayeur, ou policier. Mais à 52 ans, ça m'étonne »

« moi, quand j'ai le logement, j'attaque le travail. Si t'a un appartement, il faut payer ! »

« le boulot, moi, c'est la passion ! Je suis prêt à travailler jusqu'à cent ans. Je m'en fous d'être mal payé »

« si tu veux me dépouiller, moi, même pour 15 euros, je t'envoie dans le coma ! »
« la solution, c'est le travail »

2. Grilles d'entretien :

GRILLE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS

PRESENTATION ET CONNAISSANCE DE L'ACTEUR

1. Pouvez-vous vous présenter ?

Objectif : prendre contact avec l'interviewé pour faciliter l'entrée dans l'entretien (formation, Institution actuelle, savoir qui il est, connaître son parcours).

2. Décrivez-nous vos missions actuelles? Quels sont vos partenaires et/ou interlocuteurs privilégiés ? Avec qui travaillez-vous ?

Objectifs : connaître les missions en cours, le positionnement dans la hiérarchie, les liens privilégiés. Connaître concrètement les missions et l'organisation. Identifier les réseaux et les relations privilégiées entre les acteurs.

→ Professionnels des pouvoirs publics : Dans vos missions, avec qui travaillez-vous ? (élus, ONG, hôpitaux, professionnels de santé...)? Comment ?

→ Associations et autres : Qui rencontrez-vous comme représentants de pouvoirs publics ? Comment ça se passe ?

LES PATHOLOGIES DES GRANDS PRECAIRES

3. Quelles sont selon vous les pathologies les plus fréquentes chez les grands exclus?

Objectif : identifier les pathologies des personnes en situation de grande précarité.

4. À quel point et comment pensez-vous que les conditions de vie de ces personnes influencent leur état de santé ?

Objectif : à travers des exemples, déterminer l'impact des conditions de vie sur la santé

5. Qu'est-ce qui pousse les grands exclus à aller vers le soin ou à l'accepter ?

Objectif : déterminer les moments les plus opportuns pour amener les grands exclus vers le soin.

6. Violences, maladie mentale et conduites addictives. Ces trois aspects sont-ils des conséquences de la vie à la rue ou amènent ils les personnes vers la grande précarité?

Objectif : déterminer la place de ces trois aspects caractéristiques de la vie à la rue dans le parcours des personnes à la rue.

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX SOINS

7. Quels sont les dispositifs que vous connaissez sur le département ? Quelles relations entretenez-vous avec eux ? Comment les améliorer ?

8. Connaissez-vous l'action des EMPP ? Est-ce selon vous une bonne porte d'entrée vers le soin psychique d'une part, somatique d'autre part ?

9. Pensez-vous que les PASS sont des dispositifs adaptés? Peuvent-elles constituer une porte d'entrée vers un soin plus pérenne ? Pensez-vous que le département est bien doté, en particulier concernant les spécialités ?

10. Pensez-vous que les LHSS sont des dispositifs adaptés ? Quel est leur intérêt ?

11. Connaissez-vous l'initiative Housing first ? Que pensez-vous du concept ?

12. Avez-vous connaissance des dispositifs mis en place pour les soins spécifiques aux personnes âgées? Auriez-vous des propositions ?

LA CONNAISSANCE DU PUBLIC ET L'INSTITUTION

13. Comment jugez-vous l'état des connaissances sur les personnes en grande précarité dans le département ?

Objectifs : comparer les données dont disposent les différents acteurs.

14. Avez-vous déjà mis en place un recueil de données sur ce public, ou avez-vous le projet de le faire ? Comment ?

Objectif : identifier les logiques des acteurs rencontrés, et les moyens mis en œuvre pour disposer de données de terrain

15. Avez-vous un projet d'établissement ou une stratégie globale au sein de votre structure? Quelles en sont les grandes lignes ? Avez-vous associé des objectifs à cette stratégie ? Lesquels ?

Objectifs : déterminer le positionnement de la structure quant à ses missions, définir les limites de ses zones d'intervention.

16. Quelles sont selon vous les spécificités du département ?

L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

17. Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec l'ARS IDF ou la DT 93, la DRIHL ou la DRJSCS sur l'accès aux soins pour les grands exclus ? Que pensez-vous de leur action ?

Objectif : Déterminer l'action des pouvoirs publics et sa perception par les autres acteurs

18. Le fort engagement associatif dans la lutte contre la grande précarité dans le département témoigne-t-il selon vous d'un désengagement de l'état?

GRILLE D'ENTRETIEN USAGERS

PRESENTATION ET CONNAISSANCE DE L'USAGER

Pouvez-vous vous présenter ?

Depuis quand vivez-vous dans la rue?

Où vivez-vous ? Dans quelles conditions ?

Qu'est-ce qui vous y a amené à la rue ? Qu'avez-vous fait depuis ?

LES PATHOLOGIES DES GRANDS PRECAIRES

Avez-vous déjà eu des problèmes de santé depuis que vous vivez dans la rue ? Lesquels ?

Comment avez-vous réagi ?

Comment les avez-vous réglés ?

Pensez-vous que vos conditions de vie influencent votre état de santé ? Comment ?

Qu'est-ce qui vous décide à régler des problèmes de santé ?

Pensez-vous que la rue est un terrain plus propice au développement de certaines maladies ?

Lesquelles ?

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX SOINS

Avez-vous déjà eu recours à des dispositifs d'accès aux soins sur le département ?

Comment ça s'est passé ?

Que proposeriez-vous pour les améliorer ?

Auriez-vous d'autres idées pour améliorer l'accès aux soins ?

Connaissez-vous l'action des EMPP, des PASS et LHSS ? Qu'en pensez-vous ?

Qu'en pensez-vous du concept « un logement d'abord »?

Avez-vous connaissance de dispositifs mis en place pour les soins spécifiques aux personnes âgées? Auriez-vous des propositions ?

L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

Que pensez-vous de l'action de l'état pour favoriser l'accès aux soins ?

Que pensez-vous de l'action des associations ?

MATHIEU	Grégoire	Septembre 2014
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion : 2013-2014		
< Le pôle santé du Samusocial 93 : des actions de terrain soutenues par la mise en place d'un observatoire de la santé des grands exclus		
Promotion 2013-2014		
<p>Résumé :</p> <p>Le présent travail propose de s'intéresser à la problématique des personnes en situation de grande exclusion en Seine-Saint-Denis. Si la principale porte d'entrée est médicale, à travers l'accès aux soins, les dispositifs ouverts à ce public et les pathologies qui lui sont caractéristiques, le détour par l'aspect social est souvent indispensable. Une brève revue de littérature, vise à poser les jalons de la réflexion, et a servi de base à une série d'entretien auprès des professionnels identifiés comme les principaux acteurs de terrain et des personnes suivies par le Samusocial 93. La revue de littérature et l'analyse des entretiens ont permis d'exposer des résultats dont l'ambition est de traduire le plus fidèlement possible la réalité du terrain. L'objectif de ce rapport est de proposer une base de travail pour la mise en place d'un observatoire de la santé des grands exclus en Seine-Saint-Denis. Il comporte à ce titre une partie méthodologique qui pourra servir après diffusion du rapport, et des préconisations qui ont pour vocation de susciter le débat entre les différents acteurs concernés. Les différentes activités exercées par le stagiaire au cours de son stage sont ensuite brièvement développées et font l'objet d'une analyse distanciée.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Social, exclusion, accès aux soins</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		