



---

Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique

*Promotion : 2020-2021*

# **Le non-recours aux soins des personnes sans domicile fixe en centre d'hébergement et de stabilisation**

---

Julie TOCCHETTO

---

## Remerciements

---

En premier lieu je tiens à remercier l'Association des Enfants du Canal, notamment Alexandre Bissig de m'avoir accueillie en stage malgré un contexte sanitaire compliqué. Des remerciements particuliers pour Chloé Créoff, travailleuse sociale au centre de Vésale pour sa disponibilité, ses réflexions, et ses encouragements qui m'ont grandement aidée.

Je remercie également tous les résidents du centre d'hébergement et de stabilisation pour nos nombreux échanges qui ont fait grandir mon point de vue sur leurs situations et notamment les personnes qui ont pris le temps de participer aux entretiens.

Mes remerciements s'adressent aussi à Mr Arnaud Campéon pour son investissement dans la formation du master PPASP et sa disponibilité tout au long de l'année.

Et enfin un grand merci à mes parents, qui m'ont supportée et laissée le temps nécessaire à l'écriture de ce mémoire de fin d'études.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	8
PARTIE 1 : Non-recours et renoncement aux soins .....	15
1. L'émergence du concept de non-recours .....	15
2. Non-recours aux soins et renoncement aux soins.....	16
3. Un phénomène aux explications multiples.....	17
4. Des dispositifs permettant de limiter le non-recours aux soins .....	21
PARTIE 2 : Qui sont les personnes hébergées en France .....	23
1. Les populations hébergées.....	23
2.1.1 Définitions .....	23
2.1.2 Profils des personnes hébergées .....	25
2.1.3 La nécessité d'un accueil inconditionnel.....	27
2. La santé : un besoin secondaire .....	29
2.2.1 Une temporalité de l'immédiateté .....	29
2.2.2 Dénier de son corps, déni de sa santé.....	31
2.2.3 La santé mentale, entre méconnaissance et méfiance.....	36
PARTIE 3 : L'accompagnement en santé des personnes hébergées.....	40
1. Le rôle central des travailleurs sociaux .....	40
3.1.1 Les missions dédiées au travail social .....	40
3.1.2 Un accompagnement inscrit dans le quotidien .....	44
2. La nécessité d'un accompagnement pluriprofessionnel.....	48
3.2.1 L'importance de la relation aux soignants dans le parcours de soins.....	48
3.2.2 Le médecin traitant, un acteur incontournable mais encore trop peu impliqué ....	51
3.2.3 Une coordination pluriprofessionnelle qui peine à se mettre en place .....	52
3. Les addictions comme limite de l'accompagnement ? .....	54

3.3.1	L'alcool : une substance omniprésente.....	55
3.3.2	Une démarche de réduction des risques et des dommages.....	57
3.3.3	Quelques pistes à envisager .....	59
	Conclusion .....	61
	Bibliographie .....	63
	Liste des annexes .....	I
	Annexe 1 : Guide d'entretien résidents .....	I
	Annexe 2 : Guide d'entretien travailleurs sociaux .....	V
	Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées lors des entretiens semi-directifs.....	VI

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ACS** : Aide Complémentaire Santé

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (nouvellement Association Addictions France)

**AME** : Aide Médicale d'Etat

**CETAF** : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CHS** : Centre d'Hébergement et de Stabilisation

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CMU-C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNAF** : Caisse Nationale des Allocations Familiales

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSS** : Complémentaire Santé Solidaire

**DALO** : Droit Au Logement Opposable

**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

**EMPP** : Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

**ONPES** : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

**PARSA** : Plan d'Action Renforcé du Dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans Abri

**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**PRAPS** : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

**PRSP** : Plans régionaux de Santé Publique

**PUMA** : Protection Universelle Maladie

**RMI** : Revenu Minimal d'Insertion

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**SDF** : Sans Domicile Fixe

## Introduction

### *Histoire de la prise en charge des plus démunis<sup>1</sup>*

La question de la prise en charge des personnes sans domicile fixe (SDF) est un sujet régulièrement remis sur le devant de la scène médiatique, récemment leur estimation par la Fondation l'Abbé Pierre a fait grand bruit, mais c'est un sujet qui revient également chaque hiver lorsque le froid s'installe. Pourtant, ils n'ont pas toujours été considérés dans l'opinion publique comme une population « à aider ». Les « vagabonds », terme employé durant le moyen-âge, ont autrefois été l'une des principales cibles des interventions répressives de l'état (Damon, 2007). A partir du milieu du XIV<sup>ème</sup> siècle le contrôle de la population errante représente le « *point centrale des responsabilités étatiques du contrôle social<sup>2</sup>* ». A cette époque les personnes en errance sont caractérisées par l'indigence, l'oisiveté et la mobilité. Les pratiques de mendicités et de vagabondages sont inscrits dans le code pénal. Le vagabondage y est même vu comme un délit, car il est présenté comme étant dangereux pour la société. Jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle c'est l'Eglise qui s'occupe des malades sans ressource c'est-à-dire les pauvres, les orphelins, les vieillards, les infirmes et les malades mentaux. Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, la mise en place des officiers de santé – personne qui exerçait la profession médicale sans le titre de docteur en médecine - permet de créer une offre médicale minimale dans les campagnes. Puis une aide médicale gratuite est créée en 1893. Dans le même temps se développe les sociétés de secours mutuel (appelées mutuelles depuis 1945), qui créeront les dispensaires à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle dans de grandes agglomérations. Les communes reprendront ensuite ses initiatives en créant leurs propres réseaux de dispensaires, lieux ouverts à tous et où sont effectué gratuitement des soins et des consultations (Markus, 2019). A partir du XX<sup>ème</sup> siècle on observe une médicalisation de la pauvreté : les recherches essayent de montrer le vagabond comme une personne malade et inadaptée. Ce serait ainsi des pathologies psychiatriques qui pousserait l'individu à errer et non des causes sociales. Il reste cependant toujours vu comme instable et dangereux. L'industrialisation et l'urbanisation du XIX<sup>ème</sup> accentues la précarité des classes laborieuses et une distinction s'opère entre les « *chômeurs volontaires* » et les « *oisifs professionnels* » (Damon, 2007). Ainsi, les infirmes et les indigents qui ne trouvent pas de travail sont des personnes méritant l'assistance mais les vagabonds restent perçus comme des « *indigents volontaires qui fuient le travail* » et qui continuent ainsi à être réprimés. A partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> les premières initiatives privées pour l'accueil et l'hébergement des sans-abris ouvrent,

---

<sup>1</sup> Cette partie se base principalement sur le travail de Julien Damon

<sup>2</sup> Pour rappel le contrôle social correspond à l'ensemble des mécanismes régulateurs de la vie sociale qui visent à contraindre les membres d'un groupe ou d'une société à agir selon des modèles préétablis (Larousse).

le premier étant « l'asile de nuit » à Marseille en 1872, mais elles ne sont que très peu soutenues par l'état. C'est également en 1887 qu'ouvre « La Maison de Nanterre » gérée par la Police de Paris et qui est l'un des emblèmes de la prise en charge de la mendicité. Le XX<sup>ème</sup> siècle est une période de décriminalisation : le vagabondage et la mendicité restent des délits mais des mesures d'aide sont de plus en plus visibles. Avec la période de plein emploi de l'après-guerre et l'affirmation de l'état providence on constate un affaiblissement de la pression pénale concernant les vagabonds. La figure du clochard émerge alors, il est perçu comme une personne sympathique qui ne serait qu'un cas isolé de « *paresseux invétéré déchu par l'alcool* » ou de « *doux poète libertaire* » contrairement aux vagabonds qui appellent à la répression. Au milieu des années 1970 des budgets importants sont consacrés à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) qui permettent l'ouverture de centre d'hébergement, notamment les Centres d'Hébergement et de Réinsertion sociale (CHRS). Julien Damon donne plusieurs pistes pour expliquer ce changement d'appréciation tels que « *les revendications de liberté de la fin des années soixante, les fortes critiques en direction des institutions « disciplinaires », les débuts de la crise économique des années 1970 et les évolutions plus générales des travaux et des mesures de prise en charge des handicaps et inadaptations, permettent de comprendre pourquoi les vagabonds et les clochards ont glissé vers la sphère de l'assistance, en quittant progressivement – mais pas définitivement – celle de la répression* » (Julien Damon, 2007).

En 2016, selon une étude de la « Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques » (DREES), on dénombrait près de 140 000 places d'hébergement à destination des adultes et les familles en difficulté sociale. Ce chiffre est en augmentation de 39% par rapport à 2012, avec pourtant un taux d'occupation de 94%. On note notamment la création du plan quinquennal « Plan Logement d'Abord » qui a pour objectif de diminuer le nombre de personne sans domicile d'ici 2022 en privilégiant des solutions pérennes de retour au logement plutôt que de l'hébergement d'urgence.

### *Le mouvement des Enfants de Don Quichotte*

Le 15 décembre 2006 l'Association « Les Enfants de Don Quichotte » a installé 200 tentes le long du canal Saint-Martin à Paris pour dénoncer l'abandon des personnes à la rue, les conditions d'hébergement indignes et l'absence d'une véritable politique de logement social. L'engouement médiatique a donné de la visibilité au mouvement ce qui a notamment permis l'émergence de deux grandes avancées en termes de politiques publiques : le droit au logement opposable (DALO) et le

PARSA (Plan d'Action Renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans Abri).

Le 5 mars 2007 est instaurée la loi « DALO ». Ce droit au logement vise à garantir le droit à un logement décent et indépendant à toute personne qui n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir. Concrètement les personnes mal-logées sont reconnues prioritaires afin de faire valoir leur droit à un hébergement ou un logement digne. C'est d'ailleurs dans cette loi qu'est abordé le principe de continuité à l'article 4 « *toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adapté à sa situation* » (Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (1), s. d.).

La deuxième avancée majeure de ce mouvement est le Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri du 8 janvier 2007. L'une des actions principales de ce plan est la création des centres d'Hébergement et de Stabilisation (CHS). Ce dispositif s'intercale entre l'hébergement d'urgence (à la nuitée ou pour une courte période) et les CHRS. Cet échelon intermédiaire s'inscrit dans le principe de continuité, limitant ainsi les remises à la rue systématique des publics accueillis en hébergement d'urgence (Maes, 2011). Ces centres accueillent un public très désocialisé, à la rue et dont l'état de santé est parfois fortement dégradé. L'hébergement et l'accompagnement social doivent permettre aux personnes de se stabiliser et de favoriser une future orientation vers des structures plus adaptées à leur situation.

Parallèlement au mouvement des Enfants de Don Quichotte de nouveaux collectifs se créent comme c'est le cas pour l'association des « Enfants du Canal » à Paris, une association loi 1901 luttant contre l'exclusion des personnes vivant dans la rue, en bidonville ou mal-logées. Aujourd'hui elle mène diverses actions tels que la veille sociale grâce aux maraudes et à l'accueil de jour, une activité d'hébergement grâce à trois structures, une mission d'accompagnement vers le logement, un chantier d'insertion et enfin un accompagnement des habitants des bidonvilles avec le programme « Romcivic »<sup>3</sup>.

### *Le droit à la santé des personnes exclues : un droit fondamental*

---

<sup>3</sup> <https://www.lesenfantsducanal.fr/les-enfants-du-canal/>

En France, la protection de la santé est inscrite dans le préambule de la constitution de 1946. Le code de la santé publique reprend ce principe en garantissant l'égal accès aux soins pour tous : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* » (Article L1110-1 du code de la Santé Publique). En 1998, la loi relative à la lutte contre l'exclusion stipule dans son premier article la nécessité de « *garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé et les soins, l'éducation et la culture* ». L'accès à la santé et aux soins est ainsi garanti par de nombreux principes réglementaires. La loi du 9 août 2004 ajoute également l'objectif de « *la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire* ». Un article du code de la santé publique précise cette loi par « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* ». Naturellement l'accès aux soins des populations les plus démunies était déjà pris en compte par les collectivités avant 2004 mais cette inscription réglementaire en fait une obligation légale.

L'accès aux soins « *désigne tout autant une possibilité ou l'accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou le recours qui en est fait ou pas* » (Lombrail & Pascal, 2005). Selon Laurent Chambaud elle comporte trois notions : l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, qui prend en compte les coûts indirects, et enfin l'acceptabilité. Cette dernière regroupe de nombreux facteurs qui sont à prendre en compte pour comprendre l'ampleur de ce terme : la structure sociale, la compréhension du système de santé, la culture d'origine ou encore l'organisation du système de santé (Chambaud, 2018). L'accès aux soins est donc une notion large pour laquelle il est difficile de prendre en compte toutes ces variables mais qui ne se limite pas à un aspect uniquement financier et géographique comme nous pourrions de prime abord le penser. Cependant, malgré ces affirmations réglementaires des inégalités d'accès aux soins persistent.

### *Les sans domicile fixe : une santé dégradée*

Les personnes sans domicile fixe souffrent souvent d'un état de santé fragilisé en raison des parcours de rue parfois longs et complexes, des situations d'exclusion et d'une grande précarité :

vieillesse prématuré, pathologies diverses non soignées, pathologies chroniques, troubles psychiques et addictions parfois multiples sont constatés.

En 2003, l'article « *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide* » de l'Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques (INSEE) dresse le constat suivant : les personnes fréquentant les services d'aide se déclarent en moins bonne santé que la population générale. En effet 16% estiment avoir une santé de médiocre à très mauvaise alors qu'elle n'est que de 3% pour la population générale. Les maladies déclarées sont plus nombreuses : les maladies respiratoires sont présentes pour 14% des personnes interrogées, 10% déclarent avoir des problèmes au niveau du système digestif, 9% ont des désordres alimentaires, 7% des maladies de la peau et 6% des maladies du foie. Le trouble le plus répandu est la migraine, qui concerne 30% des interrogés. Cet article aborde également la question des hospitalisations. Les personnes fréquentant les services d'aide ont un taux d'hospitalisation trois fois supérieur à la population générale. Près d'un tiers des personnes interrogées répondent avoir été hospitalisées au moins une fois au cours de l'année passée et dans 72% des cas il s'agissait d'une hospitalisation en urgence. « *Le retard apporté aux soins, des pathologies plus lourdes et des difficultés financières expliquent probablement ces nombreuses hospitalisations* » (de la Rochère, 2003). Les raisons des hospitalisations sont également spécifiques : troubles psychologiques (24%), tentative de suicide (3%), accidents et agressions (15%) et 9% d'opérations chirurgicales. Une enquête de la DREES de 2007 confirme ce constat, les personnes bénéficiant du revenu minimal d'insertion (RMI, aujourd'hui remplacé par le Revenu de Solidarité Active RSA) montre qu'à structure d'âge égale les allocataires des minimas sociaux déclarent un état de santé moins bon que la population générale et sont plus limités dans leurs activités. Ces observations augmentent encore davantage avec l'âge.

Les problèmes physiques ne sont pas les seuls à devoir être pris en compte et sont même à articuler avec les problèmes psychiques. En 1998, un rapport du Haut Conseil en Santé Publique aborde le lien entre santé mentale et santé physique en estimant que « *la souffrance psychique est (...) le symptôme majeur de la précarité* » (Haut Comité de la Santé Publique, 1998). C'est également ce qu'aborde Jaqueline Charlemagne expliquant que « *les sentiments de mauvaise image de soi, d'inutilité, voire de honte sont à l'origine d'une souffrance mentale qui peut elle-même être associée au déclenchement de maladies organiques graves* » (Charlemagne, 2000). La prévalence des troubles psychiques est difficile à évaluer, tout autant qu'à définir. Dans une enquête de l'INSEE de 2001, 5% des personnes interrogées déclarent avoir des troubles mentaux. Mais il est à noter que les états dépressifs étaient évalués à part et qu'ils s'élevaient quant à eux à 23%. Mais « *les symptômes observés relèvent-ils d'un trouble psychiatrique, ou d'une réaction normale au contexte*

*dans lequel se trouve l'individu ?* » (Bresson, 2003). Cet aspect est difficilement démontrable, cependant des associations peuvent être constatées entre troubles psychiatriques et addictions.

Les problèmes d'addictions sont relativement fréquents dans ces populations : alcool, drogues, médicaments mais aussi addictions sans substance notamment les jeux d'argent. Dans l'enquête SAMENTA de 2009 près d'une personne sur cinq (21%) se déclare dépendante à l'alcool. Ces résultats étant basés sur du déclaratif, un phénomène de sous-estimation de la prévalence des addictions est envisageable. On remarque que ce taux de dépendance varie en fonction du type d'hébergement, ainsi le pourcentage est plus élevé dans les dispositifs d'urgence (26,7%) que dans les dispositifs d'insertion (18,9%) ou les hôtels sociaux (5,5%). Pourtant seulement 7,9% des personnes interrogées déclare avoir une consommation à risque. La consommation régulière de cannabis concerne quant à elle 16,1% des personnes interrogées. Toujours selon l'étude il semblerait que la population de sans domicile fréquentant les services d'aide soit peu consommatrice de substances psychoactives autres que l'alcool et le cannabis.

L'enquête de l'INSEE auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas (2012) apporte de nouveaux éléments quant à la répartition des problèmes de santé déclarés. Des différences apparaissent selon le sexe, l'âge et la nationalité. Ainsi les femmes ont tendance à se déclarer en plus mauvaise santé que les hommes, et cette différence est encore plus forte après 60 ans. C'est également le cas pour les personnes de nationalité étrangère qui se déclarent plus fréquemment en bonne santé. Les personnes qui ne vivent pas seules ont également plus de chance de se déclarer en bonne santé que les personnes isolées, c'est également le cas des personnes diplômées ou ayant un emploi. Avoir une mauvaise santé bucco-dentaire, être en surpoids ou obésité et avoir vécu des événements graves durant l'enfance sont également des facteurs qui amoindrissent les chances de se déclarer en bonne santé.

Plus largement le concept de gradient social de santé permet de mieux appréhender ce phénomène. Il semble nécessaire de décrire prioritairement ce que sont les inégalités sociales de santé. Initialement les premiers travaux sur les inégalités sociales de santé sont publiés au XIX<sup>ème</sup> siècle : ils concernaient les inégalités territoriales et les conditions de travail des français. On peut les définir comme « *les disparités observées quant à l'état de santé entre deux groupes sociaux* » (De Koninck et al., 2008). Le gradient social de santé peut donc être défini comme une association entre l'état de santé d'un individu et sa position dans la hiérarchie sociale. Plus simplement « *les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont au-*

*dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis* »<sup>4</sup>. C'est ainsi que l'on peut mettre en évidence l'influence de certains déterminants de santé qu'ils soient biologiques, comportementaux, environnementaux ou même liés au système de santé. Complété par des chiffres il semble évident de pouvoir lier l'expérience de la vie à la rue et l'état de santé dégradé. Pour illustrer une étude réalisée à partir de l'enquête Sans-Domicile de l'INSEE et l'INED (2012) montre que seulement 14% des adultes sans-domicile francophones ont fait des études supérieures et 10% en sont sortis diplômés (Sembel & Cordazzo, 2016).

Malgré des problèmes de santé identifiés et le constat unanime d'une santé plus dégradée qu'en population générale, plus de la moitié des personnes en situation de précarité renoncent ou retardent le moment de se faire soigner (Collet et al., 2006).

### *Constat d'un recours aux soins moins important*

Le non-recours aux soins des populations en grande précarité n'est pas homogène, c'est un constat partagé que la fréquentation des services de santé est très variable en fonction des situations et des personnes. Ainsi, parfois des pathologies jugées graves ne sont pas traitées ou le sont trop tardivement (Benoist, 2008). Une enquête menée sur les femmes en grande précarité montrait la pluralité des parcours de soins : certaines déclarent un recours aux soins régulier, certaines disent avoir un bon état de santé malgré la présence de maladie chronique, d'autres n'ont que des recours aux soins curatifs lorsque des symptômes apparaissent (Brunet et al., 2005). Ainsi il est inenvisageable de calculer un taux de non-recours précis pour ces populations mais certaines études nous apportent des précisions.

En 2012, l'enquête menée conjointement par l'INED et l'INSEE auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas tente de mesurer ce recours aux soins. Sur cette population, près de neuf personnes sur dix ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Le taux de renoncement n'a pas pu être mesuré mais cette étude permet de mettre en lumière que 15% des déclarants n'ont consulté aucun médecin pendant l'année écoulée et parmi eux 20% déclarent malgré tout avoir des problèmes de santé (Moisy, 2015). La fréquentation chez les professionnels de santé est pourtant identique à celle de l'ensemble de la population, ainsi durant l'année 2000 84% des SDF ont vu au moins un médecin et consultent en moyenne huit fois par an. Pourtant les problèmes de santé sont plus nombreux chez cette population. Les consultations ont dans 60% des cas lieu dans un cabinet ou un centre médical, dans

---

<sup>4</sup> Définition issue du Centre de collaboration nationale des déterminants de santé

20% à l'hôpital et enfin dans 20% directement dans un centre d'hébergement ou une association (de la Rochère, 2003).

Les consultations dentaires et ophtalmiques sont quant à elles beaucoup moins importantes, 36% déclarent ne pas être allé chez un dentiste au cours des deux dernières années. Parmi eux, 46% déclarent même avoir perdu une partie de leurs dentition et 59% des personnes les ayant toutes perdues ou presque n'ont pas consulté au cours des deux dernières années. Alors que 33% des personnes ayant consultées au cours des deux dernières années ont toutes leurs dents, intactes ou traitées.

Des différences selon le sexe et l'âge sont également observables, seulement 6% des femmes déclarent ne pas avoir vu de médecin au cours de l'année passée contre près de 21% pour les hommes. Une donnée étonnante est que le pourcentage de personnes ne consultant pas augmente avec l'âge ; les sans domicile âgés de 60 ans et plus sont 24% à déclarer ne pas avoir consulté au cours des douze derniers mois (et 18% pour les vingt-quatre derniers mois) alors que les pourcentages sont de 14% pour les 35-49 ans et de 8% pour les 24-35 ans.

Quand il s'agit de précarité une population dite « paradoxale » émerge (Warin, 2011). Il s'agit de personnes déclarant ne pas renoncer à des soins mais pour lesquels une situation de non-recours est constatée. En effet, à certains stades de la grande précarité et de l'exclusion il devient difficile d'exprimer des besoins. Dans certains cas les individus sont dans l'impossibilité de s'inscrire dans une démarche de soins même s'ils ont conscience de leur état de santé. Pour cette population il est ainsi très compliqué de s'appuyer sur les observations et recherches actuelles.

Ces comportements de non-recours aux soins ont souvent été assimilés à des problématiques financières ou la conséquence de pathologies psychiatriques, relativement fréquentes dans ces populations, mais nous verrons que ces deux explications sont loin d'être suffisantes pour expliquer un non-recours aux soins si important lorsqu'on a connaissance des problématiques de santé rencontrées.

## **Méthodologie**

La méthodologie correspond à l'ensemble des méthodes et manières de procéder qui ont été utilisées pour répondre à la problématique. Dans ce mémoire de fin d'étude c'est grâce à une lecture de la littérature et des entretiens semi-directifs qu'a pu être abordée la question du non-recours aux soins en centre d'hébergement et de stabilisation mais également par une observation

du terrain et une participation aux réflexions tout au long de ce stage afin de mettre en lumière les problématiques rencontrées quotidiennement par les équipes encadrantes et les résidents.

### *Question d'enquête*

Mes premières semaines de stage ont été pour moi l'occasion de parcourir les documents internes sur le fonctionnement de la structure et les outils institutionnels utilisés. Parcourir ainsi le livret de fonctionnement et les rapports d'activités de l'association m'a permis de comprendre le fonctionnement de l'association. Les fiches d'accueil et les projets personnalisés de voir concrètement de quelles manières les travailleurs sociaux accompagnent les personnes hébergées au quotidien. Dans un second temps je me suis penchée sur la manière dont j'envisageais mes différentes missions au sein de ce centre d'hébergement et de stabilisation des Enfants du Canal. En effet lors de mon entrée en stage diverses thématiques m'ont été données mais l'approche et la mise en œuvre étaient à définir conjointement avec mon tuteur de stage. L'une de ces thématiques était le non-recours aux soins des personnes hébergées et c'est à ce moment que j'ai décidé de la traiter de façon plus approfondie en en faisant mon sujet d'étude. Je ne peux pas nier le contexte du stage et le fait d'avoir été dès mes premiers jours confrontée à la situation d'un hébergé : Un homme âgé de 70 ans, qui ne pouvait pas se déplacer et à peine parler tant il était essoufflé et refusait pourtant toutes incitations à se faire soigner de la part des équipes et la profonde inquiétude dans laquelle cela les plongeait. Une réelle volonté de comprendre les mécanismes de ce refus s'est dès lors posée et a, je pense, très fortement orientée le choix de ma thématique : le non-recours aux soins des populations hébergées en centre d'hébergement et les stratégies mises en place pour y remédier. L'implication des travailleurs sociaux dans l'accompagnement, le suivi et le questionnement des parcours de santé des résidents m'a permis de me demander de quelles manières un centre d'hébergement et de stabilisation impactaient ce non-recours aux soins constaté dans la littérature pour les personnes sans-domicile fixe ou utilisant les services d'aides.

### *Terrain d'enquête*

Ayant réalisé mon stage au sein du centre d'hébergement et de Stabilisation (CHS) de Vésale, c'est cette structure qui a été à la base de la réflexion de ce travail. Le CHS de Vésale propose un accueil inconditionnel des personnes, c'est-à-dire qu'aucune sélection du public n'est effectuée et qu'une régularité du titre de séjour n'est pas nécessaire. Le CHS dispose de vingt-huit places sur

site ainsi que onze places en appartements diffus répartis dans cinq logements. Les chambres sont réparties sur quatre étages, dont l'un est dédié aux personnes ayant des animaux de compagnie. Actuellement seulement des chiens sont présents. Une cuisine collective est à disposition au sous-sol et des sanitaires sont présents à chaque étage et sont à partager. Les chambres, représentant des espaces privés, peuvent être aménagées comme bon leur semble. Trois chambres peuvent également accueillir des couples. La structure n'est pas habilitée à accueillir des familles ou des mineurs, uniquement des adultes sont ainsi présents.

### *Choix méthodologiques*

Après une lecture de la littérature concernant le non-recours aux soins des populations hébergées en structures sociales, il m'a été nécessaire d'élargir mes lectures aux personnes sans-domicile fixes car une compréhension de leur vécu est nécessaire pour comprendre les mécanismes sous-jacents.

A partir de la littérature sur les personnes hébergées et le non-recours aux soins des plus démunis une grille d'entretien a été rédigée, quatre thématiques y étaient abordées (Annexe I) :

- une présentation de la personne
- son état de santé et son suivi
- les comportements de soins
- les éventuelles problématiques rencontrées

Les termes « renoncements aux soins » et « non-recours aux soins » n'ont volontairement pas été cités lors des entretiens pour que les représentations des personnes à l'évocation de ces notions ne biaisent pas leurs réponses.

J'ai ainsi pu mener huit entretiens avec des résidents du centre d'hébergement (Annexe III). Pour chacun une autorisation d'enregistrement a été signée. Leurs durées varient entre 12 minutes et 1h20, ce qui n'a pas donné le même poids à tous les entretiens réalisés. Après une retranscription complète de chaque entretien, une grille d'analyse par sujet abordé a été réalisée. Deux entretiens menés avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques n'ont permis de n'isoler que peu d'éléments concernant leur rapport à la santé tant les divagations étaient importantes.

Un aspect qui me semblait important à développer à la suite des entretiens avec les résidents était la place des équipes encadrantes et particulièrement celui du travail social. Pour cela une

trame d'entretien a été réalisée pour les deux travailleurs sociaux du centre d'hébergement. Ces entretiens ont permis d'aborder trois thématiques (Annexe II) :

- Le rôle et les missions du travailleur social ;
- La façon dont sont abordés les projets de santé des personnes hébergées et enfin ;
- Les possibles difficultés rencontrées.

Les problématiques relevées dans les entretiens menés avec les résidents ont pu être abordées spécifiquement avec le travailleur social référent pour chaque personne. Les deux entretiens menés ont été déterminant dans le résultat final de ce travail. De nombreuses interrogations sur la manière la plus pertinente d'interroger les travailleurs sociaux ont émané mais il a été décidé de rester sur une forme plutôt générale et de questionner plus spécifiquement sur certaines situations repérées lors de la première phase d'entretien.

### *Limites des entretiens*

Lors des entretiens avec les personnes hébergées une difficulté est apparue : les difficultés pour certaines personnes à aborder ces questions et à y répondre. Dans certains cas il a été en effet difficile d'aborder les thématiques et ce pour plusieurs raisons. L'une des personnes souffrant d'une paranoïa non soignée avait un discours de méfiance face à la médecine et au monde qui l'entourait de façon générale. Il était ainsi difficile de recentrer la conversation sur ces expériences vécues ou ses représentations. Une personne souffrant également d'une forte dépression avait un discours théorique, certes intéressant mais complément hors sujet, sur divers sujets (Darwinisme, Freud, guerre du Vietnam...) et ce à chaque nouvelle relance de ma part. On pourrait très bien assimiler ça à un système de défense de sa part mais rien ne permet de l'affirmer.

Caroline Desprès dans son article « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique » aborde certains aspects des entretiens menés avec des personnes en situation de grande précarité qu'ils me semblent important de connaître. Selon elle lors de ces enquêtes les catégories sociales aisées pourraient être amenées à déclarer plus de renoncement que les plus catégories sociales inférieures et ce pour deux raisons principales : d'un côté une différenciation sociale des besoins et d'un autre côté une autocensure des besoins par les plus pauvres. Un autre point important est la volonté inconsciente pour la personne interrogée de « *produire une image satisfaisante de lui-même à ses yeux ainsi qu'à son interlocuteur. (...) Les propos tenus sont en partie mis en forme, pour préserver l'estime de soi ; une rhétorique est développée de manière à justifier a posteriori des conduites parfois non rationnelles. Les discours doivent être nuancés et relativisés à l'aune d'autres fonctions que celle de rendre compte d'évènements ou d'expériences, par exemple*

*celle d'enjeu symbolique de définition de la situation sociale* ». Dans le cadre des entretiens menés avec les résidents du centre d'hébergement il semble donc qu'un biais puisse être présent lors de certaines entrevues sans pour autant qu'il soit toujours possible de s'en rendre compte, mais c'est bien là toute la complexité de l'entretien semi-directif (Desprès, 2013).

Nous aborderons plus loin l'influence du rapport au temps dans le quotidien des personnes hébergées mais je voudrais ici parler de son incidence sur les entretiens menés. Il n'est pas rare d'un hébergés oublier un entretien prévu ou qu'il soit étonné du temps prévu pour l'entretien. Pour des raisons organisationnelles les entretiens ont été principalement réalisés sur mon dernier mois de stage, c'est-à-dire le mois de décembre. Les fêtes de fin d'année ne représentent pas une période émotionnellement facile pour tout le monde, rappelant parfois des souvenirs ou la solitude dans laquelle ils se trouvent. Cette période de fin d'année couplée à la situation sanitaire que nous traversons actuellement plongeait les résidents dans une détresse plus ou moins importante qui rendait difficile la mobilisation, c'est pour cela que certains individus que j'avais initialement prévu d'interroger ne l'ont pas été.

### *Problématisation*

Une fois tous les entretiens retranscrits et analysés il m'a semblé évident de questionner l'impact que pouvait avoir une structure d'hébergement comme le centre d'hébergement et de stabilisation de Vésale. Naturellement ce mémoire n'a pas vocation à représenter toutes les structures d'hébergement ni même tous les CHS mais il permet d'analyser **quels peuvent être les impacts d'un centre d'hébergement et de stabilisation sur le non-recours aux soins des sans domicile fixe hébergés.**

### *Annonce du plan*

L'introduction représente une partie importante de ce mémoire car elle permet de situer le contexte mouvant de la prise en charge des personnes démunies grâce, principalement, au travail de Julien Damon sur la question, et notamment sur la prise en charge de la santé qui, en France, s'inscrit comme un droit fondamental pour chacun. On y constate aussi que malgré les diverses volontés politiques et institutionnelles la santé des personnes sans domicile fixe reste plus dégradée que la population générale et que le recours aux soins reste problématique.

L'état de santé des personnes sans domicile a été dressé principalement à partir de trois enquêtes menées entre 2003 et 2012 :

- La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, de l'Institut National de la Statistique et de l'Etude Economique (INSEE), 2003
- Enquête SAMENTA (Santé Mentale et Addictions chez les sans domicile franciliens), 2009
- L'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, INSEE, 2012

Il est à prendre en considération que ces enquêtes ont été menées sur les personnes fréquentant les services d'aide ou d'hébergement mais que tout un pan de cette population est restée invisible.

Grâce aux dix entretiens menés, aux observations et aux lectures trois grandes parties me sont alors apparues pour tenter de répondre à cette problématique.

Une première partie permettra de conceptualiser le sujet par l'étude de l'émergence du concept de « non-recours », et ainsi de définir plus amplement le non-recours aux soins et ces différences avec le renoncement aux soins. Une tentative d'expliquer les causes de ce non-recours aux soins y sera présentée. Enfin seront abordées les politiques publiques de ces dernières années qui ont essayé de limiter ce phénomène.

Les travaux de Phillippe Warin ont été une base de recherche pour me familiariser avec le concept du non-recours. Pour traiter de son émergence la thèse de Thomas Rode est venu compléter ces notions. Ces articles m'ont notamment permis de m'interroger sur les termes utilisés pour désigner cette population : vagabonds, clochards, mendiants, sans domicile fixe, exclu, sans-abri. Et ainsi de ne pas me limiter simplement aux « sans domicile fixe », terme mouvant dans le temps et selon représentations que l'on en a. Ces termes sont abordés dans la seconde partie de ce travail.

La deuxième partie a pour vocation d'avoir une vision plus complète des personnes hébergées en France. Cette section a été construite grâce à la littérature traitant de la question mais également par les recherches sur le terrain et mes observations sur certains aspects qui me semble primordiaux.

Elle permettra d'une part de définir la population de sans domicile fixe, d'en faire un portrait succinct bien qu'il n'existe pas de profil type et d'aborder quelles sont les raisons de ce non-recours dans la littérature étudiée. L'article de I. Parizot et Pierre Chauvin m'a permis de d'identifier ces multiples « logiques sociales » pouvant expliquer le non-recours (Parizot & Chauvin, 2010). Est

également présenté le concept de l'accueil inconditionnelle expliquant la diversité des profils dans les centres d'hébergement et de stabilisation.

Un second temps sera consacré à quelques spécificités de la population des SDF et l'impact que la rue a pu avoir sur leurs rapports au corps et à la santé ainsi que la façon dont ils perçoivent aujourd'hui « une bonne santé ». Cette partie permettra de comprendre, en partie, pourquoi les politiques publiques mises en place ces dernières décennies n'apporte pas une réponse suffisante pour régler ce non-recours aux soins et que le cadre de vie est, quant à lui, d'une importance capitale.

Une troisième et dernière partie abordera l'accompagnement des personnes hébergées sur les questions de santé. Cette section résulte des diverses recherches menées sur le terrain et se divise en trois sous-parties. Elle mettra en lumière les principaux acteurs qui permettent de travailler sur ce non-recours.

Tout d'abord nous nous intéresserons au rôle primordial des travailleurs sociaux en abordant les rôles et missions formellement établis ainsi qu'une partie plus informelle qui permet la création d'un réel lien de confiance entre les acteurs.

Ensuite il sera question de la nécessité d'établir un maillage de professionnel identifié par les individus. Les professionnels ont besoin d'être très clairement identifiés par les patients mais également d'être formés et de pratiquer le « aller-vers » pour créer une réelle relation de confiance qui permettra à l'individu de s'épanouir et à terme de prendre en main sa santé.

Enfin nous terminerons par l'exemple de l'addiction à l'alcool pour démontrer les limites d'un centre d'hébergement et de stabilisation en termes d'accompagnement. Il s'agira de démontrer que malgré un cadre fixe, une équipe soutenance et diverses politiques publiques mises en place, les centre d'hébergement et de stabilisation ne permettent pas de répondre à toutes les problématiques rencontrées sans une spécialisation dans le domaine, ce qui pourrait nuire à cet « accueil inconditionnel » tant vanté.

Les personnes hébergées n'ont pas été questionnées à ce sujet lors des entretiens. Il semblait en effet que le sujet soit si vaste qu'il aurait mérité d'être traité à part entière et non de façon succincte. Pour autant, au moment de la rédaction il m'est apparu inenvisageable de ne pas aborder cette problématique si complexe et qui occupe tant d'espace au sein d'un centre d'hébergement et qui m'a, moi-même, énormément questionné tout au long de ce stage.

## **PARTIE 1 : Non-recours et renoncement aux soins**

### **1. L'émergence du concept de non-recours**

En France, le terme de « non-recours » apparaît pour la première fois en 1976 dans un article d'Antoinette Catrice-Lorey (Rode, 2010). A ce moment elle utilise ce terme pour parler de l'efficacité du système de protection sociale. Ce n'est que vingt ans plus tard que le terme sera repris par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) dans l'article « L'accès aux droits sociaux – Non-recours aux prestations – Complexité ». Puis dans les années 2000 l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) se penche sur cette question du non-recours aux prestations sociales. Le « non-recours aux droits sociaux » se définit alors par rapport à la situation d'une personne qui « *ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a le droit* ». De cette manière il permet d'évaluer la bonne affectation des aides sociales sur des populations ciblées afin de mesurer l'effectivité et l'efficacité de l'offre de protection sociale. Le non-recours est alors assimilé aux critères d'éligibilités des prestations sociales et des droits et n'est pas envisageable chez les personnes non éligibles. « *L'enjeu n'était plus de proclamer de nouveaux droits mais de garantir l'accès effectif de ceux reconnus dans les textes législatifs* » (Rode, 2009).

Etant donné qu'en France toutes les personnes ont le droit d'être soignées il n'est pas possible de transposer cette définition aux non-recours aux soins. Les champs couverts par le non-recours aux soins sont donc bien plus larges que la simple inscription aux aides sociales mais concernent aussi les retards et abandons de soins ou encore l'inobservance des traitements. Se pose alors la problématique de la création d'indicateurs pouvant mesurer ce renoncement. Deux acteurs s'y sont alors intéressés et ce sont tournés vers le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF). D'un côté le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) qui a pour missions de financer la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ainsi que d'évaluer ces dispositifs. En 2006 le regroupement des données permet la création d'un indicateur mesurant le non-recours au médecin et prend en compte les raisons du non-recours tels les refus de soins, l'absence d'attitude de prévention, l'absence de maladie... Le second acteur à contacter le CETAF pour s'intéresser à cette question est la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes (DRASS). Dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) de 2005 un projet de construction d'un « indicateur local de non-recours » a vu le jour. L'objectif était « *d'analyser le non-recours aux soins par petites zones* »

*géographiques pour voir à quel endroit il y avait des risques importants de non-recours par rapport à d'autres endroits de la région et pour focaliser des politiques contre le non-recours » (Rode, 2010).*

Concernant son application aux soins on peut distinguer le renoncement aux soins et le non-recours aux soins. Le premier se place du point de vue des individus qui constatent un problème de santé mais ne consultent pas alors que le second est un problème de santé constaté par un professionnel de santé mais pour lequel la personne ne sera pas soignée.

## **2. Non-recours aux soins et renoncement aux soins**

Une distinction est à faire entre le non-recours aux soins et le renoncement aux soins. Les deux termes étant souvent confondus dans le « non-recours aux soins ».

Le non-recours aux soins correspond à un besoin identifié du point de vue du corps médical et non abouti par les personnes, c'est « *le fait d'avoir des besoins de santé avérés, qui ne sont pas satisfait* » (Wicky-Thisse, 2017), on peut le qualifier de normatif. Les retards de soins, l'abandon de soins, l'absence de suivi médical ainsi que la non-observance entre pleinement dans la catégorie du non-recours aux soins.

Le renoncement aux soins correspond à un « *besoin de soins identifiés mais non satisfait* » du point de vue des individus. Il est établi sur une base déclarative : on demande aux personnes si, sur une période donnée, elles ont renoncé à des soins (Warin, 2011). Pour cela encore faut-il que la personne identifie un « besoin de soins » et entre dans une « démarche de soins ». Il est donc nécessaire que le trouble soit identifié comme un symptôme. Or les représentations et les cultures influencent la façon dont les personnes perçoivent ces signes, c'est là toute la complexité de l'identifier et de le mesurer. En 2011, l'IRDES a fourni une définition du renoncement aux soins : « *Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à totalité du soin prescrit* » (Desprès et al., 2011).

Dans le cadre du renoncement aux soins nous pouvons identifier des renoncement dits « barrières » c'est-à-dire en lien avec les impossibilités des usagers et des renoncements dits « refus » qui correspond à des préférences ou des alternatives mises en place par les individus. Ces deux processus « *procèdent de logiques sociales différentes* » (Desprès, 2013). Dans le cas du

renoncement barrière, les sujets s'expriment en employant la forme négative et font état de l'abandon d'un projet de soins. Le plus souvent la raison de ce renoncement-barrière est la difficulté financière, parfois introduites par un arrêt de la complémentaire santé. « *Le renoncement-barrière concerne le plus souvent un soin spécifique. Les travaux statistiques (Desprès et al., 2011) montrent qu'il se porte majoritairement sur les soins dentaires ou optiques mal pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cependant il peut toucher plus globalement l'ensemble des soins* » (Desprès, 2013). Il se réfère à un « non-choix », la personne ne pouvant faire aboutir ses projets, il peut alors être vu comme un choix sous-contrainte. « *Les situations de renoncement annoncées comme relevant d'une impossibilité révèlent en fait des procédures d'arbitrage, rendant compte d'un environnement de contraintes au sein duquel des marges de manœuvre, même réduites, subsistent. Elle renonce à certains soins, pas à d'autres* ». Le renoncement-refus se rapporte plutôt à une insatisfaction des soins proposés, un doute sur l'efficacité des prescriptions ou la préférence pour un choix alternatif. Ce dernier peut également être perçu dans une dimension positive comme un « affranchissement du pouvoir médical », une forme d'émancipation, même si du point de vue médical il reste connoté négativement car hors de la norme médicale.

Cependant dans la conscience des individus la notion de « renoncement » est attribuée à une question de choix, on renoncerait par choix.

Le renoncement aux soins se base sur des données déclaratives et le non-recours sur des données normatives mais définies par le corps médical. Pourtant nous avons vu que les personnes en situation d'exclusion et en situation de précarité n'étaient pas toujours à même d'exprimer une demande de soin. Ainsi tout une part de ces situations de non-recours sont absentes des données actuelles. Il serait maintenant nécessaire de penser à un système d'information qui permettent d'inclure ce non-recours (Warin, 2011).

Le non-recours aux soins est principalement assimilé à des raisons financières mais ce n'est pas l'unique cause à prendre en compte.

### **3. Un phénomène aux explications multiples**

Le non-recours aux soins de santé pour des raisons financières est la cause la plus communément admise. Dans cette catégorie peuvent être citées : l'absence d'une couverture sociale de base ou d'une complémentaire, la non-éligibilité à la CMU-C à cause de « l'effet seuil », un reste à charge trop important, une peur de l'engagement par l'avance des frais ou la non-

application du tiers-payant (Wicky-Thisse, 2017). Certaines personnes peuvent avoir des difficultés à mettre en place leurs droits. D'après l'enquête réalisée en 2012 (Moisy, 2015) auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas la moitié des personnes interrogées bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU), 29% sont couvertes par l'assurance maladie et 8% par l'Aide Médicale d'Etat (AME). Ainsi une estimation a été faite pour les personnes n'ayant aucune couverture santé et celle-ci s'élève à près d'une personne sur dix. A noter qu'une forte disparité est présente entre les personnes de nationalité française qui sont 6% à n'avoir aucune couverture alors que ce pourcentage est de 16% pour les sans-domicile étrangers. Concernant la couverture complémentaire santé, un quart des enquêtés déclarent ne pas en bénéficier. Pourcentage qui s'élève à 30% pour les personnes de nationalité étrangère (22% pour les personnes de nationalité française). Pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé, 61% sont assimilés à la couverture universelle maladie complémentaire (CMU-C) et 27% ont souscrit une mutuelle ou une assurance privée. A noter que l'on observe un recours au dentiste moins important pour les personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé.

Certains soins mal remboursés participent également à cette barrière financière : soins dentaires, lunetterie, prothèses, soins aux personnes handicapées ou déficientes etc. Dans ces cas-là la barrière financière reste très présente. De plus la réglementation est parfois un frein supplémentaire comme nous le montre « l'effet seuil », phénomène existant dans toutes les politiques publiques basées sur des critères de revenus : un simple dépassement, même minime, du seuil fixé par la loi entraîne une non-éligibilité alors que la personne n'a pas forcément la possibilité de payer cette somme. De plus, la période d'évolution des coûts de santé que nous connaissons actuellement ne sont pas sans reste pour ces populations dites précaires, les difficultés à bénéficier d'une complémentaire santé ou le déremboursement de certains médicaments ne sont pas sans impact sur l'accessibilité financière.

L'accessibilité géographique est une composante importante qui englobe plusieurs paramètres tels que l'âge de la personne, l'isolement, le degré de mobilité, la localisation du lieu de vie et les ressources économiques. Il va de soi de penser que dans une ville comme Paris qui offre un réseau de transport public dense il est aisé de se déplacer mais ce n'est pas si simple : trop peu de station de métro sont équipées d'ascenseur, certains bus ne disposent pas de système d'élévation pour les fauteuils roulants, il est difficile de se déplacer seul notamment pour les personnes ayant une mobilité réduite. De plus s'orienter facilement dans les transports en commun est devenu évident grâce aux applications sur smartphone mais peu de personnes en situation de grande précarité disposent de tels systèmes d'informations et d'orientations. A cela le prix du ticket doit être ajouté. Les personnes préfèrent souvent se déplacer à pied et cela limite l'offre de soins

au quartier dans lequel ils se trouvent. Le centre d'hébergement et de stabilisation de Vésale permet en partie de palier à ce problème. En effet les personnes bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA) ont accès au PASS Navigo offrant la gratuité des transports en île de France. Pour les personnes n'étant pas éligible au RSA, ce qui est le cas des personnes en situation irrégulières où celles ayant leur dossier en attente de validation, le centre de Vésale peut donner des titres de transport gratuitement pour les déplacements médicaux ou administratifs.

De même quand il est question de se déplacer dans les hôpitaux, ces grands bâtiments où il est aisé de se perdre, ils peuvent être impressionnant et pousser la personne à renoncer à prendre un rendez-vous médical en milieu hospitalier.

A cela se rajoute l'accessibilité symbolique par la représentation que les personnes ont d'une structure. A titre d'exemple les structures de santé libérales sont moins fréquentées par les personnes les plus défavorisées, ou encore les personnes en haut de l'échelle sociale fréquentent peu les services de protection maternelle et infantile (PMI). La représentation des pathologies et la vision qu'ils peuvent avoir de la médecine est un frein évident. La médecine des centres gratuits peut être perçue comme une « *médecine au rabais, pour les pauvres* » où le personnel serait débordé et peu compétent (Benoist, 2008).

L'accès à l'information est également un facteur important et plus complexe à appréhender. On peut y regrouper le manque de connaissance du système de santé, des institutions ou encore des prestations. Au-delà du problème d'information c'est surtout la capacité des personnes à utiliser les services de santé. Il semble nécessaire de s'acclimater aux normes et usages des différents établissements. Les individus doivent en comprendre le fonctionnement et le sens pour pouvoir s'en emparer. Mais encore faut-il que les personnes principalement concernées, ici les personnes en situation de précarité, puissent être correctement informées et jouir d'un cadre rationnel sur ces questions. L'ignorance se caractérise alors comme la première cause du non-recours. Pour développer cet aspect Amartya Sen a travaillé sur une nouvelle approche de la pauvreté par les possibilités et les capacités réelles des individus. Selon son approche des « *capacités* » la pauvreté est alors « *perçue comme un déficit de capacités de base permettent d'atteindre certains niveaux de bien-être acceptables* ». Cette approche des capacités met en lumière un dysfonctionnement du système de soins. Les personnes sont supposées formuler des demandes de soins mais cela n'est possible que sur l'hypothèse que chaque personne *apporte la même attention à sa santé, possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour formuler des demandes vis-à-vis du système de santé* ». De plus, les capacités à se saisir de l'information peuvent être influencés par de multiples facteurs tels que les représentations de la maladie, les dimensions psychosociales ou les trajectoires de vie chaotiques (Rode, 2010).

Certaines enquêtes intègrent cette notion, comme le baromètre santé où des questions « renoncements intégrés » ont été ajoutées, partant du constat que certains renoncements peuvent être ancrés dans le temps et qu'au-delà de ne pas accéder ou recourir à des soins les personnes intégraient l'idée même de ne pas pouvoir se soigner en cas de besoin. Mais cet aspect est encore trop peu pris en compte dans les actions mises en place par les pouvoirs publics.

Face à la complexification et spécialisation de la médecine on remarque aussi un décalage culturel pour les classes sociales défavorisées. Ce phénomène a pour résultat un renoncement aux soins de la part des patients. Le médecin traitant n'a plus de temps ni les moyens de correctement orienter le patient dans cet empilement de dispositif. De plus l'obstacle bureaucratique est très présent avec ce que l'on nomme « l'effet guichet » : attente interminable, barrière de la langue pour les étrangers (Markus, 2019).

Un cercle vicieux est également observable. Une étude menée par Isabelle Parizot et Pierre Chauvin permet de faire un constat : le cumul des difficultés liées aux conditions de vie, aux trajectoires biographiques et aux ruptures sociales est en lien étroit avec des difficultés de santé et d'accès aux soins. Ainsi est fait état de problèmes de santé ayant entraînés des « ruptures sociales majeures » et réciproquement que certains événements de la vie nuisent à leur santé physique, psychologique et morale tel que des problèmes financiers ou de logement, ou encore l'isolement en fonction des âges. Ces constats permettent de mettre en évidence « *combien le rapport au système sanitaire peut être lié aux différentes dimensions du lien social* ». Il a été mis en lumière qu'un faible ou inexistant soutien social s'accompagne d'un moins recours aux soins, notamment en médecine générale (Parizot & Chauvin, 2010). En effet une étude de la CETAF sur le non-recours aux soins des actifs précaires montre que ce risque de renoncement est décuplé pour les personnes qui ne vivent pas en couple, qui n'ont pas de lien avec leur famille ou en l'absence de responsabilité vis-à-vis d'autrui (Warin et al., 2009). Ces situations sont d'autant plus présentes que la personne se trouve dans une situation de grande précarité ou d'exclusion comme on le retrouve chez les personnes sans domicile fixe.

Nous l'aurons compris, les raisons pouvant expliquer le non-recours aux soins et le renoncement aux soins sont multiples et souvent imbriqués. Pour une situation donnée il n'est pas toujours possible d'isoler une seule cause.

#### **4. Des dispositifs permettant de limiter le non-recours aux soins**

En France le droit à la santé ne correspond pas à un droit à vivre en bonne santé mais plutôt au droit de bénéficier des soins (Rode, 2009). Le principe est que les personnes disposent d'un égal accès aux soins, à besoin équivalent, et cela sans tenir compte de la situation des individus. Pour défendre ce droit à la santé, la France a mis en place plusieurs dispositifs en direction d'un public précarité et éloigné du soin.

Partant du constat que les populations dites précaires sont plus éloignées du soin, la loi relative à la lutte contre l'exclusion de 1998 a donné un rôle central au service public hospitalier avec la création la création de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans tous les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Ce dispositif qui s'inscrit dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) permet la prise en charge médico-sociale des personnes démunies en leur facilitant l'accès au système de santé et en les accompagnant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (Article L6112-6 - Code de la santé publique - Légifrance, 2004).

Dans la continuité des PRAPS c'est en 2005 que sont créées les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) afin de répondre aux besoins en santé mentale des populations en situation de grande précarité et d'exclusion. Leur but est de favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité afin de favoriser l'accès aux soins. Ce dispositif a deux missions principales : d'une part d'« *Aller vers les publics quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et identification des besoins, et l'orientation à l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire* » et d'autre part « *assurer une fonction d'interface entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de première ligne accueillant ces publics ou œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et les exclusions, pour faciliter une prise en charge coordonnée* » (Manuello, 2018).

En se rappelant que les raisons financières sont considérées comme étant la première cause de non-recours aux soins, les politiques publiques tentent de corriger ce phénomène et c'est ainsi que des dispositifs assurantiels voient le jour. Le 1<sup>er</sup> janvier 2000 entre en vigueur la Couverture Maladie Universelle (CMU) permettant de couvrir tous les individus d'une protection maladie de base et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) qui donne la possibilité aux personnes avec de faibles ressources de bénéficier d'une complémentaire. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la CMU a été remplacé par la Protection Universelle Maladie (PUMA) afin de simplifier les conditions

d'accès en limitant sa mise en place à deux critères : la résidence stable en France depuis plus de trois ans et l'activité professionnelle, limitant ainsi les risques de rupture de protection (Champetier de Ribes, 2018). L'aide complémentaire santé (ACS) a été mise en place en 2004. Elle permet de disposer d'une aide afin de financer une complémentaire santé individuelle.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019 la CMU-C et l'ACS ont fusionné pour former la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Le droit à la CSS dépend de la situation de la personne et de ses ressources. En fonction des cas elle est alors gratuite ou payante (moins de 1€ par jour et par personne). Les personnes bénéficiant du RSA ont le droit à la CSS sans participation financière. A noter que le renouvellement de la CSS n'est pas automatique, une nouvelle demande doit être effectuée au terme de la validité de cette dernière, c'est-à-dire au bout d'un an. Avec la complémentaire santé solidaire les dépenses de santé sont intégralement remboursées (consultations médicales, achats de médicaments, forfait journalier hospitalier...) et les bénéficiaires sont exonérés du tiers-payant, ainsi aucun frais de santé n'est à avancer.

L'objectif de ces dispositifs assistanciers était d'éviter que les personnes ne renoncent à des soins pour des raisons financières. Ils nécessitent cependant un ciblage des publics qui pourront en bénéficier et cela à des effets parfois négatifs notamment une complexification de l'accès aux droits des populations potentiellement éligibles (Revil, 2018). L'avance des frais ayant également été qualifié de facteur de renoncement aux soins les pouvoirs publics ont développé le tiers payant, c'est-à-dire le paiement direct du professionnel de santé par l'assurance maladie. Ce système permet également de limiter les orientations vers les urgences hospitalières (Champetier de Ribes, 2018).

Pour les personnes étrangères résidant en France de manière irrégulière depuis plus de trois mois c'est l'Aide Médical d'Etat (AME) qui est d'usage, elle donne droit à une prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Pour les personnes en situation irrégulière ne bénéficient pas de l'AME seuls les soins d'urgence sont pris en charge pour les pathologies mettant en jeu le pronostic vital ou altérant de façon grave et durable l'état de santé de la personne ou de son enfant.

Malgré les dispositifs mis en place par les politiques publics le motif financier reste la première cause de renoncement aux soins. Le baromètre du renoncement aux soins du Gard de 2017 mis en place par la caisse primaire et l'Observatoire du non-recours aux droits et aux services (ODENORE) montre que pour les 25% de personnes déclarant avoir renoncé à un ou plusieurs soins dans les douze derniers mois, 57% évoquent les restant à charges et 9% les incertitudes concernant leur ampleur (Champetier de Ribes, 2018).

## **PARTIE 2 : Qui sont les personnes hébergées en France**

La Fondation Abbé Pierre a dénombré qu'environ 300 000 personnes seraient sans domicile fixe (sdf) en France en 2020, chiffre qui aurait doublé depuis 2012. Les SDF seraient ainsi 185 000 en centres d'hébergement, 100 000 dans des lieux d'accueil pour demandeurs d'asile et 16 000 dans des bidonvilles. Il faut également ajouter que les personnes sans-abri sont une population difficilement quantifiable car très souvent invisible dans la société et relativement mobile.

En 2016 on dénombrait environs 140 000 places d'hébergement permanentes en France réparties sur 3 000 établissements comprenant : les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les « autres centres » (urgence, stabilisation et insertion), les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CDA), les centres provisoires d'hébergement (CPH) les établissements d'accueil temporaire - service de l'asile (AT-SA), les maisons relais et les établissements d'accueil mère-enfants (EAME) (Sigal & Cabannes, 2019).

### **1. Les populations hébergées**

#### **2.1.1 Définitions**

L'histoire de la prise en charge des sans domicile s'est tout d'abord inscrite dans une difficulté à les nommer et les dénombrer. Si aujourd'hui le terme de « sans domicile fixe » est le plus largement employé, sa définition dépend très largement des interlocuteurs et ne fait pas consensus. Quant au dénombrement il est certes possible de comptabiliser le taux d'occupation des places en hébergement, et encore, dans un contexte d'ouverture et de fermeture régulier de centre accueillant des personnes relativement mobiles la tâche s'avère complexe, mais il semble impossible d'avoir une vision claire des personnes vivant à la rue de façon régulière, des personnes hébergés chez des proches de façon occasionnelle ou encore des personnes vivant dans des squats.

Le terme de sans-domicile fixe est connoté négativement dans l'opinion publique et est associé aux seules personnes vivant dans la rue. Or, les sans-domicile fixe représentent une population bien plus large. Les personnes hébergées en centre d'hébergement et de stabilisation entrent dans la catégorie des personnes sans-domicile comme nous le démontre la définition de l'INSEE « *Une personne est donc dite sans domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle*

*est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois.* » Une précision doit cependant être faite sur la différence entre sans-abri et sans-domicile, termes souvent confondus. Le terme de sans-abri est employé pour parler des personnes qui dorment de façon habituelle dans des lieux non prévus pour l'habitation (rue, sous un pont, dans une gare etc.). Les personnes hébergées en CHS sont donc des sans domicile fixe mais pas des sans-abris.

Il apparaît nécessaire de rappeler que l'identification des sans-domicile fixe en France est complexe : population invisible, personnes fréquentant les services destinés aux sans-abris, personne pouvant être identifiée dans la rue comme SDF... Il faut également retenir que cette population ne correspond pas à une catégorie sociale homogène et que, selon Julien Damon, il s'agit d'acteurs sociaux ayant « *des croyances, effectuant des choix, développant des stratégies, ayant des opinions, des idées et des valeurs* ». Le terme « *acteur* » permet également de dire que la position de sans-domicile fixe n'équivaut pas à une mort sociale, « *les relations familiales, l'intégration ou le lien de citoyenneté peuvent être modifiés, transformés, fragilisés, ils n'en restent pas moins existants* » (Marchand, 2003).

Il est courant d'assimiler les personnes sans domicile fixe à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion. En effet, elles peuvent être considérées comme pauvres car les trois indicateurs de la pauvreté peuvent leur être appliqués, tout d'abord l'indicateur monétaire car leurs revenus sont en dessous du seuil de pauvreté ; ensuite l'indicateur des conditions de vie puisqu'ils subissent des difficultés budgétaires multiples et enfin l'indicateur de pauvreté administrative car ils peuvent relever de la solidarité nationale au titre des minimas sociaux (Jabot & Rayssiguier, 2002). Ils sont également en situation de précarité car ils se trouvent dans une « *instabilité extrême dû à leur situation* » : irrégularité des revenus, situations familiales, liens entretenus avec le marché du travail, conditions de logement, de santé... Enfin ce sont les individus-types de l'exclusion sociale qui se traduit par une rupture du lien social et de ce qui le compose tel que la famille, l'emploi ou le logement ainsi que des difficultés d'accès aux droits les plus élémentaires (Chevalier et al., 2017). Ainsi le citoyen se retrouve, à cause du rôle qui lui est attribué, « exclu » de la société. Il n'est pour autant pas réaliste de les considérer comme des personnes isolées de toute relation sociale mais plutôt comme des individus n'intégrant pas les rôles sociaux valorisés dans la société contemporaine.

### 2.1.2 Profils des personnes hébergées

Quand on commence à s'intéresser à la population des sans-domicile fixe, une question est récurrente : comment se sont-ils retrouvés à la rue ? On se demande donc s'il existe des prédispositions à l'errance. Il n'est pas rare d'entendre que tout le monde peut connaître un épisode de vie à la rue mais en réalité cela n'a pas les mêmes conséquences sur tous les individus. Cela peut arriver à tout le monde de se retrouver ponctuellement sans logement mais « *nous ne disposons par tous des mêmes ressources (sociales, économiques, psychologiques...) pour y faire face* » (Besozzi, 2020). Plusieurs déterminants sociaux favorisent la possibilité de se retrouver à la rue. Tout d'abord l'origine sociale des individus influence cette probabilité, ainsi les capitaux scolaires, sociaux, économiques ou symboliques favorisent la protection des personnes face à un phénomène d'exclusion. Elles sont principalement issues de catégories sociales défavorisées. Les individus rencontrés, ou leurs parents, peuvent rarement se situer dans la classe moyenne ou supérieure. « *Toutefois, les origines sociales ne sont pas un déterminant absolu* » (Besozzi, 2020). La scolarité joue également un rôle. Pour illustrer, 47% sont sans diplôme ou possèdent seulement le brevet des collèges. Une part non négligeable a également des difficultés à maîtriser le français écrit ou oral, ce qui ne facilite pas l'employabilité. La solidité familiale est un levier important pour lutter contre l'exclusion. Parmi les sans domicile francophones, 50% déclarent que leurs parents ont connu un évènement grave (maladie, décès, accident grave), 40% que leurs parents se sont séparés ou étaient en conflit et 35% parlent de problématiques d'addictions au sein de leur famille (Yaouancq & Duée, 2014). De plus, un quart déclare que leur famille a connu des difficultés de logement ou des difficultés financières. Dans cette population 23% ont connu un système de protection de l'enfance, et parmi eux les femmes sont surreprésentées. Ainsi tout le monde peut connaître un épisode de rue, mais certaines catégories sociales permettent de disposer de ressources limitant l'impact de cette situation. « *Dans les trajectoires de vie, un évènement, une rupture dramatique (mort, déception amoureuse, crime, pathologie grave, etc.) sont souvent la cause d'entrée dans l'exclusion* ». Patrick Declerck dans son ouvrage « Les Naufragés. Avec les clochards de Paris (2001) » met en lumière trois constantes dans l'approche clinique : il y aurait tout d'abord des dysfonctionnements précoces dans l'enfance (relations maternelles perturbées, troubles du sommeil et de l'alimentation, scolarité problématique) ; de nombreux traumatismes psychiques et physiques les ayant touchés eux ou leurs proches sont aussi présents et enfin un alcool-tabagisme très fréquent. Les personnes hébergées par les organismes ont des profils « socioculturels » différents mais il semblerait qu'elles aient vécues des épreuves semblables (Declerck, 2003).

Un tiers des sans-domicile fixe de nationalité française, et 43% toutes nationalités confondues, n'a jamais occupé un logement personnel indépendant. Il s'agit principalement de jeunes ayant fui le logement familial ou étant récemment sortis d'institutions de la protection de l'enfance. Pour Thibaut Besozzi cela permet de mettre en lumière une « *forme de reproduction sociale déterminante depuis l'enfance* ». Dans ce cas, le passage à la rue est plutôt vécu comme une continuité et non comme une « chute ». Parmi les 57% qui déclarent avoir occupé un logement personnel indépendant plusieurs motifs sont invoqués tels que les problèmes familiaux, une cause financière, une mobilité géographique notamment pour les personnes nées à l'étranger, ou d'autres motifs comme une hospitalisation ou une incarcération. Les personnes sans domicile fixe connaissent donc des trajectoires de vie diverses et l'arrivée à la rue est souvent perçue comme « soudaine », étant arrivée « du jour au lendemain » en se résumant à la perte du domicile, à une crise, une rupture familiale ou une sortie d'institution mais cette approche ne tient pas compte des « *déterminants sociaux préalables à la rupture concrétisant la situation de rue* » (Besozzi, 2020).

Malgré une diversité des profils des sans domicile fixe, on peut voir se dessiner des groupes au sein de cette population, c'est notamment ce qu'a fait Thibaut Besozzi. Dans son ouvrage « Idées reçues sur les SDF » il met en lumière une série de « *figures idéales typiques* » qui permet de mieux analyser la réalité de ces populations. Sont alors distingués les jeunes en errance qui sont caractérisés par leur jeune âge et leur situation de rupture avec leur entourage familial. Les « zonards » sont un groupe revendiquant un mode vie alternatif et sont très ancrés dans les centres-villes. Ils se caractérisent par leurs « *défiance envers les normes dominantes et les services de réinsertion* », ce qui explique qu'ils représentent une part importante des sans domicile fixe. Les « routards » sont un groupe proche des zonards mais ayant une mobilité plus importante. Les Clochards sont une population relativement âgée et ont généralement un parcours de rue long et sont en « *proie à l'abandon de soi* ». Un certain nombre de sans domicile est caractérisé par leurs pathologies mentales rendant leur vie instable et précaire. Les « psys » ainsi nommé par Thibaut Besozzi sont régulièrement pris en charge par les services médicaux. D'autres encore sont des sans domicile ponctuels qui restent peu de temps à la rue après une rupture biographique et s'inscrivent rapidement dans un parcours de réinsertion. Il y a également ce qu'il nomme « les stabilisés » et qui sont des personnes durablement hébergées notamment en structure d'hébergement tels que les CHRS ou CHS mais qui ne retrouvent pas une situation stable dans un logement ordinaire. Cette population est particulièrement présente au centre de Vésale. Ils se sont accommodés de leur mode de vie qui ne nécessite qu'un minimum de ressources issues des prestations sociales, de la manche ou d'un travail précaire. Enfin à ces catégories peuvent être ajoutées les personnes de

nationalité étrangère qui ont tendance à constituer des groupes homogènes culturellement basés sur leur langue respective.

En 2016, une étude menée par la DREES montre qu' environ 60% des adultes hébergés (hors places d'urgence) sont des hommes, pour l'essentiel seuls et sans enfant. Les femmes adultes accueillies sont le plus souvent accompagnées d'enfants. Ces chiffres peuvent être appliqués au centre de Vésale où, sur les 27 places occupées, 70% sont des hommes et 30% des femmes<sup>5</sup>. Cette légère différence peut s'expliquer par le fait que la structure n'est pas autorisée à accueillir des mineurs. Au niveau national les mineurs représentent 30% des effectifs. Les non-ressortissants de l'Union Européenne sont 60%, dont seulement la moitié a le statut de demandeur d'asile. 14% des adultes hébergés ont une activité professionnelle, 26% sont au chômage et 41% dans l'impossibilité médicale ou administrative de travailler. Un quart perçoit le revenu de solidarité active (RSA), 14% une allocation liée à un handicap ou une invalidité. Enfin 15% des adultes hébergés n'ont aucun revenu. La quasi-totalité des adultes hébergés ont une couverture maladie, qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou de l'aide médicale d'état. Par ailleurs, 70% bénéficient de la couverture maladie universelle (Pliquet, 2020). Ce dernier chiffre s'explique par la présence de travailleurs sociaux dans les structures d'hébergement qui ont pour mission de mettre à jour les droits des hommes et femmes hébergés.

Les profils des sans domicile fixe sont par conséquent hétérogènes mais sont caractérisés d'une part par une ou plusieurs ruptures biographiques au cours de leurs vies et d'autre part par une absence de ressource pour y faire face. Ces différences démontrent la nécessité de bénéficier d'un accueil inconditionnel pour n'exclure personne.

### **2.1.3 La nécessité d'un accueil inconditionnel**

Comme il a été abordé en introduction, les centres d'hébergement et de stabilisation découlent de l'un des axes du Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri (PARSA) dans lequel il était question de créer des « CHRS de stabilisation » dont la définition est « *hébergement ouvert 24h/24h avec un accompagnement social, qui permette aux personnes les plus éloignées de l'insertion de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation* ». Plusieurs principes fondamentaux sont caractéristiques des centres d'hébergement et de

---

<sup>5</sup> Chiffres au 31 décembre 2020

stabilisation et permettent de se rapprocher de la notion « *d'accueil inconditionnel* » (Laumet & Lévy, s. d.).

L'association des Enfants du Canal essaye de s'abolir des « normes » actuelles des structures d'hébergement tel que l'interdiction d'alcool, le refus des visites, ou encore l'impossibilité d'héberger des animaux de compagnie. En ce sens c'est un bon exemple pour illustrer la notion « *d'accueil inconditionnel* ». Pour aller dans ce sens l'alcool est autorisé dans les parties privatives, c'est-à-dire dans les chambres, un étage est réservé aux personnes avec des animaux, pour le moment uniquement des chiens et les visites en journée sont libres, il suffit que le visiteur se signaler à l'accueil en arrivant, il y a aussi la possibilité d'héberger une personne si la demande est faite aux équipes encadrantes. C'est ainsi que nous pouvons confirmer l'accueil inconditionnel du centre d'hébergement et de stabilisation de Vésale car aucune sélection n'est effectuée en fonction des caractéristiques des personnes. D'autres aspects participent à cet accueil : le non-règlement d'une participation pour les personnes n'ayant pas de ressource (même si l'équipe sait que la personne a une activité non déclarée ou fait la manche), une durée d'hébergement illimitée (sous renouvellement du contrat de séjour), la possibilité de venir et sortir à toutes heures du jour et de la nuit, des espaces personnels c'est-à-dire pas de chambre collective sauf pour les personnes en couple, la possibilité de s'absenter plusieurs jours si la personne le signale aux équipes. De plus il n'est pas nécessaire d'arriver avec un « projet de réinsertion ». Les règles de la structure sont construites avec la participation des hébergés, de cette façon ils prennent part aux décisions et la possibilité de s'exprimer leur est donnée. De ce fait aucune condition n'est requise pour entrer en centre d'hébergement et de stabilisation si ce n'est la disponibilité des places. De la sorte chacun peut bénéficier des avantages d'une structure d'hébergement et de l'accompagnement qui va avec, quel que soit leur projet de réinsertion ou leurs dépendances et cela n'est pas sans conséquence sur leur santé.

Cependant, même si l'accueil inconditionnel est censé être une règle fondamentale des CHS un rapport remis au premier ministre seulement deux ans après leur mise en place témoigne des premiers écarts sur cette pratique fondamentale : « *des acteurs constatent que certaines structures de stabilisation ont instauré des procédures d'admission comparables à celles des CHRS. Les publics cibles du dispositif sont de fait évincés du dispositif, au profit de l'accueil de personnes moins désocialisées, et dont la prise en charge s'avère moins problématique* »<sup>6</sup> (Laumet & Lévy, s. d.). Cette

---

<sup>6</sup> Issu du document d'analyse nationale des diagnostics départementaux de l'hébergement et de l'accès au logement, Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées Services du Premier Ministre, juin 2009, page 16.

« sélection » des profils peut s'expliquer par la saturation des places disponibles. Trouver des places de « sortie » (maisons relais, logements sociaux, appartements service...) limite fortement les capacités d'accueil des centres d'hébergement. Des personnes sont parfois hébergées depuis de nombreuses années et pourrait bénéficier d'une orientation mais la saturation des places disponibles ralentit fortement le processus et provoque parfois un effet de « stagnation ». Avec ce fonctionnement les centres d'hébergement et de stabilisation tendent à profiter principalement aux personnes les moins éloignées de l'insertion qui seraient sans domicile fixe « *par unique défaut de logement* » (Maes, 2011).

## **2. La santé : un besoin secondaire**

### **2.2.1 Une temporalité de l'immédiateté**

- « *Comment a évolué ta santé depuis que tu es au centre d'hébergement ?* »
  - « *C'est à dire qu'elle s'est améliorée mais le truc c'est que quand tu es dehors ta santé tu la mets au second plan. Alors que là je commence à réaliser parce que je suis posé. Tu saisis le protocole dans ma tête ?* ».
- (Entretien avec une personne hébergée 1)

Les personnes sans-domicile fixe ou vivant à la rue sont souvent dans une temporalité de l'immédiateté (Mayol, 2014) et cette dernière n'est pas la même que les personnes socialement insérées. En effet ils doivent penser avant tout à assouvir leurs besoins physiologiques primaires tels que se nourrir, trouver un endroit où passer la nuit, être en sécurité et satisfaire leurs possibles addictions qui, rappelons-le, ont une prévalence relativement élevée dans ces populations. Précisons qu'être dépendant à une substance accapare un temps considérable entre la recherche d'argent, les achats et les consommations (Benoist, 2008). Il n'y a pas de place pour la projection et cela donne à mettre la santé physique et psychique au second plan. La santé semble alors devenir optionnelle. Et cette situation est également présente dans les centres d'hébergement à la nuitée, ou pour un temps déterminé. C'est d'ailleurs un point abordé par X. Emmanuelli dans son ouvrage la fracture sociale, il aborde alors trois aspects qu'il nomme « défauts de représentation ». L'un de ses aspects est « la perte des repères temporels » qu'il interprète comme une temporalité personnelle qui ne correspond plus au temps collectif pour les personnes sans domicile fixe. Ils sont

ainsi dans une gestion de l'immédiateté où il n'existe pas de lien avec le passé et l'avenir est inenvisageable. « *Il leur est très facile de basculer dans la « désaffiliation » parce qu'il n'existe pas de repères permettant la continuité* » (Jabot & Rayssiguier, 2002). Les conditions de vie réduites à l'incertitude et l'insécurité s'ancrent ainsi dans l'individu. Ce rapport au temps de l'immédiateté peut également expliquer un recours aux urgences plus important, en effet ce dernier se présente comme une première option dans nombre de situation car les soins ne sont pas anticipés et l'orientation vers les urgences se fait lorsqu'il n'y a plus d'autre option.

Le centre d'hébergement et de stabilisation à la particularité de ne pas imposer un temps maximum de présence au sein de la structure, la durée est ainsi illimitée. A titre d'exemple douze personnes sont hébergées sur la structure depuis plus de 5 ans, et le temps d'hébergement le plus long est de 10 ans. Cependant selon la loi de 2002 (Article L311-4 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance, s. d., p. 311), les personnes hébergées doivent signer un contrat de séjour, renouvelable tous les six mois. Cet outil qui n'a été mis en place qu'à l'arrivée du nouveau coordinateur, soit à la fin de l'année 2019, a suscité une inquiétude de la part des résidents qui n'était pas habitué à devoir « remettre en jeu » leur présence de façon régulière. En réalité ce contrat de séjour est surtout l'occasion de faire un point avec la personne sur sa situation et ses projets. Rares sont les situations, voire inexistantes, où un contrat de séjour n'a pas été renouvelé par l'association.

Cette non-limitation du temps d'hébergement donne la possibilité d'avoir une vision sur le long terme et par conséquent de se poser et de reprendre conscience de leur corps, de leurs douleurs, c'est-à-dire de s'interroger sur leur santé, interrogation qui n'a pas sa place dans la rue. Une fois que les droits sont réactualisés, que la personne se sent en sécurité, il lui reste l'espace mental de s'occuper de soi, chose quasiment impossible dans une logique d'immédiateté. C'est aussi un moment où les problématiques somatiques apparaissent, « *ils prennent conscience quand il y a de nouveau la sensation, la douleur* » (Entretien travailleur social 1). Naturellement la stabilisation de la personne n'engendre pas forcément une démarche en santé, il faut que le résident prenne conscience de ces propres problématiques, qu'il soit prêt à se livrer, que ses droits soient activés, parfois qu'il se fasse accompagner, les listes d'attentes sont souvent très longues, etc. C'est donc un lieu qui rassure et permet de se prendre en main à son rythme, certains seront rapidement dans une démarche de soin et pour d'autres il faudra des mois voire des années.

Un centre de stabilisation, bien qu'il soit considéré comme un hébergement d'urgence, permet aux personnes de sortir de la rue et de disposer de temps pour « se poser ». Cette modification du rapport au temps semble permettre aux personnes de se recentrer sur eux-mêmes

et ainsi d'établir des projets et des objectifs sur le plus long terme, notamment sur le plan de la santé. Mais cette normalisation de la temporalité n'est pas l'unique facteur, comprendre les situations de non-recours et de renoncement nécessite une compréhension de la façon dont les personnes classe leurs besoins.

### **2.2.2 Dénier de son corps, déni de sa santé**

*« Je ne sais même pas si du coup ils ont conscience de leur corps, de ce qu'est un corps en bonne santé, de ce qu'est un corps fragilisé, c'est mis de côté » (Entretien travailleur social 1).*

Dans la rue les conditions de vie sont extrêmes : faim, froid, regard des autres, manque de sommeil, violence... Et dans toutes ces situations le corps, qui représente la dernière défense, est malmené et souvent douloureux. Pourtant ce corps est souvent délaissé, remis au second plan. Chez les SDF les plus marginalisés, ce désintéressement du corps peut même être représentatif du niveau de désociabilisations des personnes (Dequiré, 2010). Il est courant d'effectuer une distinction entre le « SDF » qui tente de rester propre, du « clochard » qui lui ne manifeste aucune volonté ni effort allant dans ce sens. La condition des personnes en errance cause des douleurs physiques et morales qui pourtant sont passées sous silence. *« Leur corps est en souffrance mais la dureté de leur condition de vie ferait qu'ils deviennent insensibles à leur douleur physique, peut-être parce que la douleur morale est plus forte »* (Dequiré, 2010). L'auteure fait également l'hypothèse que ce délaissement du corps ne serait que la marque de l'état de confiance dans lequel ils se trouvent. Le rapport aux corps des individus est déterminé par leurs dispositions à prendre soin d'eux et de leur santé, cela se fait par l'apprentissage acquis tout au long de la vie et aux représentations que l'on construit du corps. *« L'altération de la perception de leur corps rend, par ailleurs, leur seuil de tolérance à la douleur plus élevé que la moyenne »*. Un phénomène renforcé par les pratiques addictives courantes telles que l'alcoolisation ou la toxicomanie. La précarité dans laquelle ils sont plongés réduit la vigilance et l'intérêt des personnes sans domicile fixe pour leur corps et leur santé. *« Leurs conditions de vie, économiques et sociales, conduisent à une dégradation de l'image de soi, voire à une perte totale de leur identité et donc à un déni de la maladie et un refus de se soigner »* (Dequiré, 2010).

*« Quand il y a un parcours de rue de plusieurs années je pense que tu t'oublies un peu, enfin en même temps c'est plus facile à vivre d'oublier l'image que l'on renvoie, d'oublier le regard ou justement le non-regard des autres, voilà ça passe clairement au second plan »* (entretien travailleur social 1). Les soins dentaires sont un bon exemple pour illustrer cet « oubli de l'image que l'on

renvoie ». Les soins dentaires sont perçus comme étant purement esthétique et ce n'est qu'une fois engagés dans une démarche de soin général qu'ils émettent la possibilité de prendre soin de leurs dents. Pourtant les personnes interrogées déclarent avoir des problèmes dentaires : « *j'ai peut-être trois-quatre dents un peu cariées mais sinon pour le reste ça va* », « *dentaire non, dentaire je déconne moi* ». Certains disent également avoir besoin d'un appareil mais le reste à charge important sur ce type de soin représente un frein majeur.

Ce désinvestissement du corps peut également être un mécanisme de défense vis-à-vis du regard d'autrui. Pour Patrick Henry et M.-P. Borde, « *cette perte partielle ou totale de l'identité individuelle et collective est très révélatrice. N'étant plus en mesure de se voir dans le regard de l'autre, ils n'assument plus un face à face avec ce qu'ils sont devenus tandis que le manque de sommeil, l'abus d'alcool leur fait perdre progressivement ce qu'il reste de leur conscience, d'idée d'eux-mêmes* »<sup>7</sup>. Les conséquences d'un individu qui ne correspond pas aux normes sociales peuvent aller du repli sur soi au regard critique vis-à-vis de soi-même, jusqu'à la peur du regard de l'autre (Dequiré, 2010). Pour Anne-Françoise Dequiré, ne plus s'occuper de son corps « *c'est aussi une façon de montrer la dureté des conditions de vie à la rue et la souffrance qui l'accompagne* ». Il est important de noter que l'image du clochard qui ne se lave pas est désuète, nombreux sont ceux qui cherchent à entretenir leur apparence. Évoqué précédemment, « La fracture sociale » de X. Emmanuelli aborde trois défauts de représentation, dont « la perte des repères temporels ». L'un des autres aspects est « la perte de représentation du corps » où l'auteur explique que l'état de santé précaire des personnes exclues est lié au peu d'intérêt qu'elles portent à leur état physique général. Pour lui, ce non-intérêt pour leur physique est un moyen de défense, ainsi par une apparence « *hirsute, menaçante, parfois ivre et sale* » elles ont peu de chance d'être prises en compte par qui que ce soit. C'est une façon de s'invisibiliser du regard de l'autre et ainsi de leur propre regard. « *Les structures mentales qui auraient dû les maintenir dans la connaissance implicite de leur corps sont atteintes, voire détruites* » (Jabot & Rayssiguier, 2002).

Vivre dans la rue et être propre est un véritable défi pour les personnes en situation d'errance « *or, nous savons que le respect de soi et la dignité passent par la propreté* » (Dequiré, 2010). Le changement de tenue vestimentaire marque également la perte d'identité, comme le cas de cette femme entrée au centre d'hébergement depuis peu et qui ne dispose que d'une seule tenue et lorsqu'elle se voit offrir de nouveaux vêtements soit elle les refuse, disant qu'elle a ce qu'il faut, soit elle se débarrasse son ancienne tenue pour ne porter que celle qu'elle vient d'acquérir.

---

<sup>7</sup> Cet extrait est tiré de l'article d'Anne-Françoise Dequiré.

Dans le cas où il est difficile d'être propre ou d'avoir une apparence soignée les vêtements portés peuvent représenter une réelle identité.

Il faut aussi prendre en compte la santé mentale de ces population désocialisées. L'enquête SAMENTA estime que pour la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide 31,5% souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévères, 21,1% de troubles de la personnalité et de 15,8% pour les troubles non sévères de l'humeur (Laporte & Chavin, 2010). L'insécurité, les conditions de vie, la dégradation de l'estime de soi, le sentiment d'inutilité sociale entraîne une forte souffrance psychique. Les pathologies psychiatriques lourdes sont également plus présentes que dans la population générale (Laporte & Chavin, 2010). C'est le cas d'un résident qui présente un manque d'hygiène qui le met en réelles difficultés dans ses interactions sociales avec l'extérieur mais également avec les autres hébergés. Interrogé à ce sujet son référent social pense « *qu'il ne s'en rend plus compte* » malgré les remarques répétées des résidents et des équipes encadrantes. Une dépression, dont il a lui-même conscience, dû à une rupture sentimentale et datant de plusieurs années peut-être un facteur explicatif. « *Il dit qu'il prend des douches mais ce n'est pas vrai, on le sait très bien* ». C'est de cette manière qu'il met de la distance entre lui et les autres, cela peut également être une forme de protection et de défense pour lui. L'apparence corporelle étant nécessaire à l'interaction sociale, la forte odeur qu'il dégage au-delà du fait de ne pas s'en rendre compte ou du moins qu'il dit ne pas s'en rendre compte met une barrière entre lui et le monde qui l'entoure. Cette situation montre que l'apparence entretenue par certains individus n'a pas de cause évidente et peut être multifactorielle, dans ce cas comment savoir si cela résulte uniquement de sa pathologie psychiatrique ou d'un mécanisme de défense ? Peut-être les deux à la fois.

Une travailleuse sociale du centre aborde ce déni du corps et de la santé en parlant de la nécessité de savoir que quelque chose ne pas pour s'en rendre compte. « *Il peut y avoir chez certains une forme de déni, c'est-à-dire que tant que l'on ne fait pas d'examen on ne sait pas ce que l'on a et tout va bien comme ça quoi, comme il n'y a pas de symptôme on ne va pas chercher plus loin c'est que tout va bien et on ne cherche pas les problèmes* ». Elle illustre ses propos avec le cas d'une femme de 49 ans souffrant de multiples pathologies – additions aux médicaments, problème de foie, alcoolisme, maigreur – mais où ce n'est qu'à l'annonce d'une cirrhose et d'arthrose qu'elle s'est dite prête à entamer une démarche sur son alcoolisme et sur ses conditions de vie. Pour Yves Columbier l'apparition d'évènement négatif est parfois nécessaire pour se rendre compte que quelque chose ne va pas mais c'est aussi du ressort des travailleurs sociaux de ne pas en arriver là (Columbier, 2013).

C'est ici que se place tout l'intérêt de rendre les choses concrètes pour ces populations qui ont « divorcées » de leur corps.

Dès lors, après l'affirmation du droit à la santé et aux soins, la tendance est à un rééquilibrage par le rappel des devoirs de soins et des obligations incombant à l'individu. En matière de recours aux soins, cela consiste d'abord à solliciter les professionnels de santé en cas de maladie, puis à accepter le rôle de « malade » qui consiste à accepter d'être soigné, d'être coopératif et actif (Rode, 2009).

De plus il y a chez les SDF une « valorisation de l'endurance physique » (Benoist, 2008), l'auteur va jusqu'à dire que la résistance à la souffrance est une valeur des sans-abris. Ainsi la souffrance physique et la maladie sont en fait considérées comme des problèmes secondaires et cette image peut être parfois validée par les professionnels qu'ils rencontrent. Un homme du centre d'hébergement âgé de 49 ans raconte qu'un médecin de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) lui a dit un jour « *vous êtes en bonne santé, vous tenez debout, vous n'avez pas l'air de souffrir* » (entretien personne hébergée 2). Ce à quoi il ajoute « *Avec le temps j'ai appris à ne plus souffrir, enfin à ne plus monter ma souffrance. Donc je peux parler de ça comme si on sortait d'un restau* ». C'est également le cas d'un autre individu qui n'a « *pas envie de souler les gens avec ça et [n']aime pas [se] plaindre* » (entretien personne hébergée 3). Il dit même que « *c'est une question d'habitude* » de ne pas demander de l'aide.

- « *Et à quel moment tu considères que c'est grave ?* »

- « *Quand j'ai la sensation de presque plus bouger.* »

(Entretien personne hébergée 1)

Dans cet extrait d'entretien la notion de gravité d'un problème de santé est alors extrême, il y a une attente d'être dans un état problématique pour s'interroger et entrer dans une volonté d'agir. « *Les SDF ne reconnaissent souvent la réalité de la maladie qu'à partir du moment où celle-ci devient un handicap, c'est-à-dire lorsqu'elle empêche de faire ce qu'ils jugent indispensable* » (Benoist, 2008). Ainsi les problèmes de santé qui ne l'empêchent pas d'effectuer ce qu'il a à faire ne représente pas un problème majeur. Ne se projetant pas sur le long terme, « *ils anticipent rarement le moment où une simple gêne deviendra un handicap et où il faudra se faire soigner. En attendant ce moment, c'est souvent le refus de soin qui est de mise.* » (Benoist, 2008).

Quel que soit le mécanisme, le corps des personnes sans domicile fixe est souvent mis à mal, ce qui influence forcément le rapport à la santé qui s'en suit. Ces mécanismes sont d'autant

plus présents que la personne a été longtemps désocialisée et plus long encore sera le retour à « la norme ». Cette norme n'est jamais un point de vue objectif, et évoluer dans un environnement en décalage avec la société influence la façon dont les individus se comporte.

Ainsi on remarque qu'il est nécessaire de passer par une réappropriation du corps, qui sera plus ou moins longue en fonction des individus. En ce sens, le centre d'hébergement tend à recréer un sentiment d'identité propre à chacun (Bregon, 2007). Tout d'abord en permettant la création d'un espace d'intimité représenté par la chambre individuelle où l'individu peut se protéger et se détacher progressivement du sentiment d'insécurité. Ils n'ont naturellement pas vocation à remplacer un logement privatif mais tentent de laisser une place à l'appropriation des lieux, où seul le résident de la chambre peut décider ce qu'il y met, comment il l'aménage et qui a le droit d'y entrer. Cet espace permet de limiter les intrusions extérieures et d'affirmer son existence. Les plaintes sur la vie en centre d'hébergement sont courantes, notamment sur les aspects de vie en collectivité et l'objectif d'un « vivre ailleurs » ou de « s'en aller » face aux différentes contraintes de la vie en communauté sont souvent exprimées.

De plus les centres d'hébergement sont tenus de procurer un accès à l'hygiène et/ ou à des soins immédiats en proposant des douches individuelles, des espaces pour se changer, une mise à disposition de vêtements propres et de produits d'hygiène et de faciliter l'accès à des soins immédiats si cela est nécessaire (Rickey & Hennezel, 2016).

Cependant on ne peut pas nier les avantages d'un centre d'hébergement en comparaison à la vie à la rue : disposer de douches et de toilettes, avoir une cuisine et de la nourriture à disposition, un accès à un téléphone, dormir en sécurité et dans un lit. Tous ces points sont incomparables avec la vie dans la rue. Néanmoins certaines habitudes subsistent comme celle de faire la manche lorsque les revenus générés par le RSA ne sont pas suffisants. C'est ainsi que le regard social peut être toujours présent même en disposant d'une place dans une structure sociale. La cuisine partagée ne permet pas de bénéficier d'une totale indépendance car l'on doit « cacher » ces objets personnels dans sa chambre pour ne pas que quelqu'un les vole. Devoir vivre en communauté où les conflits existent et ne pas s'entendre avec tout le monde fait partie du quotidien de la structure. Certes bénéficier d'une place en hébergement permet peu à peu de reprendre conscience de son corps et de sa personne mais ne laisse pas non plus la place à une « libre expression de soi ».

On peut donc dire que le centre d'hébergement et de stabilisation a vocation à resocialiser la personne c'est-à-dire à travailler sur l'intériorisation des normes et des valeurs de la société dans laquelle ils évoluent (Philippe Riutort, 2013). C'est là toute la vocation du travail social. Les centres

permettent ainsi aux sans-domicile fixe de se réapproprier leur corps et de s’emparer, en partie, des normes sociales actuelles.

### 2.2.3 La santé mentale, entre méconnaissance et méfiance

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (La santé mentale, 2018). Partant de cette définition il est aisé de comprendre que les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques influencent cet équilibre psychique.

Comme il a été vu précédemment, une part importante des personnes sans domicile fixe souffre de fragilité d’ordre psychologique ou psychiatrique : un tiers souffre de troubles psychiatriques sévères (Laporte & Chavin, 2010). Pourtant la santé mentale est un sujet que trop rarement abordée. Anne-Françoise Dequiré, dans son article « Le corps des sans domicile fixe » aborde cet aspect de la santé grâce à plusieurs entretiens menés avec des personnes exclues. Il en ressort que pour les SDF la santé renvoie presque uniquement à l’aspect de l’hygiène et du physique, généralement ils occultent la dimension du mental et du social dans la définition de la santé : « *c’est ne pas avoir de souci, ne pas être malade* » (Dequiré, 2010). Elle ajoute à ce propos que la maladie est souvent associée à la mort ou à l’incapacité de bouger son corps : « *être malade, c’est quand je suis malade et que je vois que je vais mourir* », « *être malade, c’est ne plus pouvoir bouger* ». Des parallèles peuvent être établis avec les entretiens menés au CHS de Vésale. Quand a été posée la question « Vous considérez-vous en bonne santé ? », cinq personnes ont déclaré une « mauvaise santé », parce qu’ils étaient « diminués » ou qu’ils venaient de sortir de l’hôpital. Parmi elles une seule personne s’est écrite en mauvaise santé car souffrant qu’une pathologie psychiatrique avérée : la dépression. A noter que pour les trois autres personnes l’un l’a défini comme « plutôt bon » malgré un problème d’obésité, un autre déclare être en « très bonne santé » car pratique une activité physique intense et régulière pourtant souffrant de paranoïa mais n’en ayant pas conscience et enfin l’un car il se « *réveille en pleine forme et n’a pas de difficulté pour s’endormir* ». Ainsi la représentation de la santé et l’inclusion d’un bien-être mental n’est pas commune à tous et rend difficile l’objectivation d’une bonne santé mentale. Pourtant si l’on relit la définition de la santé mentale de l’OMS il est évident que peu de personne fréquentant les services d’hébergement peuvent se rapprocher de ces critères. Il semble ainsi nécessaire de mieux développer cette approche lors de l’accompagnement des personnes sans domicile fixe car « *le haut comité de la santé publique estime que la souffrance psychique est actuellement dans le*

*domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur doit être prise en compte dans la mise en place des dispositifs de prise en charge médico-sociale* » (Haut Comité de la Santé Publique, 1998). Mais mettre en place des actions de santé mentale ne s'avèrent pas si simple.

Le milieu de la psychiatrie est perçu négativement au centre d'hébergement par « *peur de la médication* » et le « *besoin de trouver un thérapeute avec qui ils vont pouvoir avoir un vrai échange* » mais c'est surtout à cause de la méconnaissance de ce sujet que ce milieu peut être perçu comme éloigné de la réalité.

Mettre en place un suivi psychologique ou psychiatrique représente un réel défi en centre d'hébergement et de stabilisation. Concernant le suivi psychologique deux orientations sont possibles, en tenant compte de la nécessité de bénéficier de soins gratuits pour des personnes majoritairement au revenu de solidarité active (RSA). Dans un premier cas, les centres médicaux psychologiques (CMP) semblent être une bonne option mais des listes d'attentes de plusieurs semaines sont à prévoir et comme pour le suivi en addictologie la temporalité de l'immédiateté est parfois difficile à surmonter. De plus il semble partagé dans l'imaginaire collectif que les CMP sont des lieux à dominante psychiatrique et qu'ils seraient donc un lieu de médication, ce qu'ils voient « d'un mauvais œil » comme nous l'explique un résident : « *Ces gens-là, les psychologues et les psychiatres et les psychomotriciens je les vois depuis que je suis haut comme ça. Jusqu'à mes 21 ans je les ai vu. Ils servent à quoi à part être payé à écouter ? Et à dire "bon, vous n'allez pas bien je vais vous faire voir mon confrère le psychiatre, il va délivrer de la morphine ou des médicaments comme ça on va vous abrutir le cerneau et comme ça vous ne penserez plus"* » (entretien personne hébergé 1). Ce point de vue semble être aussi partagé par certains membres de l'équipe encadrante lorsqu'ils disent « *comprendre* » que les résidents soient plus méfiants envers les ordonnances provenant d'un psychiatre que d'une autre spécialité. Faire évoluer ces représentations n'est pas chose aisée. L'autre option envisageable est l'orientation vers le milieu associatif mais là-aussi les listes d'attentes sont parfois longues et surtout l'offre sur le territoire est limitée. C'est ainsi parfois difficile pour eux d'initier quelque chose, de « se projeter » quand la distance à parcourir pour se rendre à une consultation peut être importante. De plus ce n'est pas toujours quelque chose dont ils ont conscience : « *certaines parlent d'un mal-être qu'ils ne savent pas gérer [...] ils ont aussi un peu le réflexe de l'attribuer à d'autres causes, au lieu de vie, à l'entourage sans forcément se dire [que] ça vient peut-être de [leur] histoire personnelle* » (entretien travailleur social 1).

Les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) sont également une option envisageable pour une intervention en CHS. Pour rappel les EMPP ont pour missions<sup>8</sup> de favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation d'exclusion sociale, de participer à la continuité des soins de ces personnes par des actions d'accompagnement et de soutien, de développer un travail de prévention et de lien avec les secteurs psychiatriques et les institutions sociales mais aussi de sensibiliser et de former les équipes encadrantes. Les EMPP pourraient donc être considérées comme un acteur incontournable dans le secteur de la précarité. Pourtant au CHS de Vésale cet acteur n'est pas sollicité car ayant eu des rapports conflictuels avec un autre centre d'hébergement de l'association. Les rapports entre le social et le médical peinent parfois à trouver un terrain d'entente et une manière de s'articuler.

Une permanence d'écoute tenue par une psychologue avait été mise en place pendant le premier confinement. Pour des raisons professionnelles les séances n'ont pas eu être maintenues et n'ont durées que peu de temps. Cette intervention a cependant pu mettre en lumière la nécessité d'une intervention sur le long terme, comme nous l'indique un résident du centre d'hébergement, plutôt en colère d'avoir, selon-lui, attribué sa confiance à quelqu'un qui n'est pas resté : *« la psychologue là ? Celle qui est venue une fois comme un fantôme et qui est repartie comme un fantôme ? Celle avec qui on commence à construire des choses et on ne sait pas pourquoi ça s'arrête ? On doit passer à des nouvelles personnes pour recommencer les mêmes choses et puis essayer d'aboutir à quelque chose et puis après elles disparaissent. Ça sert à quoi de parler à des fantômes ? Une fois elle était là, une fois elle disait « je suis là » et puis en fait elle n'est pas là. A un moment donné, il ne faut pas prendre les gens pour des guignols »* (entretien personne hébergée 1). Une écoute psychologique faite un.e professionnel.le bénévoles est une bonne option pour que le soin « vienne vers » les personnes hébergées cependant cela nécessite une pérennité de l'action, en effet les personnes ayant vécu dans la rue ont souvent perdu confiance et chaque déception semble abîmé un peu plus ce lien si difficile à créer. Ainsi mener une telle action n'est pas aisé, il ne suffit pas de mettre en place une permanence mais d'accompagner ce nouveau dispositif mis à leur disposition. Il faut créer une relation de confiance avec l'intervenant.e, expliquer l'objectif de ces séances et déterminer un cadre spatio-temporel pérenne et intimiste.

Cette méconnaissance, et parfois même méfiance, incite à garder une distance avec ces institutions en remettant en cause l'efficacité et l'utilité du dispositif. Il s'agit alors de déconstruire les représentations de la santé mentale et de mettre en place un dispositif « allant vers » les

---

<sup>8</sup> <https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/empp-smes>

personnes hébergées qui peut présenter un réel bénéfice sur le long terme. A ce jour, le centre d'hébergement de Vésale peine pourtant à travailler réellement sur le sujet de la santé mentale.

## **PARTIE 3 : L'accompagnement en santé des personnes hébergées**

### **1. Le rôle central des travailleurs sociaux**

#### **3.1.1 Les missions dédiées au travail social**

Le 21 mars 2017, le Haut Conseil en Travail Social a proposé une définition du travail social. Le 6 mai, un décret paraissait pour inscrire cette définition dans le Code de l'Action Sociale et des Familles : « *Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement* » (Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social, 2017). Même si cette définition ne fait pas directement référence à la santé des personnes accompagnées, il apparaît comme évident qu'un travail sur cette dernière est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés par le travail social.

Selon Séverine Mayol l'objectif des travailleurs sociaux est « *d'ancrer les personnes dans une routine quotidienne ordinaire* », ce que l'on pourrait nommer « processus de resocialisation » (Mayol, 2014). Les sans domicile fixe sont des personnes exclues des sphères sociales traditionnellement reconnues par la société et valorisées. « *L'objectif de la prise en charge est alors de rompre avec la vie extraordinaire de la rue et d'installer la personne hébergée dans un quotidien routinier et ordinaire* ». C'est dans ce sens également qu'un des travailleurs sociaux du centre définit son rôle comme étant « *l'accompagnement social des personnes qui sont hébergées au sein du centre d'hébergement. L'idée est de stabiliser leur situation, moi je vais dire plus globalement aussi d'améliorer leurs conditions d'existences. Ça va passer par l'accompagnement social individuel et collectif sur différentes thématiques, que ce soit l'accès aux droits, l'administratif, le soin, l'accompagnement dans les démarches de recherche d'un hébergement ou d'un logement, en tout cas d'un dispositif qui soit plus adapté à la situation et à leurs projets* » (entretien travailleur social 1). Et en termes de santé, « *améliorer les conditions d'existences c'est aussi limiter la dégradation de l'état de santé* » (entretien travailleur social 1). On remarque néanmoins que l'objectif principal de l'accompagnement est à terme l'orientation vers un logement plus adapté. C'est ce que nous montre l'un des travailleurs sociaux lorsque sont abordés les objectifs principaux de

l'accompagnement : « *Moi ça dépend vraiment des personnes, [...] ça dépend du profil de la personne. Par exemple si c'est sur la santé ça serait peut-être vu l'autonomie, ça peut être un EHPAD, ça peut être une résidence service* » (entretien travailleur social 2). On remarque ainsi une logique de réinsertion sociale par le logement, où le but est à terme d'orienter les personnes vers un lieu qui pourra les prendre en charge de la façon la plus adaptée possible.

De ce fait, deux aspects principaux apparaissent pour mener la mission d'accompagnement. D'un côté il y a le lien qui passe par « *les entretiens, un accompagnement de proximité et tous les échanges qu'il va y avoir sur la quotidienneté* ». Et de l'autre il y a quand même un appui sur les politiques publiques qui permettent d'avoir « *une méthodologie dans l'intervention* » (entretien travailleur social 1).

Légalement les centres d'hébergement doivent répondre à plusieurs obligations (Rickey & Hennezel, 2016). Ils doivent informer les personnes de leurs droits et rendre ces droits effectifs par divers procédés tels que « *l'aide à la compréhension des démarches, des procédures et des droits ; l'aide à la constitution de dossiers ; un accompagnement physique si cela s'avère nécessaire* ». Les structures doivent également accompagner à la santé et aux soins afin de « *lever les freins* » en menant des missions d'éducation à la santé, en créant « *un climat de confiance nécessaire à l'acceptation d'une démarche de soins* », en proposant d'effectuer des bilans de santé, en orientant et en accompagnant physiquement si besoin vers les prises en charge sanitaires adaptées et en assurant un suivi des personnes malades et un accompagnement de proximité dans leur traitement.

Lors des deux entretiens menés les travailleurs sociaux ont tous deux caractérisé leur rôle comme « *l'accompagnement des personnes* », et bien que le même terme soit employé des stratégies d'intervention différentes ont été observées notamment sur la question de la santé des résidents. En effet chaque individu étant doté de ses propres représentations et expériences, l'accompagnement peut être exercé de façon diverse. Au centre d'hébergement l'un des deux travailleurs sociaux va préférer laisser à la personne l'initiative de venir lui parler de ces problèmes sans forcément aborder lui-même ces sujets. C'est à la personne de faire la démarche pour être aidée, « *c'est à la personne de vouloir* », « *c'est lui qui va en parler ce n'est pas moi qui vais lui demander quoique ce soit* ». Dans l'autre cas, le travailleur social aborde une stratégie toute autre en essayant de rendre la situation concrète car « *il peut y avoir chez certains une forme de déni* ». Pour se faire il « *essaye d'informer sur l'intérêt de la prévention, sur le fait qu'il y a quand même des choses qui sont plus faciles à soigner quand elles sont prises au départ et avant de ressentir des choses, parfois avant les symptômes* ». Travailler sur le sens donné aux soins avec l'utilisateur « *paraît alors essentiel pour que le soin porte à conséquence, dispense ses bienfaits, dans un horizon plus*

*lointain que celui du seul rétablissement* » (Gardella et al., 2008). Ces deux manières de procéder montre qu'il y a autant de manière d'aborder la santé des résidents qu'il y a de travailleur social et de situation.

Malgré ces divergences d'approche, il est possible d'observer une logique d'intervention commune. Le premier point crucial est d'ouvrir les droits en santé (PUMA, CSS, AME), étape indispensable pour entamer une démarche de soin. La deuxième étape primordiale consiste à trouver un médecin traitant qui pourra effectuer le suivi et si nécessaire orienter la personne vers des spécialistes. On remarque également que les bilans de santé sont un dispositif régulièrement utilisé par les professionnels du CHS. Ils permettent en effet de partir d'une base concrète et objectivable pour évaluer l'état de santé général de la personne et ainsi parfois lui faire prendre conscience de la nécessité de consulter. Chacun « aide » également à la prise de rendez-vous et accompagne physiquement la personne lorsqu'elle en exprime le besoin, mais c'est une activité qui peut s'avérer extrêmement chronophage.

Une médiatrice sociale est également présente une semaine sur deux, en alternance avec un autre centre d'hébergement de l'association. Elle accompagne physiquement les résidents aux rendez-vous médicaux importants lorsque leur travailleur social référent n'est pas disponible ou aux rendez-vous médicaux de routine lorsqu'ils ne peuvent pas s'y rendre seul. Cet accompagnement est rassurant pour les individus mais son rôle permet aussi de s'assurer qu'ils n'oublient pas leurs rendez-vous ou qu'ils ne soient pas en retard.

Deux principaux outils réglementaires ont été identifiés : le contrat de séjour et le projet personnalisé. Tous deux sont élaborés dans les deux semaines après l'arrivée du nouveau résident avec son travailleur social référent. En effet, à chaque travailleur social est assigné la moitié des résidents de la structure. Chaque hébergé a ainsi une personne référente qui s'occupe de son suivi, cela permet de limiter les intermédiaires et de rendre plus efficace l'accompagnement. Dans un premier temps le contrat de séjour précise la durée du séjour, les engagements de l'institution, celles de l'hébergé, ainsi que les objectifs évaluables de l'accompagnement. Pour Cécile Maes l'utilisation du contrat de séjour marque un « *basculement dans la logique d'insertion* ». La mise en place d'un contrat c'est-à-dire d'une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'engagent envers d'autres à faire ou ne pas faire quelque chose (Columbier, 2013) relève des objectifs de l'insertion (Maes, 2011). C'est notamment ce qui permet de différencier les centres d'hébergement de stabilisation de l'hébergement d'urgence en apportant un rythme au temps de l'accueil qui pour rappel n'est plus limité dans le temps. Ce contrat correspond aussi à l'idéologie professionnelle des travailleurs sociaux parce qu'il « *formalise l'idée de projet et de transformation de la personne* » (Maes, 2011).

Dans un second temps on remarque une forte adhésion au « projet personnel ». Cet outil né de la loi de 2002 également permet d'établir à l'arrivée de la personne ses besoins et projets. Ils s'appuient ainsi la co-construction du projet en fonction des souhaits de la personne hébergée et l'engagement réciproque des deux parties qui s'engagent ainsi « *à respecter aussi le travail que je fais avec lui et lui s'engage aussi de son côté à être acteur de son suivi* » (entretien travailleur social 2). L'accompagnement s'adapte ainsi aux individus. Sur les questions de santé si des problématiques émergent à ce moment-là elles sont principalement formulées sous couvert de « *douleur* » et d'ouverture des droits (entretien travailleur social 1). Comme abordé précédemment les sans domicile fixe n'ont parfois plus conscience de leur corps et peuvent rencontrer des difficultés à exprimer des besoins en termes de santé ce qui explique qu'au moment de la rédaction de ce projet personnalisé le volet de la santé ne soit que peu développé. Ce n'est que plus tard, lorsque les personnes auront eu le temps de se réapproprier leur corps et de nouvelles sensations que des aspects plus vastes pourront être abordés avec leur référent social. De la même manière, les problématiques d'addiction sont rarement abordées dans cette première phase, les personnes ayant peur de ne pas être acceptées au sein de la structure si elle en parle ou dans certains cas n'en ont pas conscience. Ce projet personnalisé demande donc aux travailleurs sociaux de s'adapter à chacune des situations qu'ils rencontrent, les personnes étant à des moments différents de leurs parcours de soins et nécessitent parfois de « creuser » et de prendre du temps, les personnes sans domicile n'étant pas toujours prêtes à exprimer leurs besoins de soin au premier abord.

Les travailleurs sociaux sont donc identifiés par les personnes comment étant leurs interlocuteurs privilégiés, cependant l'accompagnement est avant tout un travail collaboration, où les problématiques sont traitées à plusieurs. Ce travail pluriprofessionnel permet ainsi d'offrir un nouveau regard et parfois de trouver des solutions provenant d'autres domaines. Certaines situations sont plus complexes et le lien plus difficile à créer. Pour y faire face les travailleurs sociaux peuvent demander de l'aide à leur collègue ou parfois même leur demander de prendre le relai : « *Il m'est arrivé aussi de faire le relai avec ma collègue à l'époque parce que je n'arrivais pas à travailler sur un accompagnement. Je n'y arrivais pas parce qu'avec la personne ça n'accrochait pas, j'ai vu que ça accrocherait beaucoup plus avec ma collègue donc j'ai fait le relai, j'ai demandé à mon chef de service de faire le relai pour qu'au moins l'accompagnement se fasse. Je m'adapte et puis s'il faut que ce soit une autre personne qui s'en occupe moi il n'y a pas de souci, moi c'est le bien-être de la personne* ». Mais des dispositifs sont également mis en place pour pourvoir aborder collectivement les interrogations ou difficultés rencontrées. Tout d'abord tous les mardis matin une réunion de service a lieu, c'est un moment convivial où sont abordés les différents projets en cours au centre d'hébergement et les événements à venir, mais c'est également un moment privilégié

pour aborder les situations les plus complexes sur lesquelles les professionnels rencontrent des difficultés d'accompagnement. Des groupes d'analyse des pratiques réunissant tous les travailleurs sociaux de l'association ont également lieu de façon régulières, pour ces réunions les travailleurs sociaux préparent un cas ou une situation à laquelle ils sont confrontés et peuvent ainsi obtenir une aide extérieure grâce notamment à la présence d'une psychologue. Ces réunions permettent de mieux accepter les limites de l'accompagnement, de bénéficier d'un regard croisé et ainsi de prendre de la distance sur les situations jugées plus complexes.

Le sujet de la santé s'intègre ainsi pleinement dans les missions du travail social, mais des mécanismes plus informels sont observés et participent notamment à travailler sur le recours aux soins des populations hébergées.

### **3.1.2 Un accompagnement inscrit dans le quotidien**

- « *Comment tu définirais l'aide que tu leur apportes sur le plan de la santé ?* »
- « *Je suis un soutien. Par rapport à la santé je dirais que je suis une béquille si tu veux, où ils peuvent s'appuyer dessus et ça permet de marcher avec eux, en même temps.* »  
(Entretien travailleur social 2)

L'engagement mutuel établi par le contrat de séjour et le projet personnalisé n'est pas suffisant pour que l'accompagnement en santé soit efficace, il nécessite aussi qu'une relation de confiance soit établie entre les deux acteurs. La création de ce lien semble être un facteur important pour que les individus « *fassent confiance* » et accepte ainsi d'entrer dans une démarche de soin. En effet « *la négociation, la persuasion, l'élaboration concertée de projets semblent primordiales pour que les individus acceptent d'être soignés et suivent un certain nombre de prescription en vue d'améliorer leur état de santé* » (Gardella et al., 2008). Ce lien de confiance n'est pas uniquement utile pour mener les individus vers une démarche de soins mais permet également d'améliorer l'intervention du travailleur social. En effet ces derniers, en ayant une meilleure connaissance de la personne qu'ils accompagnent vont pouvoir mieux comprendre les mécanismes qui les poussent ou non à aller vers le soin.

Les durées d'hébergement en centres de stabilisation, n'étant pas limitées dans le temps, elles ont également un impact sur la relation. En effet ce temps permet aux acteurs de s'approprier mutuellement et de trouver, dans de nombreux cas, une manière de travailler ensemble sur le long terme. Mais dans un contexte de turn-over des travailleurs sociaux, ce phénomène peut être à

double tranchant. Les personnes étant hébergées depuis plusieurs années ou ayant connues plusieurs structures se sont vu attribuées plusieurs interlocuteurs et il n'est pas toujours facile pour elles « *d'investir la relation* ». D'autant plus pour les personnes étant très désocialisée, chez qui il est parfois difficile d'exprimer des besoins et donc « *difficile de formuler un projet et de faire confiance à l'autre* » (entretien travailleur social 1).

En termes d'investissement de la relation des disparités sont perceptibles. Naturellement, les individus n'ont pas tous les mêmes besoins et par conséquent toutes les relations sont différentes. Toutefois, on peut remarquer que certains individus sont très présents au quotidien et sollicitent un temps beaucoup plus important pour les équipes encadrantes. C'est notamment le cas de personnes en souffrance psychique ou souffrant de pathologies nécessitant un accompagnement plus conséquent. Dans certains cas on peut même dire qu'ils « monopolisent » l'espace et le temps des professionnels de la structure. Cela peut avoir un effet délétère quand il tend à invisibiliser certains hébergés qui aurait besoin d'un accompagnement plus conséquent mais qui n'osent pas être aussi sollicitant. D'autant plus que des résidents ont beaucoup de mal à s'approprié les lieux, à se livrer ou même à entrer dans une démarche de réinsertion et sont par conséquent beaucoup plus discrets.

Les travailleurs sociaux qualifient la santé comme un sujet « *facilement abordé* », d'autant plus si les hébergés sont déjà engagés dans une démarche de soin. Les individus se tournent facilement vers les équipes encadrantes lorsqu'ils ont conscience d'un problème de santé, qu'ils « *ne se sentent pas bien* » ou encore dès qu'ils ont « *des examens et que ça ne va pas* ». Certaines personnes se trouvent malgré tout dans une forme de déni, dans ce cas il est nécessaire de rendre la situation concrète. Pour faire prendre conscience aux résidents qu'il y a un problème les travailleurs sociaux doivent tout d'abord le dire. C'est étape peut sembler aisée mais il faut déterminer un moment, une manière de dire et un lieu. Certaines personnes ne sont par exemple pas prêtes à entendre qu'elles ont un problème d'alcool ou qu'elles se trouvent dans un état de souffrance psychique. C'est à ce moment que le travailleur social lui explique qu'il peut se faire aider, qu'ils n'ont pas à résoudre leurs problématiques seuls et que des personnes sont là pour les accompagner que ce soit médicalement ou socialement. Il faut noter que le travailleur social n'est pas un médecin, ce n'est pas à lui de prendre des décisions, de poser des diagnostics ou d'orienter les personnes. Ils représentent pourtant un repère pour les personnes hébergées et sont régulièrement sollicité sur ces questions. Enfin pour faire prendre conscience qu'un problème peut exister le travailleur social peut relier les causes et des conséquences. Par exemple des relations conflictuelles avec son entourage peuvent parfois être mises en lien avec un problème d'alcool, des excès de colère peuvent être reliés à une souffrance psychologique dont la personne n'a pas

conscience. Mettre en évidence ces liens peut permettre de mettre en lumière et de faire prendre conscience des problématiques. Naturellement le travailleur social, même si son travail s'en rapproche parfois, ne doit pas remplacer un psychologue.

Le travail social demande une adaptation aux spécificités de chaque accompagnement. On peut de cette façon constater une adaptation des horaires en fonction des rythmes de vie des personnes, mais aussi en fonction des comportements. Par exemple pour les personnes ayant une tendance à l'alcoolisation il est courant de fixer des rendez-vous en matinée afin qu'elles ne soient pas en état d'ébriété mais pas trop tôt non plus pour éviter qu'elles ne soient absentes.

Les nouvelles technologies permettent aussi d'améliorer la qualité de l'accompagnement grâce à des applications pour les personnes non-francophones, car qu'il est difficile de bénéficier d'un traducteur au quotidien et que cela pose des questions de confidentialités si les traductions sont effectuées par d'autres résidents comme cela a parfois été le cas. Ces applications sont également utilisées dans les échanges avec les personnes malentendantes, ce qui permet au travailleur social ou à tout autre intervenant de mieux comprendre la personne mais aussi pour cette dernière d'avoir le sentiment d'être comprise et moins isolée. Un développement des connaissances spécifiques peut aussi être nécessaires pour mieux comprendre la culture d'une personne ou sa pathologie.

- « *Quel est l'effet de l'accompagnement sur les résidents ?* »
- « *L'effet c'est que finalement ils arrivent quand même à s'en saisir, enfin on passe de la santé d'un domaine qui est, on ne va pas dire accessoire mais, on va y aller petit-à-petit, ils arrivent quand même à s'approprier ce suivi-là quoi, à être conscient par exemple d'avoir un médecin traitant, d'avoir un réseau de médecins spécialistes autour, d'avoir des examens à faire. Petit à petit, même s'ils ont besoin d'aide dans la prise de rendez-vous ils arrivent à identifier chaque personne, à voir avec quelle régularité ils ont des rendez-vous, etc.* »

(Entretien travailleur social 1)

L'accompagnement se fait au quotidien, autant grâce à des temps formellement identifiés par les deux acteurs pour travailler sur la situation de l'hébergé, que grâce à des temps informels, faisaient partie intégrante du quotidien. Les bureaux des travailleurs sociaux étant situés à l'entrée de la structure, ils sont directement en contact avec les personnes hébergées au quotidien, ce qui permet de créer du lien en dehors des rendez-vous. Les personnes peuvent les solliciter à chaque instant et réciproquement les travailleurs sociaux peuvent simplement monter dans les étages pour

aller directement voir la personne si cela est nécessaire. Cette dernière façon de procéder est cependant moins utilisée car les chambres doivent rester des espaces privés appartenant uniquement à la personne hébergée. Les travailleurs sociaux appuient également sur l'importance des accompagnements en extérieur qui permettent de créer une relation autre avec les personnes, « *ces accompagnements-là, de proximité, ont permis de libérer un peu la parole* ». Les discussions hors du cadre formel du bureau donne la possibilité aux individus de bénéficier d'un nouvel espace de parole, de se sentir en confiance et c'est « *plus simple sur des sujets délicats d'en parler en marchant côte à côte plutôt que d'en parler face à face en étant dans un bureau* », « *il n'y a pas ce côté travailleur social et ce côté hébergé* ». C'est l'occasion d'aborder des sujets plus variés, qui sous-couvert d'être une simple discussion amène les personnes à parler de sujets nécessaires pour mieux les connaître et ainsi de pouvoir, peut-être, mieux les comprendre et les accompagner à terme. Cette présence au quotidien permet notamment aux travailleurs sociaux d'utiliser ces moments de vie pour rendre les problématiques palpables et concrètes.

Par la petite taille du centre d'hébergement et la relation entretenue entre chaque résident et son référent, les travailleurs sociaux ont la possibilité de voir que certaines personnes ont des besoins de santé pour lesquels ils n'ont pas formulé de demande et ainsi de travailler éventuellement sur les retards de soins. Naturellement ces constatations ne sont possibles que par la taille réduite du centre d'hébergement et pas de façon égale chez toutes les personnes hébergées. Cet accompagnement du quotidien permet de dépasser ce qui est simplement dit par la personne et de déceler des besoins dont elle n'a pas encore conscience. Cependant le formuler à la personne peut s'avérer complexe et il « *faut y aller de manière très progressive* ». Surtout sur certains sujets qui peuvent avoir une image négative tels que l'addictologie ou les soins psychiatriques. C'est un travail sur le long terme qui permet de faire remarquer aux personnes des signes sans pour autant les nommer immédiatement. Pour ce faire les travailleurs sociaux s'appuient sur des événements du quotidien comme « *une très grande anxiété* » ou « *quelqu'un qui va avoir une énorme crise de colère et qui va complètement perdre le contrôle* » par exemple. Par cette proximité les référents sociaux sont régulièrement les premiers au courant des problèmes de santé des résidents, parfois même avant le médecin traitant. Lorsqu'ils ont connaissance d'une information pouvant être utile au suivi médical de l'individu ils l'incitent à la communiquer au personnel médical qui s'occupe de son suivi.

On remarque néanmoins que les travailleurs sociaux ont une tendance « à faire » plutôt qu'à « accompagner la personne à faire ». Le manque de temps est d'ailleurs un phénomène constaté par une travailleuse sociale lorsqu'elle évoque l'impossibilité temporelle : « *Quelque part on ne prend pas le temps de les rendre autonome là-dessus non plus. Et puis parfois le suivi santé a*

*clairement été initié ici donc ils ont toujours eu l'habitude de passer par le référent social pour prendre rendez-vous, ils ne s'imaginent pas je pense prendre les rendez-vous par eux-mêmes, contacter par eux-mêmes »* (entretien travailleur social 1). A la place on constate parfois des logiques « d'assistance » en prenant des rendez-vous à leur place ou en choisissant eux-mêmes les spécialistes. Prendre le temps d'accompagner une personne à effectuer la démarche par elle-même ne nécessite pas le même temps que de le faire à sa place. Pourtant sur le long terme il n'est pas certain que cette stratégie soit bénéfique en termes d'autonomie surtout si l'objectif est d'amener la personne à être autonome en société. En reprenant la définition du travail social où il est question de « *développer les capacités des personnes à agir pour elles-mêmes* » nous remarquons que dans le cadre d'un accompagnement en santé cela peut poser une certaine difficulté. Un travail sur l'empowerment des individus est nécessaire mais il s'avère très chronophage et serait à développer sur de nombreux autres aspects tel que le numérique par exemple.

Un autre phénomène traduisant ce manque d'autonomie a pu être observé. Lors des entretiens menés avec les résidents il a été constaté que certains ne connaissaient pas leur couverture santé et que lorsque la question leur était posée ils répondaient de directement s'adresser à leur référent social pour ce type de question. On remarque ainsi qu'il ne sera pas simple pour chacun d'effectuer lui-même les démarches relatives à sa santé s'il ne bénéficie plus d'un accompagnement social.

## **2. La nécessité d'un accompagnement pluriprofessionnel**

### **3.2.1 L'importance de la relation aux soignants dans le parcours de soins**

La relation entretenue avec les professionnels de santé est déterminante dans la demande de soins et sa continuité (Revil, 2018). En effet, ce n'est pas parce que l'on parle de renonçant aux soins que les individus n'ont jamais été en contact avec le personnel médical au cours de leur vie et ces expériences ne sont pas sans impact. On remarque également que certaines personnes sont suivies pour des pathologies et renoncent à des soins sur d'autres aspects, ainsi parler de renonçant aux soins « *ne veut pas dire que les personnes n'en consomment aucun et renoncent à tous* » (Revil, 2018). Les expériences vécues avec les professionnels de santé rencontré tout au long de la vie de l'individu influence la relation qu'ils entretiennent aujourd'hui avec le système de soin. Et dans le cas d'expériences négatives les personnes peuvent être amenées à ne plus consulter pour un problème similaire. C'est le cas d'une personne interrogée qui a mal vécu un test d'effort lors d'un

rendez-vous chez un cardiologue il y a une trentaine d'année et qui aujourd'hui ne consulte plus, malgré une ordonnance pour une consultation à ce sujet.

« *Mais j'ai peur qu'ils ne me fassent pas confiance. (...) Que quand ils arrivent ma tension elle soit redescendue, que c'était un carnaval quoi.* » (Entretien personne hébergée 3). Ces commentaires de la part d'un résident lui servent à justifier le fait qu'il ne recourt pas au système médical d'urgence lorsqu'il se trouve en situation de malaise. Un sentiment d'infériorité ou de manque de crédibilité est parfois observé, et peut conduire à un renoncement aux soins. En effet, les conditions de vie précaire entraînent une faible estime de soi qui impacte négativement la relation avec le corps médical. Le médecin est alors « *symbole du savoir* » et a un « *statut social valorisé légitimé par l'école* » alors que la personne sans domicile fixe cumule les échecs et porte sur lui-même un « *regard négatif* ». Par conséquent cette dévalorisation de soi peut restreindre le recours aux consultations ou en réduire sa qualité (Rode, 2005). Ce sentiment peut entraîner une volonté de s'émanciper du pouvoir médical. Les discours moralisateurs ou stigmatisants renforcent encore ce sentiment d'exclusion. (« *Parce qu'ils parlent mal si tu veux : si tu n'arrêtes pas de fumer, si tu n'arrêtes pas de boire... tu vas marcher comme ça, tu vas être paralysé* » (Entretien personne hébergée 3)).

De manière générale il a été observé que les personnes interrogées avaient une vision négative des hôpitaux. « *Là où c'est arrogant c'est que des fois ils t'auscultent, ils ne disent rien. Et là tu as l'infirmier qui arrive "oui monsieur, il faut vous préparer pour une prise de sang, vous allez passer à la radio, vous allez passer un scanner". Et pourquoi tu ne le dis pas ? Ils donnent des ordres mais pourquoi tu fais ces examens ? Il est où le doute ? Explique-moi, tu es médecin, pourquoi tu cherches midi à quatorze heures. C'est simple la vie. C'est ça l'écoute. Quand tu as des sous et bien... Ils le savent, ils le sentent, ils le voient* » (Entretien personne hébergée 3). Ainsi les personnes interrogées ont parfois le sentiment que les soignants n'expliquent pas suffisamment les raisons des examens ou des traitements. Les individus se tournent alors vers leur référent social pour poser des questions d'ordre médical, de compréhension des résultats d'analyse ou d'ordonnance. Cette non-explication des traitements, examens ou des soins peut pousser les individus à interrompre leur traitement car ils n'en comprennent pas forcément tous les enjeux (Revil, 2018). La nécessité de réexpliquer souvent la raison de leur venue et leur situation les placent dans une situation inconfortable et vis-à-vis de laquelle ils ressentent de la honte. Cela peut avoir pour effet un phénomène d'évitement des structures hospitalières.

Les représentations que peuvent avoir les médecins des sans domicile fixe, qu'elles soient réelles ou non, peuvent aussi représenter un frein dans le recours aux soins. Les médecins eux-mêmes perçoivent parfois les patients en situations précaires comme n'étant pas de « bons

malades », qui manqueraient de « motivation » ou de « volonté », qui gèreraient mal leur temps par rapport aux absences et retards aux rendez-vous, ou encore qu'ils seraient plus difficiles à soigner (Wicky-Thisse, 2017). Le manque d'hygiène physique rebute parfois le professionnel et est même vécu comme une contrainte dans la salle d'attente à côtoyer les autres patients. Il semblerait que la barrière culturelle, les différences de représentations de la santé soient aussi des causes avancées par les médecins. « *En fonction de la vision qu'à le professionnel de la composante sociale de son métier de médecin, il fera plus ou moins de démarches dans le sens du social* » (Wicky-Thisse, 2017). Les patients en situation de précarité ressentent parfois ce moindre investissement professionnel lors des consultations et ont le sentiment ne pas être écouté : « *Tu vois en médecine c'est ça et en fin de compte moins tu as de sou et moins tu es écouté. Enfin pas à l'écoute. Ils t'entendent mais ils ne t'écoutent pas. Entendre ça rentre là, ça sort de l'autre côté. Ecouter ça entre là ça reste dans le cerveau* » (Entretien personne hébergée 3). Cet extrait montre le sentiment d'un traitement différencié en fonction de l'origine sociale du patient.

Pour Jean-Paul Markus deux types de freins permettent d'expliquer l'exclusion sanitaire : les freins structurels et les freins comportementaux. Dans le premier cas la « *politique d'accès aux soins en faveur des plus pauvres ne garantit pas leur réel accès aux soins* » et ce pour deux raisons principales. D'un côté la technicisation croissante de la médecine la rend plus complexe et déshumanisante pour les patients défavorisés, qui n'ont pas les ressources culturelles nécessaires pour la comprendre. C'est notamment ce que l'on peut observer comme réaction au langage technique de la médecine : « *Ce n'est pas que je suis un imbécile non plus mais quand on voit les mots qu'ils utilisent, je ne sais pas j'ai l'impression qu'ils me prennent pour leur collègue* » (Entretien personne hébergée 2). D'un autre côté cette médecine devient de plus en plus spécialisée, ce qui complique le parcours de soins et entraîne un « effet d'éviction ». Les freins comportementaux s'intéressent aux refus de soins. On remarque une dévalorisation de l'aspect humain du médecin par rapport à la médecine de pointe. L'obligation de soigner gratuitement les malades indigents a d'ailleurs disparu du code de déontologie médicale car elle n'avait plus de sens dans un système où la prise en charge s'est généralisée. Les professionnels ne trouvent plus l'intérêt de s'occuper de ces patients, ceux du secteur I y voient une « *corvée administrative supplémentaire* » et pour ceux du secteur II ils représentent un manque à gagner (Markus, 2019). Selon une étude de l'IRDES 31,6% des chirurgiens-dentistes refusent les patients CMU, 19,4% des généralistes (dont 32,6% en secteur II et 9,1% en secteur I), 38,1% des gynécologues et 28,1% des ophtalmologues (Desprès, 2009). On peut même observer un traitement différencié des patients : les circuits d'accès, l'orientation des patients, ainsi que la prise en charge peuvent différer en fonction des caractéristiques sociales des personnes (Parizot & Chauvin, 2010).

Pourtant lorsque la relation patient-soignants est investie par les deux parties des bénéfices évidents apparaissent. Les personnes se sentent comprises et valorisées, elles osent plus facilement aborder certains sujets et ont « *confiance* » dans les traitements proposés. Parmi les professionnels de santé, les médecins traitants ont un rôle central.

### **3.2.2 Le médecin traitant, un acteur incontournable mais encore trop peu impliqué**

Parmi toutes les relations avec les professionnels de santé, celle entretenue avec le médecin traitant est celle qui apparaît comme la plus importante (Revil, 2018). Pour les travailleurs sociaux du centre d'hébergement trouver un médecin traitant est la première étape à mettre en place après l'ouverture des droits en santé. En effet, dans le système de santé français le médecin traitant, souvent un médecin généraliste, est un acteur incontournable pour bénéficier d'un parcours de soin dit coordonné. Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004, son principal axe consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré (Article 2 - LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance, s. d.). Il a ainsi pour « *objectifs de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée* » (DGOS, 2021). Pourtant cette première étape est parfois compliquée à mettre en place, la saturation des médecins généralistes qui refusent les nouveaux patients est un phénomène courant en région parisienne.

Une fois le médecin traitant identifié, le même processus qu'avec tout autre professionnel de santé se met en place : une relation de confiance investie à la fois par le patient et par le médecin est nécessaire. La santé dégradée et les multiples pathologies dont souffrent les sans domicile fixe nécessite des rendez-vous réguliers chez les professionnels de santé, ainsi qu'un suivi conséquent. Pourtant les travailleurs sociaux sont parfois confrontés à un défaut de coordination de la part des professionnels de santé ainsi qu'un manque de connaissance des patients et de leurs spécificités : «  *finalement des médecins traitants qui font vraiment le boulot, qui décroche le téléphone, il n'y en a pas tant que ça et puis il y a aussi beaucoup de médecins qui ne connaissent pas la personne, qui renouvellent les ordonnances ou qui poursuivent des traitements et qui ne connaissent pas la personne, qui ne connaissent même pas les problématiques [d'addiction]* » (entretien travailleur social 1). Elle qualifie cette situation comme « *absurde* » et « *dangereuse* ». Dans certains cas des situations « d'arrangement » sont observées, c'est notamment le cas d'une femme souffrant de lourds problèmes psychiatriques pour lesquels elle n'a pas de suivi hormis une diabétologue qui renouvelle ses ordonnances pour des injections sans qu'aucune évaluation psychologique de la

situation ne soit effectuée. A contrario, un suivi médical effectué par un médecin impliqué permet aux sans-domicile fixe d'entrer dans un réel parcours de soin. C'est ce que démontre la situation d'un homme de 61 ans aux pathologies multiples : stomie, malentendant, et ayant des problèmes d'alimentation en lien avec sa stomie. Son médecin traitant est très présent et en lien avec le référent social de la personne qui se sent ainsi « rassuré » et « il s'aperçoit de la bienveillance qu'il y a autour de lui ». En se sentant entouré et avec des professionnels réellement impliqués il entre dans une nouvelle dynamique de soins, parlant maintenant de résoudre ses problèmes de dentition. Il devient ainsi moteur de sa santé.

Un homme de 70 ans qui a subi de nombreuses hospitalisations au cours de sa vie est très critique envers les hôpitaux. Il évoque avec éloge la coordination de l'hôpital d'Achères, en Île-de-France, : « Ils m'ont encore envoyé des dossiers l'autre jour. Je crois que ça se fait des deux côtés quoi. Mais par contre le médecin à Achères il m'a dit "que vous soyez là, que vous ne soyez pas là, moi je vais vous suivre quand même". La preuve elle m'a encore envoyé des dossiers ». Le fait qu'il souligne cette coordination comme étant exceptionnelle démontre le manque de fluidité ordinaire qui pourtant permettrait une meilleure prise en charge.

Malgré ce rôle central des médecins traitants, les personnes interrogées n'ont que peu de lien avec eux. Sur les huit résidents interrogés seulement trois déclarent effectuer des visites régulières chez leur médecin. Parmi eux, deux souffrent de pathologies cardiaques qui nécessite un renouvellement d'ordonnance régulier. Pour le troisième, ses visites sont données directement par son médecin, ce n'est pas lui prend les rendez-vous. On remarque ainsi que le rôle théorique du médecin traitant comme pivot du parcours de soin, n'est pas si efficace dans la pratique.

De plus, la mise en place du parcours de soins coordonné avait pour objectif de limiter le nombre d'interlocuteur en matière de santé en ayant un interlocuteur unique. Néanmoins les bénéficiaires de la PUMA et de la complémentaire santé solidaire ne sont pas financièrement pénalisés dans le cas où ils iraient consulter d'autres médecins généralistes que leur médecin traitant. Ainsi certains patients consultent plusieurs médecins, ce qui impacte la mise en place d'un suivi régulier. Cette situation n'est naturellement pas majoritaire mais existe.

### **3.2.3 Une coordination pluriprofessionnelle qui peine à se mettre en place**

La nécessité d'une coordination entre les acteurs du sanitaire et du social permet de prévenir certaines difficultés et d'éviter les ruptures de soins (Rickey & Hennezel, 2016). Cette

coordination est d'autant plus importante quand la personne cumule plusieurs pathologies comme c'est souvent le cas pour les populations de sans domicile fixe : addictions, pathologies multiples, troubles psychologiques. L'une des difficultés principales à la coordination est « *l'incompréhensions mutuelle et des modalités de travail divergentes* ».

Les travailleurs sociaux décrivent la relation entretenue avec les médecins comme n'étant « *pas toujours facile* », et cela surtout dans le secteur hospitalier (Entretien travailleur social 2). Ils évoquent un manque de fluidité dans les échanges et une mauvaise coordination interprofessionnelle : « *parfois on rêverait de pouvoir rassembler tous les médecins dans une même pièce avec les travailleurs sociaux et aller on met tout en commun maintenant. Mais pareil, ça n'existe pas* », « *ce qu'on aimerait bien c'est que parfois ils soient en lien entre eux* » (entretien travailleur social 1). On remarque la difficulté de coordonner les actions du médical et du social, ainsi que celles des professionnels médicaux entre eux.

Un travailleur social évoque aussi le secret médical comme étant un frein à cette coopération : « *Maintenant il y a plein de chose qu'on ne sait pas, c'est pareil. Ça m'est arrivé de demander à un psychiatre par exemple, au moins de m'expliquer la pathologie de la personne. Au moins qu'on puisse... ils refusent. Il y a un refus, en disant que non il y a le secret médical. Nous ça ne nous aide pas, parce que peut-être qu'on aurait besoin d'outils pour accompagner la personne* ». La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ainsi que deux décrets du 20 juillet 2016 autorisent les échanges d'information entre professionnels de santé et d'autres professionnels du champ social et médico-social. Avant cela la loi Kouchner du 4 mars 2002 excluait complètement le partage d'information avec les champs du social et médico-social (Contis, 2016). Le principe est maintenant qu'un « *professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.* » (Article L1110-4 - Code de la santé publique, s. d.). Cependant ce partage d'information reste facultatif et à la responsabilité du professionnel de santé, dans la limite de la continuité des soins, ce qui peut provoquer un sentiment de frustration chez les équipes en charge de l'accompagnement.

En termes d'intervention de professionnels de santé sur la structure seulement deux infirmières libérales sont identifiées. Bien qu'aucun partenariat ne soit établi, ce sont elles qui sont plébiscitées lorsqu'un hébergé nécessitent des soins médicaux. Cette relation fonctionne bien, elles sont parfois sollicitées lorsque l'équipe du centre d'hébergement juge la santé d'un résident

préoccupante. Cependant il peut parfois arriver qu'elles soient sollicitées sur des aspects qui auraient nécessité un rendez-vous médical avec un spécialiste.

Des actions de sensibilisation et de prévention peine à se mettre en place. Au cours de l'année, une permanence d'écoute psychologique a été mise en place. Ça non-pérennité a été compliqué à gérer pour les résidents qui l'avait sollicitée et dont le sentiment d'abandon était présent. En effet pour ce public investir une relation n'est pas facile et les répercussions sur les prochaines interventions peuvent en être que plus compliqué. En janvier 2021 une nouvelle psychologue bénévole devait intervenir à raison d'une demi-journée toutes les deux semaines.

De manière générale, l'offre destinée aux personnes sans domicile fixe en centre d'hébergement et de stabilisation est peu étendue alors même que la pratique du « aller-vers » n'a jamais eu autant de sens.

Un partenariat avec l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) aujourd'hui renommé Association Addictions France, a eu lieu au cours de l'année 2020. L'ANPAA a une mission de sensibilisation et d'action en promotion de la santé en effectuant des interventions adaptées à tous les publics et notamment pour les populations vulnérables tels que les personnes en situation de grande précarité. Ce partenariat a pris la forme de cinq séances où il était question d'aborder de façon très large les addictions en utilisant différents outils tels que les photos langage, la projection de vidéo ou de simple discussion autour d'un thème. Cette intervention a connu un succès mitigé, en effet le nombre de personnes présentes à ces ateliers à rapidement décliné jusqu'à remettre en question la continuité des interventions. Plusieurs raisons expliquent que ces réunions n'est pas été investies par les individus. Les objectifs de ces séances manquaient de clarté, en ne voulant pas spécifiquement cibler un axe d'intervention ils ont créé un « flou » autour du contenu de ces séances entraînant la non-adhésion des individus. De plus, nombre d'entre eux ne se sentaient pas concerné par la thématique des addictions. Les sans domicile fixe ayant des difficultés à se projeter dans le futur, le fait que le nombre de séance et leurs contenus ne soient pas définis à l'avance ils n'ont pas souhaité s'engager. Ainsi les personnes présentes à ces séances changeaient toutes les semaines ce qui avait pour conséquence d'entraîner des redites, perturbant encore un peu plus le sens de ces interventions.

### **3. Les addictions comme limite de l'accompagnement ?**

Dans cette dernière partie sont abordées les difficultés d'accompagnement par rapport aux addictions en étudiant le rapport à l'alcool. Il est important de noter que d'autres addictions sont également présente sur la structure (cannabis, médicaments, jeux), mais que l'alcool est l'addiction

la plus fréquente. Il est d'ailleurs difficile dans certains cas de séparer ce qui relève de l'addiction ou ce qui se rapporte à une consommation « normale » en France où l'alcool fait partie intégrante de la culture.

### **3.3.1 L'alcool : une substance omniprésente**

Une part importante des personnes vivants à la rue développe des addictions : principalement à l'alcool mais également de façon plus vaste avec les drogues, les jeux d'argent et autres. Le centre d'hébergement des Enfants du Canal ne déroge pas à la règle : les addictions sont au cœur du parcours de soin des personnes. A savoir qu'en France pour la Haute Autorité de Santé (HAS) une consommation d'alcool est dite à risque lorsqu'elle est supérieure à trois verres par jour pour les hommes et à deux verres pour les femmes. Au centre d'hébergement et de stabilisation il semble compliqué de pouvoir mesurer, même approximativement, la consommation d'alcool pour chaque personne même si certains comportements paraissent alarmants. Les travailleurs sociaux eux-mêmes évoquent les addictions comme étant l'un des principaux problèmes rencontrés au cours de l'accompagnement. De plus le public accueilli en CHS se trouve être en marge des dispositifs de prévention des addictions bien que ce soit une population particulièrement exposée. L'alcool a ainsi une forte symbolique pour les populations des sans domicile fixe, c'est « *à la fois un besoin primordial qui leur imposait de partir tôt chaque matin, empêchant ainsi le recours aux soins ou aux services, et le produit partagé qui définit l'appartenance au groupe de sans-domicile qu'elle fréquentent* » (Gardella et al., 2008).

Certaines périodes sont plus sujettes à de fortes consommations ou à des Alcoolisation Ponctuelle Intensive (API). C'est le cas des débuts de mois lorsque les aides sociales sont versées, lors des périodes compliquées émotionnellement comme les fêtes de fin d'année ou encore quand les personnes traversent individuellement des périodes compliquées. Mais plus largement l'alcool est une substance consommée de manière régulière, voire quotidiennement pour certains. Il n'est pas rare de voir, dès le matin, les personnes sortir pour acheter de l'alcool ou rentrer alcoolisées dans la soirée. Il n'est pas rare également de constater des regroupements dans certaines chambres et qu'ils (peu de femme sont présentes sur la structure, il est donc plus rare d'assister à des regroupements uniquement constitués de femme) consomment ensemble, parfois en invitant des personnes de l'extérieur. Il arrive que des personnes se retrouvent dans un état d'ivresse visible, ce qui peut conduire à des comportements dangereux pour eux ou pour les autres. Mais globalement peu de débordement sont constatés ou du moins rapportés aux équipes encadrantes sauf en cas de violence. Les consommations rythment la vie de la structure : les personnes hébergées sont

moins réceptives et disponibles en début de mois dû aux plus nombreuses alcoolisations, ils sont plus difficiles à mobiliser ou plus absents. Le calendrier des activités collectives doit en tenir compte. Même si de manière générale les consommations des personnes sont contrôlées, elles peuvent parfois entraîner des excès de colère pouvant aller jusqu'à des épisodes de violence dans les cas les plus extrêmes.

L'alcool entraînant un « *réconfort psychologique que beaucoup jugent indispensable* » (Benoist, 2008) certaines personnes présentent des difficultés à vivre au quotidien sans être alcoolisées. C'est un état qui leur permet de « *se cacher* » et de se protéger des regards extérieurs mais également des regards envers eux-mêmes. Un résident du centre expliquait une fois, sous l'emprise d'alcool, qu'il en avait besoin pour communiquer avec les autres et qu'il ne se voyait plus faire sans aujourd'hui.

Il faut rappeler que l'alcool est autorisé dans les parties privatives du centre d'hébergement c'est-à-dire dans les chambres, lieux qui deviennent alors des espaces de rencontre pour les consommations en groupe. Cette décision découle de la volonté d'accueil inconditionnel des personnes et de la mise en place d'une démarche de réduction des risques et des dommages. En effet il n'est pas rare de refuser une place en hébergement si l'on doit se cacher pour consommer. Certaines personnes vont jusqu'à dire qu'elles ne consomment pas de peur de ne pas être acceptées. Il semble important de rappeler que l'alcoolisme est avant tout une dépendance et qu'un sevrage brutal peut engendrer de graves conséquences pouvant même aller jusqu'au décès (Benoist, 2008). De plus une autorisation de l'alcool permet de ne pas en faire un tabou et de pouvoir parler librement de ces consommations. Et il est vrai que les consommations sont un sujet facilement abordé par les personnes hébergées mais elles sont rarement abordées comme étant un problème pour elles-mêmes.

De plus les addictions représentent parfois une raison supplémentaire de ne pas se faire hospitaliser : ne pas pouvoir fumer ou boire pendant un temps donné représente une source d'angoisse pour ces individus car le manque et ses symptômes associés peuvent être très violents (Benoist, 2008).

Le but du travail social est de résoudre les problèmes, ainsi son rôle est différent de celui du médecin. Pour le professionnel de santé l'alcool est le problème alors que dans le cadre du travail social le but de la rencontre est de travailler sur les problèmes engendrés par les alcoolisations. Ainsi les deux professions sont complémentaires. L'objectif du travail social n'est pas

forcément de réparer la cause de l'alcoolisme mais plutôt d'agir sur ce que cela engendre (Columbier, 2013). L'alcool n'est pas un problème ignoré, la problématique est abordée frontalement quand le travailleur social juge cela opportun et en s'appuyant sur les événements du quotidien qui permettent de rendre ces remarques plus concrètes.

### **3.3.2 Une démarche de réduction des risques et des dommages**

Cette autorisation de consommation à l'intérieur des locaux s'inscrit dans une démarche de réduction des risques (RDR). Plus largement « *L'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives* » (Lanquette et al., 2017). Rappelons que le travailleur social n'a pas vocation à s'attaquer à ce qui motive la consommation d'alcool mais aux répercussions et problèmes qu'il engendre (Columbier, 2013). Pour cela le processus d'empowerment des acteurs est indispensable. Il correspond au processus « *par lequel un individu ou une collectivité s'approprie la capacité d'agir concrètement et de façon autonome. En bref : le pouvoir ainsi que la capacité de l'exercer* » (Ninacs, 1995). De manière plus concrète « *la réduction des consommations consiste à travailler avec l'utilisateur sur ses consommations, à le responsabiliser dans sa relation au produit alcool. Cette approche favorise ainsi la réduction des dommages. Accompagner l'utilisateur dans l'évaluation de ses consommations et des dommages liés est facilitateur du lien. C'est l'utilisateur qui se fixe des objectifs réalisables de diminution de ses consommations. Il devient acteur de sa santé* » (Lanquette et al., 2017). D'autres avantages sont mis en avant : éviter de fortes alcoolisations avant l'entrée dans la structure, limiter les consommations aux abords du centre d'hébergement, limiter les symptômes liés au manque ou encore que l'alcool ne soit pas un tabou au quotidien et dans l'accompagnement.

Dans les faits cette démarche est difficile à mettre en place et les travailleurs sociaux se sentent parfois « désœuvrés ». Premièrement une simple autorisation de l'alcool n'est pas suffisante pour s'inscrire dans une démarche de réduction des risques. Il est tout d'abord nécessaire que la personne soit consciente de sa consommation et décide lui-même d'arrêter ou de diminuer sa consommation d'alcool. Si ce n'est pas le cas il se retrouvera inexorablement dans une situation d'échec. C'est là aussi que réside toute la difficulté, comme nous l'avons abordé précédemment une part importante des personnes hébergées en CHS est stabilisée c'est-à-dire qu'il s'accommode relativement bien de leur mode de vie actuelle. Cette position rend difficile la volonté de modification des comportements. Certaines personnes sont dans le déni et pensent pouvoir gérer leurs consommations. Un suivi extérieur peut être initié mais les délais d'attente sont

particulièrement longs surtout pour des populations ayant un rapport au temps particulier « *sur l'addiction que l'on mette trois semaines à avoir un rendez-vous alors que la personne est prête là aujourd'hui à être suivie, voilà ça manque de fluidité* ». Cependant cette saturation des filières travaillant sur l'addiction n'est pas la seule explication. Plusieurs aspects ont été relevés pouvant jouer sur la complexité de mettre en place des soins pour les personnes alcoolodépendantes. Tout d'abord les représentations du soin en alcoologie sont tenaces et l'abstinence est perçue comme la seule possibilité par les personnes hébergées. L'inconnu peut être perçu comme « *angoissant* » et les travailleurs sociaux se heurtent parfois à un refus de prise en charge même lorsque la personne est décidée à entamer une démarche de soin. La vie en collectivité n'est pas non plus propice à être abstinent ou réguler sa consommation, « *être dans une démarche d'abstinence et puis de rentrer, d'être invité à boire* ». Aller vers les soins représente donc un défi pour les personnes hébergées souffrant d'addiction, c'est en ce sens que la réduction des risques peut présenter un réel enjeu mais cela nécessite un réel investissement sur divers aspects. Il est tout à fait primordial d'établir des partenariats solides, un investissement dans plus de moyen humain, un développement d'outils pour les professionnels et un réel travail multidisciplinaire car les addictions sont tels une équation : c'est une « *articulation entre l'équipe socioéducative, entre le médical, entre la mise en place d'autres choses dans le quotidien, d'autres activités, [le] côté psychologique aussi* ». La réduction des risques s'inscrit ainsi dans un accompagnement sur le long terme qu'il est nécessaire de mettre en place mais qui demande une importante réorganisation du fonctionnement actuel. La simple autorisation de l'alcool dans les parties privatives permet certes de lever le tabou autour des consommations mais pas d'enclencher un réel travail. De plus l'alcool est la principale addiction présente au centre d'hébergement mais il ne faut pas oublier que d'autres addictions sont aussi présentes et doivent alerter (cannabis, médicaments, jeux...).

Les ateliers de l'ANPAA abordés précédemment s'inscrivaient dans cette démarche de réduction des risques et des dommages. Trouver la juste place et forme à ces ateliers n'est pas évident mais c'est un moyen de changer les présentations du soin en alcoologie comme le souligne un travailleur social : « *l'ANPAA, ces petites interventions de temps en temps ça permet de faire une touche comme-ci, comme-ça, qui permet peut-être de faire émerger quelque chose* ». Des pistes d'amélioration ont été proposées comme le fait d'ouvrir ces séances à un groupe de personne prédéfini en fonction de leurs besoins et qui s'engage à effectuer l'ensemble des séances. Ces interventions sont ainsi bénéfiques pour la structure et permettent d'initier un nouveau débat mais un travail sur la forme quoi être commencé.

Ainsi, une simple autorisation de l'alcool au sein de la structure n'est pas suffisante pour s'inscrire dans une démarche de réduction des risques et des dommages qui soit efficace. Ce dispositif doit s'inscrire dans la démarche globale de la structure sans pour autant nuire à l'accueil inconditionnel.

### **3.3.3 Quelques pistes à envisager**

Cette dernière partie n'a pas pour objectif d'établir un programme pour améliorer la prise en charge des addictions en centre d'hébergement mais doit davantage être perçue comme une possibilité de réflexion. Ainsi sont abordés certains constats personnels, des propositions émanant de mes lectures ou encore venant des échanges vécus tout au long de mon stage.

Tout d'abord les travailleurs sociaux, en étant les principaux interlocuteurs des hébergés, ont un rôle central. Un « référent addiction » pourrait être défini, il serait capable, grâce à des formations, d'aiguiller ses collègues, d'être l'interlocuteur privilégié des structures de soins et d'apporter toute l'information nécessaire. Naturellement, le turn-over important dans le milieu du travail social peut représenter un frein. Mais la mise en place d'un travailleur social « expert » dans ce domaine serait une réelle plus-value dans l'accompagnement des personnes dépendantes.

Des espaces de parole dédiés à la thématique des dépendances peuvent être mises en place, animée par un professionnel en addiction elles peuvent permettre d'aborder spécifiquement les situations rencontrées. Ces rencontres appelées « groupe d'analyse des pratiques » existent déjà mais elles ont une portée générale sur l'accompagnement. Ainsi des solutions pourraient être apportées collectivement et permettre une individualisation des suivis. A terme les travailleurs sociaux développeraient des compétences encore plus accrues.

Des échanges entre les différents professionnels peuvent permettre de pallier en parler ce problème. Dans le Tarn-et-Garonne une formation-action « souffrance psychique et précarité » (Rickey & Hennezel, 2016) basée sur des stages croisés a été créée, l'objectif est d'un côté de faire connaître le monde de la psychiatrie aux travailleurs sociaux et de l'autre que les infirmiers et psychologues puissent découvrir les modes d'intervention des travailleurs sociaux. Ce dispositif pourrait également être mis en place au sujet des addictions. Cette approche, au-delà d'aider à mieux comprendre les fonctionnements des différents services et de déconstruire les idées reçues, permet de mieux cerner les difficultés propres à chacun et ainsi d'adapter les méthodes employées.

Etablir un partenariat actif et très présent avec des associations ou des institutions est une piste à envisager. Il serait alors possible d'obtenir des délais plus courts pour les personnes qui souhaitent s'orienter vers un accompagnement extérieur à la structure mais aussi mettre en place un accompagnement sur le long terme directement sur place. Là encore se pose naturellement la question de la mobilisation du public, facteur qui pourrait être amoindri si les séances s'adaptaient à un public prédéfini, un noyau central à ces séances et où d'autres personnes pourrait venir s'y joindre si elles le souhaitent. Les séances, pour le moment plutôt ponctuel, devrait s'inscrire dans un temps déterminé et décidé en accord avec les personnes volontaires.

Il serait nécessaire d'inclure et d'impliquer d'avantage les médecins traitants. En effet, nombre d'entre eux n'ont même pas conscience des problèmes d'alcoolismes dont souffrent leurs patients. Ils sont pourtant censés être de réel pilier et être capable de proposer des solutions adaptées en fonction des situations et des individus. Inciter les personnes hébergées à en parler avec leur médecin traitant peut permettre d'initier un suivi sur le long terme et de mieux les prendre en compte dans le suivi global.

L'amélioration de la prise en charge addiction au sein des centre d'hébergement passe également par un « aller vers », que les professionnels viennent au contact de la personne, dans son environnement en établissant ainsi une relation de confiance durable qui permet à l'individu de pouvoir formuler une demande lorsque celui-ci se sent prêt. Notons également de les durées d'hébergement en centre de stabilisation sont relativement longues, ce qui permet de créer un réel parcours de soins en addictologie.

Favoriser une intervention des « pairs » peut aussi permette d'être face à quelqu'un de semblable, qui a traversé les mêmes épreuves et doutes, qui se sera sûrement posé les mêmes questions. Ces interventions peuvent rassurer les personnes et les mettre face à une « réalité ». Naturellement mettre en place un meilleur accompagnement en addictologie suppose de disposer d'un temps considérable et d'un personnel suffisant et formé.

## Conclusion

Les personnes sans domicile fixe souffrent d'un état de santé fragilisé en raison des parcours personnels d'exclusion et de grande précarité : vieillissement prématuré, pathologies non soignées, pathologies chroniques et parfois invalidantes, troubles psychiques et des addictions parfois multiples. Même si la fréquentation des services de santé est existante, elle ne permet pas, dans de nombreux cas, d'agir sur les nombreuses pathologies. Le recours aux soins est alors présent mais peut être qualifié d'insuffisant. L'entrée dans une structure d'hébergement et de stabilisation permet alors de travailler sur certains des aspects de non-recours aux soins de ces populations.

Ce travail a permis d'identifier trois composantes principales agissent sur le recours aux soins des sans domicile fixe qui sont : la structure même du centre d'hébergement et de stabilisation, le rôle joué par les travailleurs sociaux et enfin la nécessité d'un accompagnement pluriprofessionnel notamment par l'investissement des médecins traitants.

Le centre d'hébergement est un lieu qui donne la possibilité de réinvestir son corps, de prendre conscience des douleurs et des souffrances engendrées par la rue. Le travail social a vocation à « *ancrer les personnes dans une routine quotidienne ordinaire* » (Mayol, 2014) par des interventions à la fois individuelles et collectives. Si les stratégies misent en place varient d'un intervenant à un autre, l'objectif reste toujours d'améliorer les conditions d'existence des individus, notamment sur les questions de santé. En ce sens, la relation de confiance réciproque et l'inscription des professionnels dans la quotidienneté des personnes hébergées permet de mieux repérer les éventuelles problématiques de santé qu'elles soient physiques ou psychiques et de mieux les accompagner. Cependant cela n'est possible qu'à la condition d'un travail en collaboration avec les professionnels de santé, une relation qui pour le moment peine à se mettre en place et à se pérenniser. Les médecins traitants sont également insuffisamment formés aux problématiques des populations en situation d'exclusion et de grande précarité. Enfin les problématiques d'addictions et leurs répercussions sont un sujet omniprésent dans un centre d'hébergement. La démarche de réduction des risques et des dommages a vocation à « *prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives* » (Lanquette et al., 2017). Cette démarche, qui a débuté avec l'autorisation de l'alcool dans les parties privatives de la structure, peine à se mettre en place et les partenariats soulèvent actuellement de nombreuses interrogations.

Se pose alors la question de « l'après ». Si les centres d'hébergement et de stabilisation à petite échelle permettent d'agir sur la santé et le recours aux soins des individus, qu'en est-il des

sans-domicile fixe qui s'orientent par la suite vers un logement indépendant ou une structure d'hébergement avec un suivi moins encadré.

Lorsqu'on évoque la santé des sans domicile fixe un constat est récurrent : « *certaines personnes ne possèdent pas, ou ont la perception de ne pas posséder, le pouvoir sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être* » (Ninacs, 1995). C'est en ce sens que le travail social agit sur l'empowerment des individus. Il leur permet de prendre conscience qu'ils peuvent exercer un plus grand contrôle sur les aspects de leur vie qui ont de l'importance pour eux et ainsi d'être plus actif dans leurs rapports à la santé. L'individu peuvent ainsi se percevoir comme un « *agent du changement* » (Ninacs, 1995). Philippe Warin suggère à ce propos de développer « *une sociologie compréhensive de ce que renoncer à des soins veut dire pour les personnes elles-mêmes* » afin de comprendre comment l'imbrication de différents facteurs du renoncement aux soins interagissent et dans quelles mesures. Sans ça il ne sera pas possible de prendre en charge et de travailler correctement sur ce non-recours aux soins chez ces populations (Warin, 2011). Ce processus d'apprentissage nécessite une meilleure information des publics les plus vulnérables et cela en mêlant une information de masse à une explication ciblée. Au-delà d'une intervention d'information c'est principalement une intervention d'explication qu'il faut mettre en place. Mais cela nécessite de considérer que « *la responsabilité individuelle dépend du degré de choix et de contrôle exercé par l'individu sur sa situation* » (Warin, 2013). « *Une approche axée sur l'empowerment doit trouver des moyens pour encourager et soutenir la pleine participation de toutes les couches sociales du milieu par le développement de leurs compétences* » (Ninacs, 1995).

Cette notion d'empowerment démontre la nécessité de prendre davantage en compte les capacités inégales des individus dans les politiques publiques. Le non-recours et le renoncement aux soins ont une émergence relativement récente et peinent à être pris en compte dans leur entièreté par toutes les études et les politiques publiques actuelles. Même si les causes avérées sont multiples il semble aujourd'hui indispensable d'aller plus loin que le simple aspect financier qui prime actuellement et d'inclure la notion de « *capabilités* ». Cette remarque renvoie à une critique du fonctionnement du système de santé. Ce dernier est actuellement basé sur « *la liberté de patients supposés tous capables de formuler des demandes de soins et ayant des connaissances suffisantes pour savoir quand solliciter un professionnel de santé* ». (Rode, 2009) Celle-ci ne prend alors pas en compte les populations en non-demande de soin ni ne développe l'idée d'aller vers ces personnes invisibilisées. L'idée est alors de « *s'appuyer sur une approche compréhensible du non-recours pour intégrer dans la définition de l'offre de soins les capacités inégales des individus* » (Rode, 2009).

---

# Bibliographie

---

## Références juridiques

Article 2—LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1)—

Légifrance. Consulté 13 mai 2021, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000002033617](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002033617)

Article L311-4—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance. Consulté 18 mai 2021, à

l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721298/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721298/)

Article L1110-4—Code de la santé publique, Code de la Santé Publique. Consulté 18 mai 2021, à

l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515027/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/)

Article L6112-6—Code de la santé publique—Légifrance, Code de la Santé Publique (2004).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006690692/2009-06-11/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690692/2009-06-11/)

Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social, 2017-877 (2017).

Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (1).

## Littérature scientifique

Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et sante*, Vol. 26(3), 5-34.

Bregeon, P. (2007). *Les représentations de l'accompagnement et de l'insertion dans le réseau des centres d'hébergement et de réinsertion*. l'harmattan. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00390115>

Bresson, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : Une fausse évidence. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 115(2), 311-326.

- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : Éléments de cadrage. *Regards*, N° 53(1), 19-28.
- Champetier de Ribes, D. (2018). Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau. *Regards*, N° 53(1), 57-68.
- Charlemagne, J. (2000). Politiques sociales, exclusion et santé. In *Tsiganes et santé : De nouveaux risques ?*
- Chevalier, J., Langlard, G., Maléfan, P. L., & Bouteyre, É. (2017). Stratégies de défense et exclusion sociale : La suradaptation paradoxale des sans domicile fixe (SDF). *Bulletin de psychologie*, Numéro 547(1), 33-44.
- Collet, M., Menahem, G., & Picard, H. (2006). Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. *IRDES*, 113, 8.
- Contis, M. (2016, septembre 2). *Quelles sont les conditions d'échange et de partage d'informations couvertes par le secret médical ?* <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/quelles-sont-les-conditions-d-echange-et-de-partage-d-informations-couvertes-par-le-secret-medical>
- Damon, J. (2007). La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards Le tournant récent de l'histoire. *Revue de droit sanitaire et social*, 43(6), 933-951.
- de la Rochère, B. (2003). *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide*.  
<http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/390>
- Dequiré, A.-F. (2010). Le Corps des sans domicile fixe. De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Recherches & éducatives*, 3, 261-286.  
<https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.572>

- Desprès, C. (2009). *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire*. IRDES.
- Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : Une analyse anthropologique. *Sciences sociales et sante, Vol. 31(2)*, 71-96.
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : Une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la Santé, 169*, 8.
- Gardella, E., Laporte, A., & Méner, E. L. (2008). Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri. *Sciences sociales et sante, Vol. 26(3)*, 35-46.
- Jabot, F., & RAYSSIGUIER, Y. (2002). *Les conditions d'existence des personnes sans domicile fixe comme déterminant de santé* (p. 39) [Rapport de séminaire].
- Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la sante, no 8(3)*, 31-39.
- Maes, C. (2011). Hébergement de stabilisation : Entre insertion et gardiennage des pauvres. *Vie sociale, N° 3(3)*, 91-105.
- Marchand, G. (2003). Qui sont les sans domicile fixe ? *Sciences Humaines, 134*.  
[https://www.scienceshumaines.com/qui-sont-les-sans-domicile-fixe\\_fr\\_2812.html](https://www.scienceshumaines.com/qui-sont-les-sans-domicile-fixe_fr_2812.html)
- Markus, J.-P. (2019). Inégalités de santé, droit aux soins : Du droit à la pratique. *Droit, Sante et Societe, N° 2(2)*, 40-50.
- Mayol, S. (2014). L'ordinaire comme commencement du travail sur soi : Le cas de la prise en charge des hommes et des femmes sans domicile. *Raison publique, N° 18(1)*, 109-121.
- Moisy, M. (2015). *La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012*. 9.
- Ninacs, W. (1995). Empowerment et service social : Approches et enjeux. *Service social, 44(1)*, 69-93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>

- Parizot, I., & Chauvin, P. (2010). La santé. Un enjeu de société. In *Quel accès aux soins pour les plus démunis ?* (Editions Sciences Humaines, p. 179-189). Éditions Sciences Humaines.  
<https://www.cairn.info/la-sante--9782912601933-page-179.html>
- Revil, H. (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*, N° 53(1), 29-41.
- Rode, A. (2005). *Le non-recours aux soins de santé chez les populations précaires. Une approche exploratoire et compréhensive et ses déterminants médicaux et sociaux.*
- Rode, A. (2009). L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : Entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et Politiques*, 61, 149-158.  
<https://doi.org/10.7202/038480ar>
- Rode, A. (2010). *Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.* Université Pierre Mend-s-France.
- Sembel, N., & Cordazzo, P. (2016). Un « désordre » dans la catégorisation : Le déclassement statutaire atypique de diplômés du supérieur sans domicile. *Economie et statistique*, 488(1), 69-85. <https://doi.org/10.3406/estat.2016.10711>
- Warin, P. (2013). Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours. *Informations sociales*, n° 178(4), 52-62.

## Littérature grise

- Brunet, L., Carpentier, S., Laporte, A., Pourette, D., & Guillon, B. (2005). *Féminité, Accès aux soins, Maternité, et Risques vécus par les Femmes en Grande Précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique.* Observation du samusocial de Paris.
- De Konick, M., Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Institut national de santé publique du Québec, & Université Laval. (2008). *Santé : Pourquoi ne sommes-nous pas égaux? comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent.* Institut national de santé publique du Québec. <http://www.deslibris.ca/ID/214697>

DGOS. (2021, mai 16). *Qu'est-ce-que le parcours de soins ?* Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

Haut Comité de la Santé Publique (Éd.). (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Editions ENSP.

*La santé mentale : Renforcer notre action*. (2018, mars 30). Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Lanquette, A., Moulius, F., & Le Bourdais, P. (2017). *Expérimentation d'une démarche de réduction des risques alcool. De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée*. [Rapport intermédiaire]. ANPAA.

Laporte, A., & Chavin, P. (2010). *SAMENTA - Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. INSERM.

Manuello, P. (2018). *Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Occitanie : État des lieux* [Research Report]. Agence Régionale de Santé - Occitanie ; Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS FED4142). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02160432>

Pliquet, E. (2020). *Hébergement des personnes en difficulté sociale : 140 000 places fin 2016, en forte évolution par rapport à 2012 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. DRESS Minima sociaux et pauvreté. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/hebergement-des-personnes-en-difficulte-sociale-140-000-places-fin>

Rickey, B., & Hennezel, C. (2016). *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes (N° 18)*. Agence nouvelle des solidarités actives.

- Sigal, M. (DREES/OS/BCL/EXTERNES), & Cabannes, P.-Y. (2019). Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. *Les dossiers de la DREES*, 46, 30.
- Warin, P. (2011). *Le renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris*. 83.
- Warin, P., Chatain, C., Chauveaud, C., Gutton, S., Moulin, J.-J., Rode, A., Sass, C., & Labbe, E. (2009). *Le non-recours aux soins des actifs précaires—Bilan de la recherche*. 11.
- Wicky-Thisse, M. (2017). *CAUSES DE RENONCEMENTS ET DE NON-RECOURS AUX SOINS PRIMAIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ* [Santé publique et épidémiologie]. Université de Franche-Comté.
- Yaouancq, F., & Duée, M. (2014). *Les sans-domicile en 2012 : Une grande diversité de situations – France, portrait social | Insee*. INSEE Références.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>

## Ouvrages

- Besozzi, T. (2020). *Idées reçues sur les SDF : regard sur une réalité complexe*. (Cavalier Bleu Eds).
- Columbier, Y. (2013). *Manuel d'alcoologie sociale* (Chronique Sociale).
- Declerck, P. (2003). *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*. (Pocket).

## Sitographie

- Laumet, D., & Lévy, J. (s. d.). *Hébergement d'urgence et stabilisation : L'accueil inconditionnel*. Consulté 16 mai 2021, à l'adresse <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/hebergement-durgence-et-stabilisation-laccueil-inconditionnel/>

<https://www.lesenfantsducanal.fr/les-enfants-du-canal/>

<https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/empp-smes>

---

# Liste des annexes

---

## Annexe 1 : Guide d'entretien résidents

→ Présentation du projet et de l'entretien

→ Confidentialité des données et accord de l'utilisateur

### I) Présentation de la personne

#### **Présentation**

- Prénom, âge
- Depuis combien de temps êtes-vous hébergé au CHS ?

#### **Centre d'hébergement**

- Participation aux ateliers « santé » mis en place ? (ANPAA, permanence d'écoute)

#### **Droits sociaux**

- Quel est votre couverture santé ? (AME, PUMA)
- Avez-vous une complémentaire santé ? (Complémentaire Santé Solidaire, mutuelle)

### II) Etat de santé et suivi

#### **Etat de santé perçue**

- Vous considérez-vous en bonne santé ?
- Comment a évolué votre santé depuis votre entrée au centre d'hébergement ?
- Avez-vous un médecin traitant ? Si non, pourquoi ?
- A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ?
- Avez-vous déjà effectué un bilan de santé ?

#### **Problématiques de santé**

- Avez-vous des problèmes de santé ?
- Depuis quand ?
- Quels ont été les premiers signes ?
- Comment évoluent-ils ? (Constant, aggravation, amélioration)

- Quelles sont les difficultés engendrées par ces problématiques au quotidien ?
- Le diagnostic a-t-il été posé par un médecin ? Si oui, quel type de médecin ?

#### **Êtes-vous suivi médicalement pour ces problèmes?**

- Êtes-vous suivi médicalement ? Par un médecin généraliste et/ou un/des spécialiste(s)
- Quel type de prise en charge vous a été proposé ? (analyse, traitements médicamenteux)
- Considérez-vous avoir eu suffisamment d'information sur votre problème de santé ?
- Quelles sont les structures de santé que vous fréquentez ou avez déjà consulté ?
- Quel type de médecin consultez-vous ?

**Est-ce que vous auriez besoin de mettre des choses en place pour vous aider au quotidien ?** (suivi médical, aides ménagères, équipements)

### III) Comportements

**Comment réagissez-vous lorsque vous avez des douleurs ou que vous êtes malade ?**

- Vous consultez immédiatement ?
- Attendez-vous avant de consulter ?
- Est-ce que vous attendez que ça passe ?
- Vous cherchez des conseils ? Si oui, où ?

**Avez-vous déjà eu des difficultés à suivre les prescriptions d'un médecin ?**

- Dans quel cas ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà arrêté un traitement avant la fin ?

**Est-ce que vous vous soignez parfois par vous-même ?** (automédication, méthodes alternatives)

- Dans quel type de cas/situation ?
- De quelle façon ?
- Pourquoi ?

### IV) Problématiques rencontrées

**Quels sont les problématiques que vous avez rencontrées dans le système de soins ?**

**Au niveau informatif**

- Comprenez-vous bien le fonctionnement du système de santé en France ?

- Arrivez-vous facilement à trouver des informations concernant votre santé ou pour vous orienter dans le système de soin ?
- Les informations des médecins sont-elles claires ?

**Au niveau « disponibilité »**

- Est-il facile de prendre rendez-vous avec un médecin ?
- Devez-vous parfois vous déplacer loin pour vos rendez-vous ?

**D'une manière générale, avez-vous confiance dans la médecine ?**

- Quelles sont vos craintes lorsque vous devez consulter ?
- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être mal soigné ?
- Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience avec un médecin ? Comment l'avez-vous vécu ?

V) Renoncement et non-recours aux soins

**Avez-vous déjà rencontré des problèmes de santé et ne pas être aller consulter ou n'en avoir parler à personne ? (Non-recours)**

- Si oui, dans quelles situations ?
- Si oui, pourquoi ?
- Dans quels cas ne consultez-vous pas ?

**Avez-vous déjà refusé des soins ou une prise en charge médicale recommandé par un professionnel ? (Renoncement)**

- Si oui, quels types de soins ? (consultations, actes médicaux, examens et analyses, achats de matériel, médicaments...)
- Si oui, pourquoi ?

**Des soins ou prise en charge vous ont-ils déjà été refusé ?**

- Si oui, lesquelles ?
- Si oui, pourquoi ?

VI) Stratégie d'adaptation

**Quand vous vous trouvez dans une situation problématique, comment la réglez-vous ?**

- Où cherchez-vous les informations ?
- Vers qui vous tournez vous ? (personnes/ institutions ressources)

**Selon-vous, que faudrait-il mettre en place pour l'obtention d'une meilleure santé ?**

- Au sein du CHS
- A l'extérieur

## **Annexe 2 : Guide d'entretien travailleurs sociaux**

### Première partie : rôle et mission

Quelles sont les missions en tant que travailleur social au centre d'hébergement de Vésale ?  
Quels sont les objectifs principaux de l'accompagnement ? (administratif, logement, insertion professionnelle, santé, vie quotidienne...)  
Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec les hébergés ?  
La santé est-elle un sujet facilement abordé lors du suivi ?  
Quels sont les missions/ types de missions que vous effectuez dans le cadre de l'accompagnement des personnes hébergées sur le plan de la santé ? (prise de rendez-vous, accompagnements physiques, aide à la compréhension des diagnostics et des traitements/recommandations médicales)

### Deuxième partie : Projet de santé

Comment construisez-vous un projet d'accompagnement en santé ?  
Quand vous avez rencontré les hébergés quels sont leurs demandes sur le plan médical ? Quels sont ces perceptions de leurs besoins, de leur état de santé ?  
Avez-vous identifié des besoins pour lesquels les personnes n'auraient pas formulé de demande ?  
Quels sont les besoins des résidents ? (A comparer avec certains points relevés)

- Comment expliquer les refus d'hospitalisation ? (Bernard et Youssef notamment)
- Comment orienter vers un suivi psychologique ?

  
Est-ce que les personnes savent à quoi elles ont droit avec la PUMA (CMU) – CCS (CMU-C) et l'AME ?  
Une proportion importante des personnes dit avoir des problèmes dentaires mais ne pense pas consulter, comment l'expliquez-vous ?

### Troisième partie : Difficultés rencontrées

Comment définiriez-vous l'aide que vous apportez ? Quels sont les effets de ces accompagnements ?  
Constatez-vous des situations où les personnes ne consultent pas ? Dans quels cas ? Comment l'expliquer ?  
A quels types de difficultés êtes-vous confrontés ?  
Comment expliquez-vous ces difficultés ?  
Et quelles stratégies mettez-vous en place pour y remédier ?

### Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées lors des entretiens semi-directifs

	Fonction	Date	Durée	Âge	Entrée au CHS	Commentaires
Entretien 1	Personne hébergée 1	Jeudi 19 novembre	49 m 58 s	42 ans	13/04/2017	
Entretien 2	Personne hébergée 2	Vendredi 20 novembre	53 m 56 s	39 ans	28/03/2013	
Entretien 3	Personne hébergée 3	Mardi 1 décembre	1 h 20 m 41 s	55 ans	18/04.2018	
Entretien 4	Personne hébergée 4	Vendredi 4 décembre	41 m 10 s	67 ans	13/08/2015	Troubles paranoïaques rendant l'entretien compliqué
Entretien 5	Personne hébergée 5	Mardi 8 décembre	1 h 10 m	69 ans	22/05/2014	Troubles dépressifs et nombreuses divagations
Entretien 6	Personne hébergée 6	Mercredi 23 décembre	12 m 07 s	41 ans	21/09/2015	Etat de stress intense et réponses courtes

Entretien 7	Personne hébergée 7	Mardi 29 décembre	27 m 28 s	70 ans	24/08/2014	
Entretien 8	Personne hébergée 8	Jeudi 31 décembre	31 m 56 s	65 ans	28/07/2016	
Entretien 9	Travailleur social 1	26 janvier 2021	1 h 05 m 52 s	-	Juin 2020	Entretien téléphonique
Entretien 10	Travailleur social 2	29 janvier 2021	45 m 05 s	-	Inconnu	Entretien téléphonique



TOCCHETTO

Julie

21 juin 2021

**Master 2**

**Pilotage des politiques et actions en santé publique**

**Le non-recours aux soins des personnes sans domicile fixe  
en centre d'hébergement et de stabilisation**

Promotion 2020-2021

**Résumé :**

Les conditions de vie à la rue sont difficiles, la faim, l'insécurité, le froid, le regard des autres ne sont pas sans impact sur la santé physique et psychique des sans-domicile fixe. Pourtant un non-recours aux soins plus important qu'en population générale est constaté. Les centres d'hébergement sont souvent une des principales issues pour sortir de la rue, et peuvent permettre de favoriser ce recours aux soins.

Ce travail s'intéresse à la manière dont un centre d'hébergement et de stabilité peut impacter le recours aux soins des populations SDF. Ainsi trois composantes principales agissant sur le recours aux soins des sans domicile fixe ont été identifiées : la structure même du centre d'hébergement et de stabilisation, le rôle joué par les travailleurs sociaux et enfin la nécessité d'un accompagnement pluriprofessionnel notamment par l'investissement des médecins traitants.

Ainsi il permet de nous montrer que l'hébergement de stabilisation peut donner la possibilité de se saisir de sa santé mais que le manque de temps et les relations interprofessionnels peuvent représenter un frein. De plus la prise en compte des « capacités » des individus doit être intégrée aux politiques publiques et dispositifs existants afin de mieux saisir l'ampleur de ce non-recours aux soins.

**Mots clés :**

Sans-domicile fixe – santé – non-recours aux soins – centre d'hébergement et de stabilisation

*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.*