



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**

**Promotion 1999 - 2001**

*Date du Jury : 26, 27 et 28 février 2001*

---

**LA SANTÉ DES JEUNES DE 16 / 25 ANS SUR LE  
TERRITOIRE DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE  
STRASBOURG :  
UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
À L'ÉPREUVE DU TERRAIN**

---

**François JOUAN**

# SOMMAIRE

I. Eléments de méthodologie.

II. Corps du mémoire

<b>Introduction</b>	P.1
<b>Première partie – Etat des lieux de la santé des jeunes les plus démunis</b>	P.5
<u>A. Obstacles à la réalisation de l'état de besoin</u>	P.5
1) Freins liés à la nature de la population concernée	P.5
2) Freins liés à la multiplicité des intervenants	P.8
<u>B. Des études épidémiologiques au vécu des intervenants du champ</u>	P.10
1) Les résultats du Baromètre Santé 2000 réalisé par l'ORSAL <sup>1</sup>	P.10
2) Etat des lieux par thématiques de santé publique	P.12
3) Une séparation artificielle sans mise en valeur du cumul des problématiques	P.23
<u>C. Propositions pour mieux connaître le terrain et l'usager</u>	P.27
1) Inclure une porte d'entrée " situation sociale " dans le prochain Baromètre Santé	P.27

---

<sup>1</sup> Voir annexe n° 2 – Index des sigles.

- 2) Collecter des données collectées pour  
favoriser une étude épidémiologique fiable P.27
- 3) Réaliser un tableau de bord spécifique sur la  
santé des jeunes à destination de tous les partenaires. P.27
- 4) Un devoir de communication. P.27

**Deuxième partie – Evaluation de la prise en charge  
globale des jeunes en situation de précarité.** P.28

A. L'accès aux soins, un objectif d'universalité imparfaitement rempli P.28

- 1) Réticences des jeunes à faire valoir leurs droits P.28
- 2) Comparaison entre les modalités de fonctionnement  
de l'ancienne aide médicale et celles issues de la  
mise en œuvre de la CMU P.30
- 3) Un couple accès aux droits / accès à la santé  
non systématique. P.33
- 4) Propositions pour renforcer l'accès aux soins P.34

B. L'architecture strasbourgeoise des soins, une prise en  
charge globale encore difficile à mettre en œuvre P.35

- 1) L'implication inégale des professionnels de santé P.35
- 2) L'investissement parallèle des acteurs du champ social P.48
- 3) Propositions pour favoriser les logiques de réseau P.51

<u>C. Une prévention qui n'atteint pas les jeunes les plus démunis</u>	P.54
1) La prévention en amont : implication des partenaires de l'Education Nationale	P.54
2) Evaluation de la prévention individuelle / collective	P.55
3) Une prévention manifestement inefficace sur tous les besoins initialement constatés	P.56
4) Propositions pour une prévention basée sur l'écoute et les échanges de pratiques	P.57
<b>Conclusion</b>	P.61
III – Annexes	P.63 et suivantes
1) Bibliographie	
2) Index des sigles	
3) Profils types	
4) Liste des entretiens	
5) Modèle de grille d'entretien	
6) Synthèse des propositions.	
7) Structures d'hébergement collectives à Strasbourg	
8) Lieux d'errance – Strasbourg Ville	
9) Localisation du service psychothérapique pour enfants et adolescents des HUS.	
10) Le mini-guide “ Adresses Santé Jeunes “ du Haut-Rhin	
11) Programme de la CRS du 09 novembre à Mulhouse sur “ la santé des jeunes “	

## ELEMENTS DE METHODOLOGIE

L'objectif relativement ambitieux de traiter de la question de la santé des jeunes les plus démunis sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg justifie le choix d'une méthodologie appropriée ; en l'absence d'étude épidémiologique et du fait de l'impossibilité pratique de réaliser une enquête auprès même des jeunes concernés, je me suis focalisé sur le vécu et l'expérience des intervenants de terrain. Il paraît évident que ces informations comportent naturellement certains biais, mais ont le mérite d'être au plus près des réalités du terrain.

Pour devenir totalement exhaustive, cette étude mériterait la mise en place d'une enquête à partir d'un questionnaire « santé » à distribuer à l'ensemble des partenaires rencontrant de près ou de loin des jeunes en situation de grande précarité. <sup>2</sup>

Je me suis cependant tenu à un certain nombre d'exigences :

- appropriation de la littérature grise recensée, concernant la problématique au niveau national mais surtout local.
- Réalisation d'entretiens<sup>3</sup> auprès d'intervenants oeuvrant dans tous les champs du « réseau de santé global », à savoir :
  - 1) l'accès aux droits
  - 2) le système de soins
  - 3) la prévention
- dans le cadre de mes stages « population » et « d'exercice professionnel », j'ai pu participer à des réunions abordant la question :
  - réunion de travail du comité de pilotage PRAPS 67 : « accès aux soins dans les CHRS » - 13 janvier 2000

---

<sup>2</sup> Voir annexe n° 6 – Synthèse des propositions.

<sup>3</sup> Voir annexe n° 4 – Liste des entretiens et annexe n° 5 – Modèle de grille d'entretien.

- réunion sur la situation budgétaire de l'Association d'Accueil et d'Hébergement des Jeunes du 11 février 2000
  - réunion d'échanges « PRAPS Grand Est » des 23 et 24 octobre 2000
  - participation à la réunion de l'observatoire de la CMU du 02 novembre 2000
  - participation à la Conférence Régionale de Santé du 09 novembre dernier portant sur « la santé des jeunes » et spécifiquement à l'atelier *“ du mal être au bien être des jeunes.”*
- dans le cadre de mon stage d'exercice professionnel, j'ai initié un recensement des actions existant sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg.
  - pour chacune des deux parties, j'ai cherché à réaliser une synthèse des éléments et informations recueillies pour ensuite élaborer des axes de travail et des propositions. Il m'a paru plus judicieux ne pas décaler les propositions des constats faits initialement.
  - définition de quelques concepts utilisés :

**La précarité** est *“ un état d'instabilité sociale se caractérisant par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et à leurs familles, d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales.”*<sup>4</sup>

**L' exclusion** est plus un processus cumulatif qui fait référence à la désinsertion sociale, psychologique et économique d'individus cumulant le plus souvent un dénuement de ressources et de moyens. *“ L'exclusion est cette chute simultanée dans les trous béants de notre vie sociale : exclusion vis-à-vis du travail, de l'échange social et de l'identité personnelle.”*<sup>5</sup> Selon la Ligue des Droits de l'Homme, ces personnes échappent *“ au filet de la protection sociale et se heurtent à de réels obstacles pour accéder aux soins.”*<sup>6</sup>

**L'errance des jeunes** est

- *“ soit le temps passé dans la rue, entre deux situations qui ne sont pas à proprement parler de l'errance. Par exemple, quand un jeune est hébergé*

---

<sup>4</sup> J. WRESINSKI – Rapport au Comité Economique et Social – 1987.

<sup>5</sup> JB DEFOUCAULT et D. PIVETEAU – *Une société en quête de sens* – Ed. odila Jacob - 1995

<sup>6</sup> Ligue des Droits de l'Homme – *L'hôpital aujourd'hui* – 1994.

*plusieurs mois dans un CHRS, il cesse d'être errant au sens strict, même si sa situation est précaire.*

- *L'ensemble du parcours, marqué par une succession de passages d'une situation à une autre. En ce sens, l'errance constitue une des manifestations croissantes des jeunes à accéder à une situation suffisamment pérenne.*

*Il est donc plus pertinent de parler de situations d'errance que d'errants, comme s'il s'agissait d'une caractéristique stable de la personne. Car, pour de nombreux jeunes, l'errance est plus intersticielle que permanente.”<sup>7</sup>*

---

<sup>7</sup> F. Chobeaux et M.Hirtz, *Accueillir l'errance, diagnostic partagé sur l'errance des jeunes*, Direction de l'Action Sociale, 1998.

***En guise de remerciements.....***

***Que tous les agents du service des politiques sociales de la DDASS du Bas-Rhin, et particulièrement Karine Stebler, soient remerciés de l'accueil qui m'a été réservé.***

***Désolé de n'avoir eu le temps matériel d'organiser un petit pôt de départ, mais l'administration sanitaire et sociale étant mouvante par nature, peut-être se reverrons-nous après quelques années passées en forêt amazonienne...***

***Merci également à tous les intervenants rencontrés, pour leur disponibilité et l'attention qu'ils ont bien voulu porter à mes préoccupations.***

***Respect et dévouement pour Gabriel Lecouvreur, dont les aventures poulpesques m'ont souvent permis de supporter les longues soirées hivernales rennaises.***

***Merci enfin à Cathy, pour sa patience, sa présence.... et surtout ses rires !!!***

Commençons par cette réflexion qui m'a été adressée lors des travaux préparatoires à l'élaboration de ce mémoire : *“ tout a été fait et dit sur les jeunes les plus démunis, notamment sur la question de l'errance.”* Et d'entendre alors les arguments selon lesquels la prévention et l'éducation à la santé seraient naturellement difficiles à réaliser auprès d'une population dont l'âge mène à adopter des comportements à risque : les expérimentations et autres *“ aventures ”* seraient consubstantielles à ce moment de passage vers l'âge adulte.

L'intérêt et la justification de ce mémoire proviennent à mon sens de la combinaison d'un certain nombre d'éléments subjectifs et objectifs.

Subjectifs tout d'abord car 10 années de vie et d'observation du tissu social à Strasbourg m'ont amené à réaliser ces quelques constats :

- l'image de Strasbourg est celle d'une cité dynamique, multiculturelle et dotée d'une politique urbaine originale, comme en témoigne la stratégie en matière de transports publics.
- cette image est cependant écornée depuis quelques années par la croissance des incivilités, les incendies de voitures au Nouvel An dans les quartiers dits *“ sensibles ”*, mais aussi, phénomène moins médiatisé, par l'augmentation récente du nombre de jeunes précaires à la rue ou en *“ errance ”*.

Ce dernier constat fait en tant que citoyen est corroboré par des indicateurs plus objectifs.

D'après le dernier recensement, le rythme de croissance démographique au sein de la région Alsace est deux fois supérieur au taux de croissance de la France métropolitaine ( 0,7 % en Alsace contre 0,3 % par an au niveau national ). Phénomène encore plus prégnant sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg, celle-ci connaît un taux de croissance de 6 % par an, soit 263 000 habitants au sein de la ville de Strasbourg et plus de 450 000 habitants dans l'ensemble de la CUS.<sup>8</sup>

La population de la CUS est de plus en plus jeune<sup>9</sup> et profite d'un tissu socio-économique dynamique : le taux de chômage rapporté à l'échelle nationale est relativement faible ( 8 % de la population active ) et on recense 4500 demandeurs d'emploi au sein de la

---

<sup>8</sup> QUANTILES – I.N.S.E.E Alsace ; n° 68 ; juillet 1999.

<sup>9</sup> 40% de la population strasbourgeoise est âgée de moins de 25 ans, Libération du 15 décembre 2000.

CUS. Ces chiffres masquent cependant un accroissement des inégalités sociales : “ (...) ils ne traduisent qu’une partie de la réalité. Les jeunes chômeurs recensés par l’ANPE ne représentent qu’une faible porportion des jeunes en phase d’insertion. Quant aux jeunes accueillis par la Mission Locale (...), ils représentent encore une autre partie des jeunes. Les entités ainsi délimitées ne se recoupent donc que partiellement. Et il demeure une grande inconnue : le nombre réel de jeunes qui ont besoin d’un soutien.”<sup>10</sup>

La MLS ( antenne ville et quartiers ) est en contact avec environ 8000 jeunes par an :

- un tiers d’entre eux vit une courte phase d’insertion et a besoin de conseils
- un tiers requiert un accompagnement de 3 ans, les jeunes ayant recours à l’éventail des mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics ( Etat et collectivités locales ), telles que mesures qualifiantes ou soutien financier ponctuel dans le cadre du Fonds d’Aide aux Jeunes.
- un dernier tiers représente des jeunes en très grande difficulté, nécessitant un accompagnement individualisé : “ cette catégorie ne cesse de croître depuis dix ans et atteint aujourd’hui quelques 2000 personnes, qui cumulent les difficultés.”<sup>11</sup>

Ce constat est d’ailleurs étayé par d’autres indicateurs démontrant le rajeunissement des résidents fréquentant les structures d’hébergement d’urgence et / ou les Centres d’Hébergement et de Réinsertion Sociale.

L’Alsace et Strasbourg en particulier représentent en fait une force d’attraction pour des populations jeunes fortement précarisées, en raison de la situation géographique transfrontalière, du niveau de vie, du marché du travail local, ainsi que d’une meilleure couverture sociale et sanitaire.

Si les thématiques de l’insertion professionnelle et de l’hébergement sont récurrentes dans les parcours de ces personnes, le volet santé n’est que rarement au centre de leurs préoccupations. Malgré le dispositif d’accès aux soins et de prévention, l’accroche sur la problématique santé est difficile à réaliser.

---

<sup>10</sup> *Chômage des jeunes et insertion professionnelle en France et en Allemagne – regards croisés sur les politiques menées par la ville de Stuttgart et la Communauté Urbaine de Strasbourg ; Centre d’Information et de Recherche sur l’Allemagne Contemporaine avec la collaboration de W. Neumann ( Deutsch-französiches Institut ) ; printemps 1999.*

<sup>11</sup> Rapport d’activités de la Mission Locale de Strasbourg – année 1999.

Lorsque la question de la santé est abordée ou quand l'utilisateur a recours au système de soins, le contact avec les institutions sanitaires ne se fait pas à bon escient et / ou trop tardivement ; de plus, les difficultés relevées se concentrent sur certains problèmes tels que odontologie, gynécologie-obstétrique, troubles du comportement alimentaire, rythme veille / sommeil peu harmonieux, prévalence des conduites à risque ( alcoolisme, toxicomanies, sexualité non protégée ), problèmes d'ordre psychologique.

Cette préoccupation rejoint d'ailleurs totalement celle de l'administration sanitaire et sociale en Alsace puisque le thème de la dernière Conférence Régionale de Santé<sup>12</sup>, organisée le 09 novembre 2000 à Mulhouse, portait justement sur " la santé des jeunes " ; de plus, sur les 65 orientations fixées au sein des fiches – actions inscrites dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, 33 concernent peu ou prou le thème de la santé des jeunes en difficulté<sup>13</sup>.

Je propose en conséquence de délimiter mon champ d'étude à :

- une population spécifique : les jeunes âgés de 16 à 25 ans, à savoir des jeunes en situation d'errance à ceux inscrits dans le dispositif TRACE
- sur un territoire géographique précis, celui de la Communauté Urbaine de Strasbourg en axant en priorité l'étude sur la Ville même de Strasbourg.

Le cadre étant posé, j'essaierais d'apprécier pourquoi la dimension de santé est-elle difficile à prendre en compte dans les parcours et les dispositifs d'insertion des jeunes en difficulté. Mon propos ne consistera pas à décrire ce que certains appellent déjà les " pathologies de la pauvreté ", ni à entretenir le rêve de " l'insertion par la santé " : il paraît plus opérant de rechercher de quelle manière la santé est prise en compte dans une démarche globale d'insertion, tant par les jeunes concernés par le champ d'étude que par les réponses proposées par les pouvoirs publics.

Pour ce faire, il s'agira :

---

<sup>12</sup> Annexe n° 11 – Programme de la CRS

<sup>13</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Préfecture de la Région Alsace ; Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins ( 2000 – 2002 ), validé par arrêté préfectoral en date du 03 avril 2000.

- de reproduire un portrait le plus fidèle de l'état de santé des jeunes les plus démunis sur le territoire de la CUS.

- d'évaluer le fonctionnement du réseau de santé global et la prise en charge socio-sanitaire de la population étudiée ; j'entends par " réseau de santé global " l'ensemble des 3 volets qui composent la thématique santé, à savoir :

1) l'accès aux droits, notamment depuis la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle. Celle-ci permet-elle une universalité effective de la protection sociale de base et complémentaire ? Facilite-t-elle la sensibilisation à la santé ?

2) le recours au système de soins : comment se fait l'articulation entre les besoins en terme de santé des jeunes en insertion et l'offre de services qui leur est destinée ?

3) Le fonctionnement et la faisabilité de la prévention et de l'éducation à la santé : les messages de prévention atteignent-ils la cible des jeunes les plus démunis ? le foisonnement d'institutions et d'opérateurs agréés pour oeuvrer dans le champ de la prévention représente-t-il un vecteur d'autant plus large de diffusion de l'information, ou n'a-t-il pas pour conséquence de créer un obstacle supplémentaire à l'efficacité de la prévention, pour une population a priori réticente aux projections car vivant dans l'immédiateté ?

## Première partie – Etat des lieux de la santé des jeunes les plus démunis

Dresser un état des lieux de la santé des jeunes en situation de grande précarité bute sur certaines contraintes, à commencer par la difficulté à recenser le nombre exact de jeunes en errance ou en voie de grande marginalisation sur le territoire de la CUS<sup>14</sup>.

En l'absence d'une étude épidémiologique concernant spécifiquement le champ de l'étude, les chargés de mission de l'ORSAL assurent de la pertinence des informations relevées par les institutions et associations oeuvrant pour l'insertion des jeunes en situation de précarité : d'après Mme Schauder, ces données *“ ne sont pas utilisées à leur maximum ou parfois se perdent, alors même qu'elles permettent d'élaborer des constats cliniques. ”*

### **A. Obstacles à la réalisation de l'état de besoin.**

La difficulté d'un recensement des besoins a des causes liées à la nature de la population concernée – il paraît d'ailleurs complexe de quantifier celle-ci - , mais est également le reflet de contraintes d'ordre institutionnel : les lois de décentralisation de 1982-83 et 1986 ont a priori clairement délimité les champs de compétence de chacun des acteurs / partenaires, mais force est de reconnaître leur manque de lisibilité sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg.

Les éléments relevés au sein des rapports d'activité et par le truchement des entretiens m'ont permis d'élaborer l'état des lieux ; en outre, cette pratique découle naturellement de l'objectif d'être au plus proche des préoccupations des acteurs et des usagers.

#### **1) Freins liés à la nature de la population concernée.**

*a) Celle-ci est difficilement quantifiable.*

Mener une politique de santé publique opérationnelle à destination des jeunes exige de réunir un certain nombre de conditions : afin de mobiliser les données locales, il est essentiel de partir de la fiche d'identité du territoire d'étude concerné pour ensuite croiser des informations d'origines diverses. Il s'agit des données :

---

<sup>14</sup> Voir annexe n° 3 – Les profils types.

- socio-démographiques départementales sur les jeunes fournies par l'INSEE
- sur les jeunes scolarisés et les étudiants.
- sur la situation professionnelle des jeunes à la sortie du système scolaire
- sur certains groupes particuliers : les jeunes les plus défavorisés socialement sont ceux qui sont suivis en Missions Locales et en PAIO, ceux qui vivent dans les zones urbaines précarisées ( statistiques socio-démographiques établies pour les dossiers " contrats de ville " ), ceux qui vivent ou sont menacés de vivre une situation de maltraitance ( statistiques établies par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Général.)<sup>15</sup>

C'est surtout l'appréciation du nombre de jeunes en situation d'errance qui pose difficulté sur le territoire de la CUS. Des études ont cependant cherché à recenser le nombre de sans domicile fixe vivant sur le territoire strasbourgeois.<sup>16</sup>

**Tableau 1 - Recensement des sans domicile et incohérence statistique.**

Structures municipales d'hébergement	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	Personnes vivant dans la rue ( après enquête " one blitz night " )
422 personnes dont 52 enfants	237 personnes dont 73 enfants	226 personnes
<b>Total au 05 mars 1995 : 659 personnes en structure – 226 à la rue<sup>17</sup></b>		

Hébergement d'urgence hors CHRS	SDF aidés par le bureau d'aide sociale	Population errante - Squatts - Logements précaires
350 / 400 personnes	750 / 800 personnes	2000 / 3000 personnes
<b>Total pour 1997 : entre 3100 et 4200 personnes.<sup>18</sup></b>		

Face à cette incohérence, une comparaison entre les statistiques en matière d'hébergement municipal de l'année 1999 et celles de 2000 est plus parlante.

<sup>15</sup> *Mener un programme en santé des jeunes, Guide de conduite à l'échelle départementale ou locale*, Ministère du Travail et des Affaires Sociales – Fondation de France, 1<sup>er</sup> trimestre 1996.

<sup>16</sup> Annexe n° 8 – Lieux d'errance – Strasbourg-Ville

<sup>17</sup> CREAL Alsace – *Expérimentation d'une enquête sur les personnes sans abri dans le territoire de la CUS*, 1995.

<sup>18</sup> M. Kuczowsky, Coordinateur du service solidarité de la CUS – année 1997.

Les statistiques ci-après reproduites ne peuvent donner qu'une idée sur l'évolution de la place des jeunes, puisque la variable " âge " ne répertorie que les plus de 30 ans; les moins de 30 ans, les enfants en bas-âge et les bébés.

**Tableau 2 – comparatif 1999 / 2000 des statistiques d'hébergement d'urgence.**

Mois de référence	1999			2000		
	+ de 30 ans	- de 30 ans	Enfants / bébés	+ de 30 ans	- de 30 ans	Enfants / bébés
Janvier	4938	<b>2891</b>	394	5253	<b>3597</b>	514
Février	4869	<b>2662</b>	377	4146	<b>3218</b>	381
Mars	5537	<b>2913</b>	403	4967	<b>3041</b>	319
Avril*	4344	<b>1470</b>	338	4058	<b>2607</b>	543

\* les statistiques du Bastion n'ont pas été répertoriées du fait de sa fermeture pour cette période. Source : ville de Strasbourg ( octobre 2000 )

Ces chiffres confirment les observations et constats faits par les intervenants de terrain :

- l'augmentation d'une année sur l'autre du nombre de personnes ayant recours au dispositif d'hébergement d'urgence municipal
- la féminisation des publics accueillis
- la croissance du nombre de jeunes, voire des très jeunes.

On peut affiner ces chiffres en les rapprochant des statistiques établies par le Club de prévention " l'Etage ". Celui-ci est un des plus importants, sinon le plus important lieu d'accueil pour les jeunes sans domicile stable. L'Etage est ainsi agréé pour l'élection de domicile des jeunes rencontrés.

Le nombre de domiciliations postales effectuées par l'Etage est en augmentation permanente : 125 en 1992, plus de 300 en 1995, 457 en 1997 et 1079 en mars 1998. Plus de 600 domiciliations sont aujourd'hui " actives ", c'est-à-dire que les jeunes reçoivent du courrier et viennent le chercher.<sup>19</sup>

La croissance du nombre de jeunes en situation de précarité sur le territoire de la CUS peut expliquer en partie les difficultés de fonctionnement de l'Association d'Accueil et d'Hébergement des Jeunes.

<sup>19</sup> Rapport d'activité du Club de Jeunes l'Etage – mai 2000.

*b) La santé n'est pas leur préoccupation majeure.*

Outre la difficulté à recenser le nombre effectif de jeunes précaires, la santé n'est pas leur priorité, les intervenants rencontrés expliquant cette situation par le cumul des arguments suivants :

- \* les demandes des jeunes concernent d'abord leur niveau de ressources, leur insertion professionnelle ( emploi et / ou formation ) ou leur situation au regard du logement.
- \* la question de la santé ne peut être abordée efficacement sans une démarche de suivi de longue durée, or les demandes des jeunes appartiennent surtout au registre de l'immédiateté.
- \* la santé relève du rapport qu'on entretient avec son propre corps, donc de la sphère de l'intimité de chacun. Entre intimité et secret, il existe une frontière ténue que les jeunes n'hésitent pas à franchir pour ne pas communiquer leur représentation de la santé, voire, plus grave, sur leurs problèmes médicaux ou paramédicaux.

L'argument de l'intimité n'est pas seulement avancé par les jeunes, mais peut aussi refléter la position des acteurs de l'insertion sociale et professionnelle : santé et secret médical sont encore très liés, comme en témoigne le débat actuel sur la pertinence de la médicalisation des CHRS. ( cf 2<sup>ième</sup> partie ).

L'élaboration de l'état de besoin est rendue complexe par la nature du public concerné, mais résulte également de la diversité des acteurs / partenaires compétents dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficultés.

## **2) Freins liés à la multiplicité des intervenants.**

La variété des intervenants oeuvrant dans le champ de l'insertion des jeunes en difficulté confine à l'absence de lisibilité pour ce qui concerne les questions relatives à la santé des jeunes les plus démunis : l'usager peut ainsi se perdre dans ce que Chantal Nicole-Drancourt appelait en 1991 le " labyrinthe de l'insertion ".

**Tableau 3 – Acteurs responsables de la problématique “ santé “.**

<b>CHAMP D’ACTION</b>	<b>ORGANISMES ET CHEFS DE COMPETENCE</b>
<b>L’accès aux droits ( C.M.U. )</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- instruction : associations agréées<sup>20</sup></li> <li>- attribution : CPAM de Strasbourg sur délégation du Préfet</li> <li>- contentieux : DDASS du Bas-Rhin</li> </ul>
<b>Le réseau de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soins courants : médecin généraliste, hôpital ( services et unités fonctionnelles + PASS ), médecine scolaire, médecine du travail</li> <li>- soins spécialisés : spécialistes, CHS, CCAA, CSST</li> </ul>
<b>La prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- primaire : Education Nationale, parents</li> <li>- spécialisée : services de l’ASE ( Conseil Général )</li> <li>- prévention et éducation à la santé : DRASS / CRAMAM / CPAM / collectivités locales...</li> <li>- associations agréées en matière de prévention des conduites à risque et lieux d’accueil et d’écoute ( PAE )</li> </ul>
<b>L’insertion et la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission Locale ( Antenne Ville et quartiers ) : écoute – orientation vers le dispositif de soins – inscription dans le parcours TRACE</li> <li>- Formation : le Conseil Régional propose aux stagiaires de la formation professionnelle la possibilité de réaliser un bilan de santé ( Convention Conseil Régional / CRAMAM / CPAM )</li> </ul>

Ce tableau non exhaustif reflète l’architecture du système sanitaire français : il repose sur une sectorisation par type d’activité ( préventive – curative ), par population ( usagers de drogue dépendants, alcoolo-dépendants, personnes infectées par le VIH... ), par âge ( enfants, adultes ), par pathologie ( gynécologie, dentaire, dermatologie...).

La répartition verticale des compétences présente a priori l’avantage de proposer une prise en charge globale ( qui fera l’objet de la 2<sup>ème</sup> partie ), mais a pour conséquence de renforcer la difficulté à réaliser un état de besoin : le croisement des compétences implique des sources d’informations hétérogènes, donc difficiles à agréger.

Face au cumul de ces contraintes, il n’en demeure pas moins essentiel de dresser un portrait le plus fidèle de l’état de santé des jeunes les plus démunis sur le territoire de la CUS.

---

<sup>20</sup> À Strasbourg, 13 organismes ou associations qui peuvent être amenés à rencontrer des jeunes précaires sont agréées pour l’instruction de la demande CMU : il s’agit de “ Horizon Amitié “, “ La Cité Relais “, “ Antenne “, “ le Centre d’Accueil et de Soins “, association d’Entraide “ le Relais “, “ l’Etage “, “ l’Association du foyer Notre-dame “, “ Le Mouvement familial d’Alsace “, “ Caritas – Secours Catholique “, “ le Cap “, “ le Mouvement du Nid “, la CRAMAM et le CCAS de la Ville de Strasbourg.

## **B. Des études épidémiologiques au vécu des intervenants du champ.**

A partir des indicateurs relevés par l'ORSAL au sein de son " Baromètre Santé 2000 " et des observations faites par les acteurs de terrain, on peut dresser un état des lieux le plus proche des réalités du terrain.

Au final, il importera d'insister sur la prévalence des situations de cumuls de problématiques.

### **1) Les résultats du Baromètre santé 2000.**

Les habitudes préjudiciables à la santé se prenant le plus souvent jeunes - en particulier au moment de l'adolescence - la première Conférence Régionale de Santé de septembre 1995 avait ciblé les jeunes comme public prioritaire de l'action des pouvoirs publics en Alsace. Cette priorité a été confirmée par les Conférences Régionale et Nationale de 1997. C'est dans le cadre de la CRS du 09 novembre dernier à Mulhouse que l'ORSAL a élaboré le Baromètre Santé Jeunes régional.

Il repose sur des enquêtes téléphoniques auprès d'échantillons représentatifs de la population : les résultats se basent sur des entretiens réalisés avec 1 237 jeunes âgés de 12 à 25 ans.

- Environ 65 % des garçons et 48 % des filles déclarent " *se trouver tout à fait bien comme il faut* ". ( 70 % et 48 % au niveau national ).
- en Alsace, 6,5 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent avoir pensé au suicide dans les 12 derniers mois ( seulement 1/3 en a parlé à quelqu'un ). Ces chiffres se situent en deçà de la moyenne nationale.
- 13,9 % des jeunes ont un poids supérieur à la normale ( proportion quasiment identique à la moyenne nationale )
- 34,7 % des jeunes alsaciens déclarent fumer.( France : 37 % ). La prévalence du tabagisme augmente rapidement avec l'âge : 11 % à 12-14 ans, 47,4 % à 18-19 ans pour se stabiliser à partir de la majorité ( environ un jeune sur deux déclare fumer ). Notons qu'un jeune sur deux déclare vouloir arrêter de fumer.
- Environ 8 jeunes sur 10 déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 derniers mois ; un jeune sur 5 déclare avoir consommé de l'alcool la veille de l'entretien ; 1 jeune sur 4 déclare avoir été ivre au cours des 12 derniers mois. Près de

25% des garçons déclarent consommer<sup>21</sup> de l'alcool en Alsace ( plus de 30 % au niveau national ) ; cela concerne un peu moins de 10 % des filles ( plus de 12 % au niveau national.).

- Plus du quart des jeunes interrogés déclarent avoir consommé du cannabis, 3,2 % auraient consommé de l'ecstasy, 2,8 % du LSD ( ou des acides ). Notons ici que si moins d'un jeune sur quatre déclare être favorable à la légalisation de la consommation de cannabis en Picardie et en Nord-Pas-De-Calais, cette opinion est partagée par plus d'un jeune sur trois en Alsace.
- Un jeune sur 5 déclare avoir eu un accident ayant nécessité une consommation médicale au cours des 12 derniers mois ; un garçon sur quatre, entre 20 et 25 ans, déclare avoir pris un risque par plaisir ou par défi.
- Parmi les jeunes de 15 / 25 ans sexuellement actifs, 87,3 % des garçons et 89,6 % des filles déclarent “ *faire quelque chose pour éviter la grossesse* ” ; l'usage du préservatif masculin au cours des rapports ne concerne que 51,5 % des garçons et 38,6 % des filles, soit nettement moins que lors des premiers rapports.
- Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquenté par les jeunes de 12 à 25 ans : 77,4 % d'entre eux en ont consulté un au cours des 12 derniers mois, avec une moyenne de 3,6 consultations. Ils sont 72,2 % à déclarer avoir rencontré un dentiste au cours des 12 derniers mois ( moyenne nationale de 62,3 % ).

Ces indicateurs démontrent un état de santé relativement bon des jeunes alsaciens ; cependant, il semble nécessaire de les relativiser pour l'objet d'étude qui nous concerne :

- la méthodologie de l'enquête par téléphone comporte des limites car elle majore naturellement les résultats ( phénomène de sous-déclaration. ) Les jeunes ciblés par l'étude sont d'abord et avant tout en errance : ils ne disposent donc ni d'adresse, ni de ligne téléphonique fixe. Selon N. Schauder, laquelle a participé à l'élaboration du Baromètre, “ *la difficulté de cette population, c'est déjà de la connaître. Les enquêtes sont réalisables pour des populations captives ( lycées, facultés, FJT, Centres d'accueil en urgence, CHRS...) non pour des populations dites filantes.*”
- Le baromètre est réalisé à l'échelle régionale ; l'étude étant centrée sur le territoire de la CUS, on peut faire l'hypothèse selon laquelle les comportements à risque sont plus fréquents au sein d'un territoire urbain concentré comme celui de la CUS.

---

<sup>21</sup> Consommer : plusieurs fois par semaine et / ou qui ont connu plus de deux ivresses au cours des douze derniers mois.

- Les entretiens téléphoniques ne mentionnent aucun élément sur la situation sociale des interviewés. L'ORSAL a d'ailleurs pour projet d'affiner ces données : *“ par ailleurs, la dimension sociale explique vraisemblablement certains comportements observés. Celle-ci n'a pu être analysée dans le cadre de ce premier document, elle le sera ultérieurement.”*<sup>22</sup>

En fonction de ces limites, il paraît impératif de croiser les données avec celles relevées par les acteurs intervenant sur le territoire de la CUS.

## **2) Les constats par thématique de santé publique réalisés par les intervenants de terrain.**

J'ai choisi de me baser sur les éléments issus du rapport commandé par la DDASS du Bas-Rhin dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du PRAPS<sup>23</sup> ainsi que sur les informations relevées lors des entretiens.

Afin de repérer les principales problématiques de santé, il faut distinguer les pathologies statistiquement les plus fréquentes des pathologies qualitativement plus lourdes à prendre en charge.

### *a) pathologies statistiquement les plus fréquentes.*

- les équipes sociales et professionnels de santé intervenant dans les CHRS<sup>24</sup> s'accordent pour affirmer que les publics accueillis présentent les mêmes pathologies que la population générale : il y a donc une recrudescence traditionnelle des problèmes ORL l'hiver et dermatologiques l'été. De plus, il est logique de constater qu'un CHRS recevant une majorité de femmes recensera une proportion accrue de problèmes urogénitaux. Le rapport établi par B. Garcia, permanent régional de la FNARS ainsi que L. Mesguen, psychologue clinicienne, relèvent que *“ les intervenants récusent la thèse selon laquelle il existerait des pathologies de la pauvreté.”*

---

<sup>22</sup> Baromètre Santé – Premiers résultats 2000. Les jeunes de 12 à 25 ans en Alsace. ( ORSAL ).

<sup>23</sup> *L'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du Bas-Rhin* ; rapport commandé par la DDASS 67, réalisé par la FNARS région Alsace ( juillet 2000 ).

<sup>24</sup> Cf annexe n° 7 – Les structures collectives d'hébergement à Strasbourg.

- Cette position de principe ne relève pourtant pas les constats décrivant *“ l'état de santé dégradé ”* des résidents. Du fait des *“ ravages quotidiennement inscrits sur le corps par les conditions de vie précaires sur le plan économique, social et psychologique ”* ; les résidents des CHRS ainsi que les jeunes en errance souffrent de pathologies plus identifiables.

**- malnutrition :** l'absence d'équilibre alimentaire crée à terme des carences en protéines et en vitamines. Selon P. Stephann, responsable de VILAJE - une équipe de prévention spécialisée travaillant dans certains quartiers identifiés comme lieux d'errance - , *“ ce n'est pas tant la quantité de nourriture qui pose problème que la diversité des repas. Le traditionnel Doner Kebab est à la rigueur le repas le plus équilibré. De plus, il faut faire une différence entre deux types de jeunes : ceux qui ont été éduqués à la nourriture et qui savent, tant bien que mal se faire des repas équilibrés, et ceux qui n'ont que la culture “ Mac Do ” pour qui la question des habitudes alimentaires pose problème. Une étude ethnologique sur ces habitudes alimentaires révélerait sans doute des surprises. ”*

Ce dernier constat renvoie à un phénomène plus large d'évolution des publics de la rue : selon l'équipe de VILAJE, les analyses de l'écologie urbaine nous enseignent que *“ nous avons face à nous la première génération de véritables urbains, nés dans les années 1970, qui n'ont plus aucun contact avec la campagne. Ils ont donc perdu l'idéal de production et passent au stade de la consommation en sautant l'étape de production. En l'absence de moyens financiers, c'est la prédation qui devient une ressource comme une autre. ”*

Pour le Docteur MONSCHE, lequel soigne des patients sans domicile fixe au sein de l'Escale Saint Vincent ( accueil médicalisé situé en centre ville, comprenant 5 lits d'hospitalisation ), les problèmes de nutrition doivent être traités avec attention : *“ nombreux sont les ulcères à soigner pour les personnes qui n'ont pas mangé depuis longtemps. Un travail de prévention est à faire auprès de jeunes en errance, car ils arrivent à l'Escale avec un rythme alimentaire irrégulier et subissent le contrecoup d'une nourriture tout à coup trop riche. ”* Le Dr Monsche raconte ici le cas d'un jeune qui, à peine arrivé, a mangé une orange, provoquant ainsi un début d'ulcère.

**- problèmes dentaires :** selon une infirmière réalisant des permanences dans les centres d'hébergement municipaux, les jeunes arrivent régulièrement avec des problèmes dentaires urgents ( caries, abcès...). *“ Le suivi de la situation dentaire exige*

*un travail sur la durée : il faut 10 à 15 consultations pour remettre en état une dentition dégradée. “*

Le Docteur V. Baas, qui effectue des permanences au sein des structures d'Horizon Amitié ( SARS, Foyer Millot, Foyer Prechter, Accueil Printemps et Hébergement d'Urgence Koenigshoffen ), aide à régler des problèmes dentaires comme l'extraction de plusieurs dents ou la mise en place de prothèses : *“ cette dernière démarche est la plus difficile car les 3 étapes – perspective d'une extraction, attente de cicatrisation, familiarisation avec la prothèse – inscrivent les personnes dans la durée alors qu'elles ont appris à vivre selon un principe d'immédiateté.”*

S'il est difficile de quantifier l'importance de ces problèmes dentaires parmi les jeunes précaires à Strasbourg, la majorité des intervenants souligne leur aspect récurrent ; en outre, une dentition dégradée peut générer des atteintes organiques connexes telles que problèmes staturo-pondéraux, digestifs...

**- d'autres problèmes liés aux conditions de vie** : selon le rapport de la FNARS, *“ les problèmes ostéoarticulaires, rhumatologiques, dermatologiques, respiratoires ou encore de diabète, restent l'apanage principal des personnes que l'errance soumet aux agressions externes répétées et au manque d'hygiène systématique. Cela se confirme également à travers l'existence plus ponctuelle, mais aiguë par l'absence de soins, de divers problèmes de podologie, traumatologie, parasitoses et d'hépatites. “*

Les conditions de vie à la rue aggravent la nature des pathologies dont souffrent les jeunes en situation d'errance : de plus, le fait de dormir à la rue ou en centre crée un rythme veille / sommeil évidemment peu harmonieux.

En matière de soins optiques, des demandes de FAJ concernaient jusqu'à la mise en place de la CMU le remboursement des lunettes. Cependant, on peut s'interroger sur la valeur attachée à la “ lunette Sécu “ : M. Haller, Directeur du FJT l'Arc en Ciel, estime que *“ personne ne veut porter la lunette Sécu et il n'existe pas de verres progressifs dans le panier de soins. ”* Cela atteste l'idée selon laquelle la CMU renforcerait la stigmatisation des publics précaires. ( constat valable pour les soins dentaires : pour M. Haller, *“ la prothèse de base a un look horrible. ”* )

Face à la croissance d'un public jeune et féminin vivant à la rue ou en structure collective d'hébergement, des problèmes d'ordre gynéco-obstétrical sont de plus en plus récurrents.

Selon le professeur Baldauf, l'Hôpital de Hautepierre réalise environ 3700 accouchements et 900 à 1000 interruptions volontaires de grossesse par an : certaines IVG sont pratiquées pour des populations en situation très précaire, n'ayant aucun moyen de contraception. Des sages-femmes de la Maternité du centre-ville rencontrent dans leur pratique professionnelle de plus en plus de jeunes mères ne bénéficiant d'aucun soutien conjugal ou familial. Sans moyen de contraception ou orientation par le CPEF, elles arrivent régulièrement à terme sans suivi gynécologique préalable.

*b) Pathologies qualitativement plus lourdes.*

Il s'agit ici de répertorier un certain nombre d'indicateurs relatifs à des pathologies complexes à prendre en charge car :

- elles impliquent souvent de faire le lien entre responsabilité juridique et responsabilité médicale
- les traitements et protocoles médicaux proposés exigent un suivi de longue durée, parfois peu compatible avec les conditions de vie des usagers : la faisabilité de leur prise en charge agit comme un véritable miroir de la volonté d'insertion des jeunes précaires.

• **les dépendances au sens du plan d'action triennal de 1999.**

**- alcool / tabac :** le rapport réalisé par la FNARS sur l'accès aux soins dans les CHRS nous enseigne que les cas d'alcoolisme "*touchent quand même majoritairement les hommes de plus de 40 ans accueillis seuls.*" Les situations d'alcoolisation concernent cependant "*toutes les catégories de personnes hébergées*" et demeurent fréquentes au sein des structures collectives d'hébergement ; il faut cependant faire une nuance entre les CHRS et les accueils de jour ou d'urgence : "*prohibant unanimement l'introduction d'alcool ou de toxiques à l'intérieur des murs, les accueils de jour ou d'urgence sont pourtant confrontés de manière plus massive à l'augmentation des addictions que les CHRS, dans la mesure où l'admission des personnes ne requiert pas l'adhésion à un projet.*"

Il est impératif d'articuler ces tendances générales avec celles relevées par le Programme Régional de Santé 2000 / 2004<sup>25</sup>, en se basant notamment sur les indicateurs relevés par l'ORSAL en 1998.

L'Alsace produit plus de la moitié de la production nationale de bière ; entre 1982 et 1992<sup>26</sup>, le nombre de débits de boisson ayant la licence IV a baissé de 10 % ( soit une évolution conforme à celle de la moyenne nationale ) mais c'est oublier que 64 % de la vente de bière se fait en circuit alimentaire ( dont à 90 % en supermarché ).

Les données relatives à la consommation d'alcool en Alsace montrent pour 1993 que 5 % des ménages consomment plus de 69 litres de bière par personne par an, soit 4,6 fois plus que le consommateur moyen.

Une enquête du CFES<sup>27</sup> indique une évolution inquiétante des comportements des jeunes interrogés : entre 1994 et 1995, une augmentation de la consommation se traduit par la croissance des consommateurs occasionnels et de la consommation d'alcool fort : un signe alarmant concerne les préadolescents puisqu'ils étaient 11 % à déclarer avoir déjà consommé de l'alcool fort en 1994 et 21 % en 1995.

Une étude " *Adolescents en milieu scolaire* " réalisée en 1994 auprès de 1387 élèves de l'Académie de Strasbourg<sup>28</sup> conclue sur des chiffres pourtant conformes à la moyenne nationale car près de 40 % des 11 / 19 ans consomment de l'alcool de façon occasionnelle ; ils sont 11 % à le faire de façon régulière.

Ces chiffres masquent des disparités locales puisqu'une étude réalisée entre 1988 et 1992 démontre une surmortalité par cirrhose du foie et alcoolisme dans l'arrondissement de Strasbourg – Ville.

---

<sup>25</sup> Dès 1995, la CRS Alsace avait retenu l'alcool comme déterminant prioritaire des surmortalités régionales ; l'Alsace est d'ailleurs la 7<sup>ème</sup> région en matière de mortalité par cirrhose du foie. PRS ALCOOL 2000 / 2004 : *Bilan de l'existant en matière de prise en charge* ( DRASS – début 1999 ), *Analyse des indicateurs alcool dans la région Alsace* ( ORSAL – 1998 ).

<sup>26</sup> Direction Général des douanes et Droits Indirects – 01 / 01 / 1992.

<sup>27</sup> Enquête CFES / IPSOS ( Baromètre santé jeunes 1991 / 1992 ) *Consommateur régulier : au moins 3 fois par semaine ; occasionnel : moins de 3 fois par semaine.*

<sup>28</sup> CHOQUET M. et LEDOUX S. ( 1994 ), *Adolescents, enquête nationale*. Les éditions INSERM, coll. "Analyses et perspectives ".

**Tableau n° 4 – Taux comparatifs de mortalité pour 100 000 habitants.**<sup>29</sup>

Causes de décès	France	ALSACE	C.U.S
Cirrhose du foie et alcoolisme (hommes)	34,2	41,8	<b>49,4</b>
Cirrhose du foie et alcoolisme (femmes)	11,3	13	<b>18,3</b>
Cancer des voies aérodigestives (hommes)	47,3	48,5	<b>54,2</b>
Cancer des voies aérodigestives (femmes)	4,5	4,3	<b>4,6</b>

Peu d'études font le lien entre situation sociale et niveau de consommation d'alcool en Alsace, mais les indicateurs mis en évidence par l'enquête de population MONICA<sup>30</sup> et les résultats du Baromètre Santé 1991 / 1992 démontrent que :

- l'âge moyen du début de la consommation est de 20 ans pour les hommes, 22,6 pour les femmes ; l'entrée dans la consommation se fait plus tard pour les cadres, soit vers 23,6 ans.
- 53 % des buveurs réguliers sont cadres ; 83 % d'entre eux sont agriculteurs, artisans ou commerçants.

Rapportées à la problématique des jeunes les plus démunis à Strasbourg, ces tendances peuvent être majorées : selon Marie Gesnel, Directrice de l'Association de Lutte contre la Toxicomanie, "*la consommation d'alcool est arrivée à un niveau effrayant pour les jeunes, voire les très jeunes.*" Au centre ville, il est d'ailleurs significatif de remarquer que la plupart des lieux d'errance ou de manche sont situés à proximité immédiate des supermarchés.<sup>31</sup>

2 éducateurs spécialisés de l'association "Entraide' Prévention" racontent le cas d'un jeune de 18 ans pour qui il est impossible physiologiquement d'avaler un petit déjeuner,

<sup>29</sup> Source : INSERM SC 8 – INSEE estimations et RP 90 ; Exploitation ORSAL.

<sup>30</sup> Enquête de population MONICA – Laboratoire d'épidémiologie de santé publique. 1996

<sup>31</sup> cf annexe n° 8.

car, après avoir passé une nuit à l'Hôtel du Château d'Eau<sup>32</sup>, il en est sorti à 8 heures du matin et avait déjà consommé du whisky.

L'association des comportements d'alcoolisation et de tabagisme est un résultat classique que l'on retrouve dans l'enquête du CFES et dans celle de M. CHOQUET : les consommateurs réguliers d'alcool sont 51 % à consommer quotidiennement du tabac, contre 17 % des buveurs occasionnels et 4 % des non-buveurs.

Cette association est d'autant plus inquiétante pour les jeunes en errance, puisque, selon N. Schauder, chargé de mission à l'ORSAL, " 90 % d'entre eux sont dépendants au tabac. " Le rapport réalisé par la FNARS n'ayant pas cherché à évaluer l'importance du tabagisme parmi les résidents de CHRS, on peut faire l'hypothèse selon laquelle la consommation de tabac concerne une majorité d'entre eux. D'autres intervenants relatent les arbitrages faits par les jeunes du fait de leur manque de ressources : plutôt que de se nourrir, ils préfèrent s'acheter des cigarettes.

**- drogues illicites :** selon le rapport de la FNARS, " *les toxicomanies classiques aux stupéfiants étant supplantées par les polytoxicomanies et les pharmacodépendances ( psychotropes, somnifères, produits de substitution etc...), les équipes ne sont plus confrontées aux mêmes difficultés.*" Cela est confirmé par les responsables des 2 plus grandes associations oeuvrant dans le champ de la toxicomanie à Strasbourg, à savoir l'Association de Lutte contre la Toxicomanie et Espace Indépendance.

Les consommateurs d'ecstasy et de drogues de synthèse sont avant tout des personnes en cours de formation, en instance d'avoir un emploi ou en recherche d'emploi<sup>33</sup>. A 77 %, il sont âgés de 18 à 25 ans. Ce ne sont certes pas les plus démunis, mais pour Mme Ledit, directrice de l'association, les usagers d'ecstasy ne se considèrent pas comme " toxicomanes " si bien que la mission rave ne voit que la partie émergée de l'iceberg, ceux qui sont déjà dépendants psychologiquement. On peut rapporter le propos de Georges-Henri Melenotte, psychiatre et directeur médical d'Espace Indépendance: " *l'irruption de la culture rave n'en finit pas de bousculer la donne en matière d'usage de produits. Non pas du fait de la moyenne d'âge de ses praticiens peu élevée, des produits qui circulent de moins en moins safe, mais en raison de l'approfondissement des défenses. Elles deviennent au fil des ans*

---

<sup>32</sup> Plus de 50 % du public logé au Château d'Eau a moins de 25 ans : les usagers sont priés de quitter les lieux dès 8 heures du matin, et ce sans petit déjeuner. Ils se retrouvent donc très tôt à la rue.

<sup>33</sup> Rapport d'activité Espace Indépendance ( 1999 ) – " *Mission rave* "

*plus intenses, requièrent des doses de plus en plus importantes de substances de synthèse diverses où le protoxyde d'azote rivalise souvent avec l'ecstasy, l'alcool avec un buvard de LSD."*

Si la proportion de jeunes héroï nomanes est relativement faible<sup>34</sup>, les conduites polytoxicomaniaques<sup>35</sup> se développent : à la consommation banalisée de cannabis<sup>36</sup> s'ajoutent l'alcool, les médicaments et autres produits de substitution. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les résultats de la politique de réduction des risques, mais de constater que ce sont les jeunes les moins bien insérés qui développent des comportements à risque. Selon Mme Gesnel ( ALT ), *" le libre choix du médecin combiné à leur nombre favorise la primo-consommation de produits de substitution voire leur prise en mode détourné ( injection.) "*

C'est ce que confirme P. Stephann, témoin quotidien du marché du Subutex® existant à certains endroits stratégiques tels le quartier des Halles ou de la Gare.

Pour Mme Ledit ( Espace Indépendance ), *" le mésusage du Subutexâ ne doit être ni condamné, ni sous estimé <sup>37</sup> et si les trafics semblent évidents, " il ne faudrait pas oublier la réussite globale de la substitution en se focalisant sur des cas atypiques. Ne voir que les dangers du Subutexâ serait se méprendre sur les réels dangers actuels, à savoir la polytoxicomanie et les consommations associées de Subutexâ, benzodiazépines et alcool. Or on ne sait rien sur les effets à long terme de ce type de consommation – surtout pour la*

---

<sup>34</sup> Le plus jeune sous traitement méthadone au CSST " le Fil d'Ariane " est âgé de 27 ans. Source : rapport d'activité du Fil d'Ariane, 1999.

<sup>35</sup> les intervenants des structures d'hébergement d'urgence " notent un rajeunissement sensible de la population et une tendance généralisée aux polytoxicomanies, depuis environ 4 ans. Déplorant l'absence d'encadrement qui caractérise l'accès aux produits de substitution, ils constatent déjà les effets secondaires alarmant de leur injection et associations anarchiques. Les nécroses et violences immédiatement suivies d'amnésie qu'elles occasionnent, augurent négativement des conséquences neurologiques, de ces prises, à long terme." Rapport " Accès aux soins dans les CHRS."

<sup>36</sup> Rappelons ici la position transfrontalière de la CUS : elle est un lieu de passage important pour des produits issus de Suisse, d'Allemagne ou des Pays-Bas. Au niveau national, la consommation a augmenté de 15 à 20 % chez les adolescents. Le Figaro, *De plus en plus de jeunes tentés par le cannabis*, 04 octobre 2000.

<sup>37</sup> Le débat sur les " vertus du modèle français de substitution " ne saurait oublier que les " 15 à 20 % de mésusage du Subutexâ (...) touchent une population en situation d'errance et de précarité plus grande." Docteur Lowenstein, Entretien à Libération, 28 novembre 2000.

*consommation de psychostimulants – ni sur la durée de sevrage nécessaire pour une personne dépendante aux benzodiazépines comme le Rohypnolâ.”*

Une étude menée par la CPAM de Strasbourg du 12 au 26 juin 1997 montre que sur 1236 ordonnances de Subutex® et de Rohypnol® délivrées à 889 patients, 35 patients prenaient des produits associés, 85 étaient considérés comme “ nomades ”.<sup>38</sup>

- **souffrance psychique et troubles psychiatriques :**

D’après l’enquête de la FNARS, les résidents des CHRS “ *ne souffrent pas plus que la population générale de maladies mentales répertoriées mais plutôt d’une souffrance psychique qui est à la fois la cause et la conséquence d’un environnement social très dégradé.* ”

Cette difficulté dans le repérage des problèmes d’ordre psychologique est également remarquée par les intervenants du réseau “ Précarité – Psychiatrie “ : il s’agit d’une équipe d’infirmiers psychiatriques effectuant des permanences au sein de plusieurs structures prenant en charge les plus démunis.<sup>39</sup> Leur objectif n’est pas de soigner, mais de “ *proposer une écoute spécialisée.* ”

Pour Jean-Paul Ertzscheid, coordonnateur du réseau, “ *il est difficile de faire la part des choses entre un jeune psychotique et un jeune qui a des troubles du comportement liés à l’environnement ou à son milieu d’origine. De plus, ce n’est pas parce qu’un gamin ne parle pas qu’il est forcément autiste.* ” En conséquence, l’équipe est souvent confrontée “ *à des personnes ayant des difficultés qui ne nécessitent pas toujours des soins, mais simplement un soutien psychologique.* ”

C’est ce que résume J. Buisson de l’Etage quand il distingue 2 catégories de jeunes :

- ceux qui ont un problème psychiatrique lourd nécessitant le plus souvent une hospitalisation.

---

<sup>38</sup> *Evaluer la mise à disposition du Subutexâ pour la prise en charge – SIAMOIS / RNSP – juin 1998.*

<sup>39</sup> Accueil Printemps, Le Home Protestant, le Foyer Prechter, l’Etage, l’association VILAJE, Antenne, le Mouvement du Nid, l’Atelier, le foyer Fritz Kiener, la Cité Relais.

- ceux qui ont un problème psychiatrique léger<sup>40</sup> : *“ beaucoup d’entre eux ont une angoisse liée à leur situation maternelle ; le manque de quelque chose de protecteur crée une angoisse renforcée par la précarité, si bien que les jeunes que l’on rencontre à l’Etage enchainent des phases dépressives – euphoriques et de peur. Dans ce contexte fragile, les conditions de l’hébergement d’urgence sont plutôt destructrices.”*

Pour l’équipe d’Horizon Amitié, *“ nombreux sont les troubles du comportement résultant de l’alcoolisme, des toxicomanies ( illégales, de substitution ou polymédicamenteuses... ) de pathologies psychiatriques ou d’une souffrance psychologique irracontable. La combinaison alcool et médicaments engendre une torpeur qui sert d’automédication contre les diverses formes de souffrance.”*<sup>41</sup>

Selon JC Blanc, référent social du FAJ, *“ 90 % des jeunes que je reçois lors d’une demande d’aide ont un fort besoin d’écoute, or personne ne les entend. ”*

Face à l’émergence de cette demande, le PRAPS consacre, dans son volet *“ accompagnement vers la santé “*, 12 fiches-actions concernant spécifiquement la souffrance psychique : elles portent sur le repérage des cas de crises, conflits et ruptures à l’adolescence, sur la formation et l’analyse des pratiques professionnelles des uns et des autres, sur la mise en place de point-écoute jeunes, mais laissent aussi une place importante aux parents par le biais de l’organisation des réseaux d’aide et de soutien à la parentalité.

- **VIH, hépatites, MST :**

Selon le rapport *“ accès aux soins dans les CHRS “*, *“ rares sont les personnes résidant en CHRS qui sont malades du SIDA. On peut en revanche supposer la présence non répertoriée de personnes séropositives. “* On peut cumuler cette inconnue avec les derniers résultats annoncés par l’ORSAL sur la recrudescence des cas d’épidémie de SIDA en Alsace : la baisse de la vigilance constatée au niveau national n’épargne pas l’Alsace. *“ Les jeunes ne sont pas indemnes, puisque 3 garçons de 15 à 19 ans , sept hommes et sept femmes de 20 à 29 ans ont découvert leur séropositivité l’an dernier. Les chiffres de*

---

<sup>40</sup> Pour le Professeur Burztein, pédopsychiatre aux HUS, *“ l’expression des problèmes est avant tout comportementale : la psychiatrie sait faire pour des troubles internalisés. C’est sur la base de cet éprouvé qu’une alliance thérapeutique peut se nouer.”*

<sup>41</sup> *Bilan de l’accompagnement socio-médical*, Horizon amitié, 1998.

*l'ORSAL dénotent une baisse de la vigilance, voire une démotivation des homo-bisexuels, ainsi qu'un déficit d'information ou une inconscience des hétérosexuels.*<sup>42</sup>

Sur la prévention des MST, le Docteur Laurent ( Direction des services sociaux et sanitaires - Conseil Général du Bas-Rhin ), constate un “ *contexte global de diminution de l'incidence de la syphilis à mettre principalement sur le compte des succès de l'antibiothérapie* ” mais il émet quelques réserves :

- méconnaissance de l'incidence réelle de la syphilis et autres MST chez les adolescents et sujets jeunes de moins de 30 ans, par rapport aux sujets plus âgés, alors qu'il ressort que la syphilis est le plus souvent contractée entre 20 et 29 ans.

- augmentation des sérologies positives, et récemment dépistées chez des sujets identifiés comme étant à risque : populations jeunes de milieux socio-économiques défavorisés, marginalisées, exclues des filières classiques de soins.

- pour l'hépatite B, la France se situe dans la zone d'endémie dite faible avec un taux de prévalence des marqueurs sérologiques inférieurs à 2 %, mais 95 % des cas d'hépatites aiguës et 70 % des cas d'hépatites chroniques surviennent chez des adolescents et des adultes jeunes ( âge médian de 30 ans ) ; le risque augmente d'ailleurs avec le nombre de partenaires ou l'existence d'antécédents avec une majoration en cas de conduite à risque ( toxicomanie par voie intraveineuse ).<sup>43</sup>

- **autres maladies contagieuses ( tuberculose, gale )** : ce sont des “ maladies de la pauvreté ” qui sont censées avoir été éradiquées. “ *Bien qu'elles se manifestent assez exceptionnellement dans les CHRS, elles préoccupent particulièrement les équipes qui redoutent la contagion.* ” ( rapport “ accès aux soins dans les CHRS ” ).

Face à la résurgence de maladies plutôt caractéristiques du Moyen Age que de l'an 2000, les services de prévention du Conseil Général essaient d'aboutir à une couverture vaccinale maximale, mais selon le Docteur Laurent, “ *la fin de la conscription crée un trou vaccinal pour les 18 / 25 ans.* ” Les jeunes les plus démunis sont les moins informés en matière de prévention et peuvent être à terme une des catégories les plus exposées au risque tuberculique.

---

<sup>42</sup> Dernières Nouvelles d'Alsace, *Nette recrudescence du SIDA en Alsace*, jeudi 30 novembre 2000.

<sup>43</sup> Dossier de présentation “ *centre de dépistage des MST et du Sida* ” 16 mars 2000

Après cet état des lieux par thématique de santé publique, on ne peut que relativiser les résultats du Baromètre Santé Jeunes récemment paru ; il ne s'agit pas de faire du catastrophisme, mais d'essayer d'être au plus près de la réalité des souffrances, somatiques ou non, vécues par les jeunes les plus précaires de la CUS.

En outre, si la quantification réelle des problématiques est pour le moins difficile à élaborer, force est de constater que la vision verticale est peu adaptée à la mesure de l'ampleur des problèmes : il faut ici avancer l'hypothèse du cumul des problématiques.

### **3) Une séparation artificielle sans mise en valeur du cumul des problématiques.**

#### *a) Repérage des situations de cumul.*

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut relever certains cas typiques de cumul :

- liens évidents entre une alimentation peu équilibrée / problèmes dentaires / usage de drogue : *“ les données sur les consommations alimentaires permettent de faire l'hypothèse que les populations les moins favorisées présentent un risque accru de maladies cardio-vasculaires, de cancers ( dus à de faibles consommations de fruits et légumes ) dde déficiences en minéraux ( fer – calcium - zinc ) et vitamines ( A, C, B 12, béta-karotène ) de carie dentaire et de malnutrition protéino-énergétique. ”*<sup>44</sup>
- Alcool / tabac / usage de drogue / rythme veille – sommeil dysharmonieux
- liens entre usage de drogue, conduite à risque et prévalence des maladies sexuellement transmissibles ( cf analyses du Docteur Laurent ). L'association Espace Indépendance pilote un programme d'échange de seringues et remarque des cas de contaminations encore courants du fait de rapports sexuels non-protégés, de déchirure du préservatif, de partage du matériel d'injection <sup>45</sup> ou de mésusage du Subutex®.

---

<sup>44</sup> “ Il est probable que malnutrition, tabagisme, alcoolisme, insalubrité, violence et dénuement agissent en synergie pour dégrader l'état de santé des individus. ”, Pour une politique nutritionnelle de santé publique, Haut Comité de la Santé Publique, 15 juin 2000.

<sup>45</sup> une enquête INSERM / RNSP de mars 1998 indique qu'en Alsace, 23 % des usagers par voie injectable ont partagé leur seringue durant ce mois.

- liens entre conditions de vie précaires et la prévalence des maladies courantes voire avec la violence de la vie à la rue : d'après P. Stephann, " *la toxicomanie est une faiblesse vite repérée par les gens de la rue, la pire des insultes étant d'être traité de " toxico ". Plus on est faible, plus on est tapés : la soi-disant solidarité n'existe pas, car moins il y a de compétiteurs, mieux c'est.*"
- la souffrance psychologique comme cause / conséquence de toutes ces difficultés de santé : pour le Docteur Monsche, " *les usagers de drogue sont plus difficiles à encadrer car ils sont avant tout psychotiques donc imprévisibles ; les dépendants à l'alcool sont quant à eux névrotiques et pour eux, on sait faire.*"

Concernant spécifiquement l'usage de drogue, un repérage des pathologies associées est rendu possible par l'action du bus d'Espace Indépendance, lequel réalise de la prévention ( échange de seringues notamment ) dans différents quartiers de l'agglomération strasbourgeoise.( HautePierre, Neuhof, Centre Ville, place Blanche )

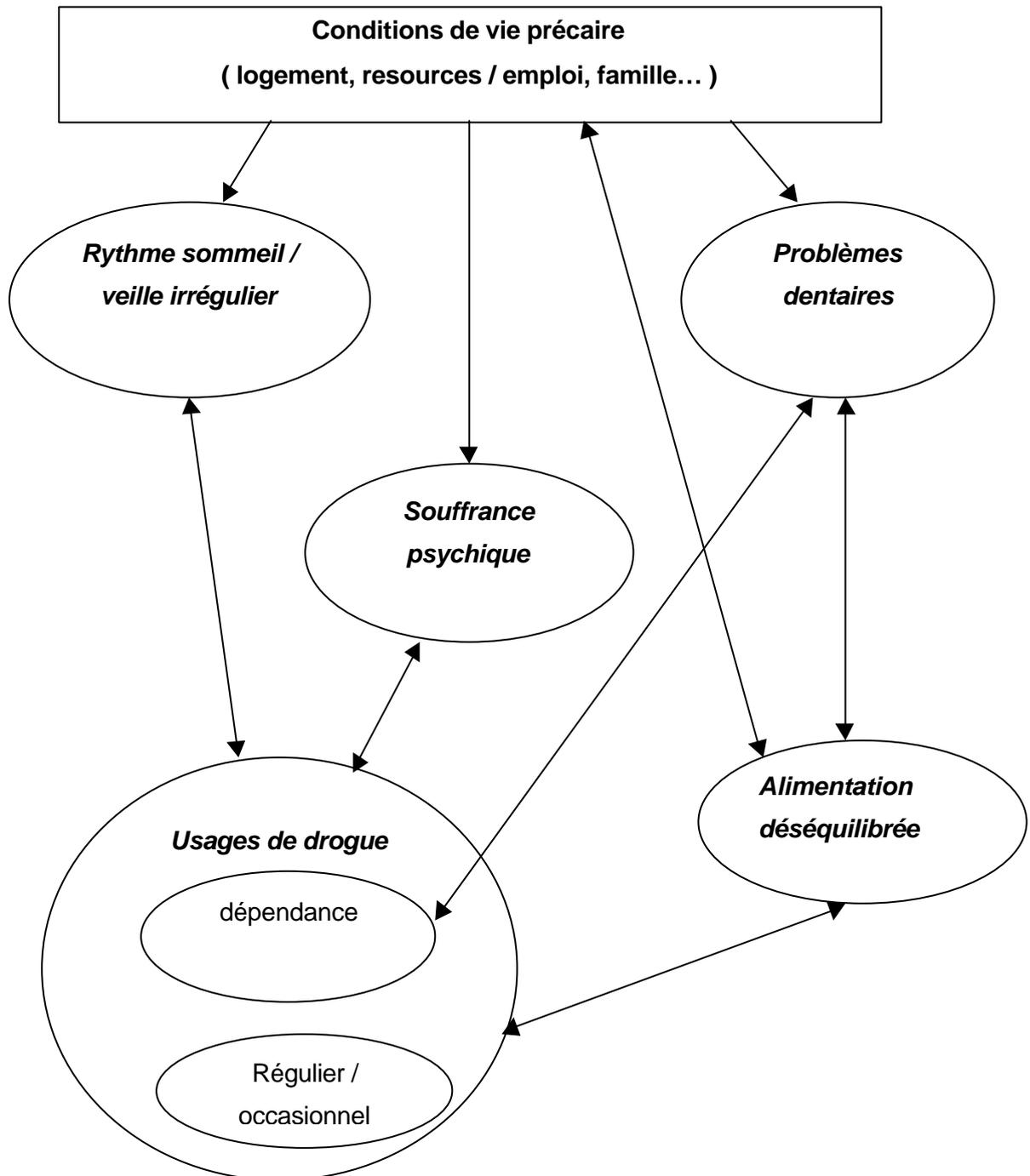
**Tableau n° 5 – Pathologies rencontrées au bus.**

Pathologies dues à <b>l'usage intraveineux</b> de produits illicites ( Héroïne, Cocaïne ) et de médicaments de substitution	Pathologies liées aux <b>conditions de vie de précarité</b> des usagers	Pathologies <b>liées aux rixes</b>	Pathologies <b>communes</b> aux usagers	Orientation vers consultations du lieu d'accueil ou les services hospitaliers lors de <b>pathologies plus sérieuses</b>
veinites ( bras, pli du coude, avant-bras, mains, jambes, pieds ) ; oedèmes des mains dus à une mauvaise circulation lymphatique ; abcès en formation avec rougeur, douleur, chaleur	érysipèle des membres inférieurs ; phlyctènes ; talonnières ; mycose ; gerçure des mains ; ongles incarnés	hématomes au niveau du front, de l'œil, de la cuisse ; plaies par coupure ; séquelles douloureuses de fractures de côtes ; oreilles suturées	Céphalées ; algies dentaires ; dorsalgies et lombalgies ; angines ; syndrome grippal	brûlures mictionnelles chez l'homme ; ongles incarnés ; toux traînante avec hémoptysie ; abcédation pour drainage ; plaies à suturer

Source : Martine Heitz-Schoenlaub, médecin généraliste et responsable sanitaire du PES – rapport d'activité 1999 Espace Indépendance

b) *Liens de causalité d'une problématique à une autre.*

L'analyse des causes de cumul traduit un enchevêtrement des problématiques ; séparer chaque problématique de son contexte et de l'histoire personnelle de l'utilisateur paraîtrait d'autant plus artificiel.



Cette typologie ne concerne pas tous les jeunes les plus précaires habitant la CUS : 10 % du public fréquentant l'Etage connaîtrait une situation de dépendance à un produit<sup>46</sup>. On peut estimer qu'une majorité d'entre eux se retrouve dans la catégorie des usagers réguliers et / ou occasionnels : il y aurait en l'espèce un risque à vouloir dramatiser le portrait ainsi dressé et à négliger la dimension de plaisir parfois associé à la consommation de produits. C'est en substance la question que pose l'équipe d'Horizon Amitié : *“ les conduites addictives ne constituent-elles pas la seule béquille qui soit à leur disposition pour faire face au désespoir, sinon du moins les dernières sources de plaisir que les personnes puissent s'accorder ? ”*

Ne pas dramatiser, mais ne pas relativiser non plus sont les deux écueils à surmonter : adopter une position de fuite par rapport à une question qui ne peut être traitée qu'au cas par cas risque de mener à l'inaction, voire à la déresponsabilisation des autorités publiques en la matière.<sup>47</sup>

Concernant la dimension de la souffrance psychique, il paraît encore plus difficile, en l'absence de maladie répertoriée, de mesurer l'ampleur de celle-ci. Or :

- la souffrance psychique est systématiquement constatée par les intervenants
- elle est souvent invoquée comme cause des échecs ou des “ râtés “ de l'insertion
- elle n'est pourtant pas évaluée de façon précise.

Il faut donc s'interroger sur la tendance actuelle à “ psychiatriser le social “ et rappeler J. Lebas citant Foucault : *“ on a longtemps transformé les fous en exclus, maintenant on tente de ranger les exclus chez les fous. ”*<sup>48</sup>

Il n'en reste pas moins que, du fait du cumul récurrent de diverses problématiques, l'état des lieux met en évidence la nécessité d'une connaissance accrue des mécanismes de cumul. Pour ce faire, on peut avancer certaines propositions pour l'élaboration régulière et précise d'un état des lieux.

---

<sup>46</sup> Entretien avec J. Buisson.

<sup>47</sup> Et de confirmer la valeur de la citation tirée de la Bible faite par P. Stephann : *“ donne du vin au pauvre, qu'au moins il oublie “* ( Chapitre Les Proverbes )

<sup>48</sup> *Précarité et santé*, J. Lebas et P. Chauvin, Flammarion, Avril 1998.

## **C. Propositions pour mieux connaître le terrain et l'utilisateur.**

### **1) Inclure une porte d'entrée " situation sociale " dans le prochain Baromètre Santé.**

Afin de mieux percevoir les liens entre précarité et santé, l'ORSAL devrait, comme il le prévoit d'ailleurs, articuler les questions autour de la dimension sociale des interviewés.

### **2) Collecter l'ensemble des données pour une étude épidémiologique fiable.**

La variété des intervenants nuit à une bonne connaissance des besoins : l'ORSAL pourrait collecter l'ensemble des données et en réaliser une synthèse. Celle-ci deviendrait à terme une réelle étude épidémiologique.

### **3) Réaliser un tableau de bord spécifique à destination de tous les partenaires.**

C'est par le biais de ce tableau de bord ( questionnaires santé à remplir 2 fois l'an ) que l'étude épidémiologique pourrait être fiable ; de plus, le tableau de bord devrait permettre de recueillir systématiquement la parole de l'utilisateur par le biais de témoignages totalement libres et anonymes. Les travaux initiés par le PRAPS doivent dépasser le stade de sa validation. Il doit être un outil adaptatif : le bilan de l'existant doit être actualisé en permanence.

### **4) Un devoir de communication.**

Toutes les informations collectées doivent faire de l'ORSAL un réel " *observatoire des liens entre santé et précarité* " ; les travaux de cet observatoire doivent être communiqués aux groupes de travail du PRAPS Bas-Rhin afin que ceux-ci ne fonctionnent pas comme une coquille vide, mais deviennent au contraire une force de proposition permettant les initiatives et les expérimentations au niveau local.

Une meilleure connaissance de l'utilisateur doit être une des bases des orientations des pouvoirs publics ; celles-ci doivent également s'inspirer des réseaux locaux de prise en charge globale des jeunes en situation de précarité. On peut donc légitimement s'interroger sur les conditions et modalités de cette prise en charge sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg.

Comme définie en introduction, j'entends par " prise en charge globale ", l'ensemble des actions et interventions qui constituent ce que l'on peut appeler le " réseau de santé global ". Pour apprécier la fonctionnalité de ce réseau en lien avec les besoins précédemment identifiés, il s'agira de cerner :

- l'accès aux droits en matière de protection sociale, notamment depuis la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle
- l'accès aux soins tel qu'il est organisé sur le territoire de la CUS en insistant sur le rôle des structures hospitalières, qu'elles aient une vocation générale ou spécialisée
- l'efficacité du dispositif de prévention auprès des jeunes les plus précaires.

### **A. L'accès aux droits, un objectif d'universalité encore imparfaitement rempli.**

#### **1) Les réticences des jeunes à faire valoir leurs droits, ou le " tabou de la santé. "**

##### *a) culture des droits / culture des devoirs.*

On peut rappeler un propos de MM. Lebas et Chauvin issu de leur ouvrage Précarité et Santé : " *les jeunes constituent sans doute aujourd'hui la portion de la population à la fois la plus touchée par la précarité, ayant le plus faible recours aux soins et dont la morbidité est la plus évitable par des mesures de prévention et d'éducation.*"

Si les jeunes ont le plus faible recours aux soins, c'est en premier lieu parce que les plus précaires d'entre eux ne font pas forcément valoir leurs droits. Les jeunes en errance ne fréquentent pas les structures de droit commun car :

- ils adoptent un discours de rejet face aux institutions : " *ils ne coopèrent pas aux réponses proposées, sont dans la méfiance et l'immédiateté et leurs comportements vis-à-vis de l'institution se déclinent sur les modes du rejet, du défi, de l'agressivité.*"<sup>49</sup>
- l'organisation verticale des institutions en France provoque elle-même des situations d'errance : " *les structures et dispositifs sont conçus généralement pour répondre à un*

---

<sup>49</sup> Echanges Santé – Social consacré aux jeunes, *L'errance vue par un travailleur social*, Juin 1998.

*problème précis, défini, ordonné... Or, l'errance est déstabilisante par son caractère désordonné, flou, qui concerne tout à la fois celui qui la vit et celui qui la regarde, la prend en compte, la traite.*<sup>50</sup>

Dans ce contexte, faire valoir ses droits peut être perçu comme un acte symbolique d'inscription dans un cadre normé, voire dans une dynamique de projet.

Il est pourtant difficile d'uniformiser les comportements<sup>51</sup> des jeunes précaires relatifs à l'accès aux droits. B. Sigrist, éducatrice spécialisée et responsable d'un accueil de jour de l'association "Entraide' prévention" distingue 2 catégories de publics :

- ceux qui parlent facilement de leur santé, qui assument leur pathologie et sont déjà intégrés dans le réseau de soins.
- les autres qui sont dans " l'ici et maintenant ", refusent d'intégrer le dispositif de droit commun et ne veulent pas faire les démarches. Ceux-ci sont généralement réticents à toute démarche administrative et ont d'ailleurs des difficultés à réunir l'ensemble des papiers et justificatifs demandés par les institutions lorsqu'ils formulent une demande d'aide.

*b) Le rapport à l'intimité.*

Faire valoir ses droits représente la première démarche d'un processus de prise en compte des problèmes de santé ; par le prisme de la santé, c'est tout le rapport au corps qui est questionné. L'objectif de nombre d'intervenants socio-sanitaires de la CUS consiste ainsi à essayer de " *faire émerger une parole sur ce corps* " ( CHRS Flora Tristan ) ou pour le Docteur V. Baas, d'Horizon Amitié, " *de susciter en premier lieu une démarche de soins chez des personnes refusant généralement de reconnaître leur état, puis de faire le lien avec les partenaires médicaux du droit commun auxquelles elles ont été adressées.*"<sup>52</sup>

Cette prise de conscience du corps est encore plus complexe pour les usagers de drogue, qu'ils soient dépendants ou consommateurs réguliers. C'est ce qu'avance Mme Gesnel lorsqu'elle dit que pour eux, " *le corps n'est qu'un réceptacle à produits.*" Mme Ledit explique également les difficultés à réaliser l'accroche sur la santé par la méfiance des

---

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> Voir annexe n°3 – Les profils types.

<sup>52</sup> Rapport " *Accès aux soins dans les CHRS* "

usagers vis-à-vis de toute forme de dispositif de soins ; le lieu d'accueil de l'association n'est encore que rarement l'occasion d'une discussion duelle sur l'ouverture et / ou la régularisation des droits, à terme sur l'importance d'un suivi, car :” *le nomadisme, l'errance, l'échappement dans de nouvelles consommations, compulsives parfois, la recherche constante d'effets, reviennent en force, mis en avant par ceux des usagers nous signifiant ne pas vouloir s'inscrire dans des propositions de soins pourtant souples, adaptées à nos yeux, mises en œuvre dans ce lieu.*<sup>53</sup>

Face à ce qu'il faut appeler le “ tabou de la santé “, il faut envisager l'accès aux droits suite à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle.

## **2) Comparaison entre les modalités de fonctionnement de l'ancienne aide médicale et celles issues de la mise en œuvre de la CMU.**

La loi du 27 juillet portant création de la Couverture Maladie Universelle garantit à toute personne une prise en charge des soins par un régime d'assurance-maladie par le biais d'une affiliation obligatoire à un régime de base de sécurité sociale de tous les résidents réguliers sur le territoire. En outre, la CMU permet, sous condition de ressources, de bénéficier d'une protection complémentaire en matière de santé et de dispense d'avance de frais.

Pour la protection complémentaire, l'objectif d'affilier 6 millions de personnes au niveau national n'est pas encore atteint : le bilan de 2 ans de mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions fait état de 4,3 millions de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire au titre de la CMU, ce qui représente 1,8 millions de personnes couvertes en plus par rapport à l'ancienne aide médicale. De plus, la CMU est obtenue dans un délai rapide et dans le respect de la dignité des personnes.<sup>54</sup>

Il est ici opportun d'établir un comparatif entre les modalités d'accès à l'ancienne aide médicale ( Aide médicale gratuite de la responsabilité du Conseil Général du Bas-Rhin ) et celles issues de la mise en œuvre de la CMU.

---

<sup>53</sup> Rapport d'activité 1999 – Espace Indépendance.

<sup>54</sup> [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)

**Tableau n° 6 – Aide médicale 67 et aide médicale Etat / couverture maladie universelle.**

	AM 67 <sup>55</sup>	AME	Couverture Maladie Universelle
<b>Plafond de ressources</b>	3000f		3600f
<b>Ressources exclues</b>	Prestations à objet spécialisé ; aides liées au logement		Aucune ressource n'est exclue de l'examen de la situation
<b>Antériorité des ressources</b>	Appréciation des ressources des 3 derniers mois		Appréciation des ressources des 12 derniers mois
<b>Rapport social</b>	- calcul ressources – charges - examen de la situation sociale, familiale...		- calcul des ressources - pas de rapport social
<b>Pièces justificatives</b>	- attestation d'élection de domicile ( AME) - justificatifs de ressources et charges - copie de la carte d'assuré social et formulaire de demande d'adhésion à l'assurance personnelle - fiche familiale d'état civil ou copie de la carte nationale d'identité <sup>56</sup>		- attestation de domicile - tous les justificatifs de ressources sur les 12 derniers mois - justificatif de l'identité - ancienne carte d'assuré social - relevé d'identité bancaire - attestations sur l'honneur : 1) " je suis en France depuis 3 mois " 2) " je ne pars pas de France dans les 3 mois qui viennent " 3) " je ne vis plus chez mes parents " 4) " je ne perçois pas de pension alimentaire "
<b>Rétroactivité</b>	Rétroactivité		Non-rétroactivité

Les notions " d'instruction rapide" et de " simplification des démarches administratives " doivent donc être relativisées. Sans remettre en cause la valeur du dispositif d'accès aux droits nouvellement mis en œuvre, tous les intervenants bas-rhinois ( CPAM, associations agréées, référent CMU de la DDASS ) constatent que la CMU représente une régression par rapport à l'ancienne aide médicale.

La composition du dossier est complexe puisqu'il faut désormais réunir impérativement toutes les pièces justificatives. L'ancien système était relativement souple et des admissions en urgence pouvaient être prononcées. Les contraintes pour des personnes vivant dans l'errance consistent surtout à devoir réunir tous les papiers. M. Borgetto se

<sup>55</sup> Règlement départemental d'aide sociale – février 1998. ( bulletin départemental d'information )

<sup>56</sup> en cas de perte d'un papier d'identité, une simple déclaration sur l'honneur suffisait ; pour la CMU, la carte d'identité est obligatoire.

demandait d'ailleurs : “ *que se passera-t-il (...) dans l'hypothèse où un demandeur français ( qu'il soit ou non sans résidence stable ) aura perdu ses papiers d'identité ?* ”<sup>57</sup>

L'équipe de l'Etage rencontre quotidiennement ces difficultés :

- pour réunir tous les papiers, notamment les bulletins de paie sur les 12 derniers mois ( les jeunes font souvent des missions intérimaires ou démarrent une activité sans la mener à terme : un simple commencement donne lieu à une déclaration aux URSSAF laquelle peut dès lors remettre en cause toute l'instruction du dossier ).

- pour les jeunes qui ne sont pas encore en rupture mais dont on sait qu'ils ne vivent plus chez leurs parents : la loi prévoit que les plus de 16 ans en rupture familiale peuvent faire une demande de complémentaire de leur plein gré, mais ce système pourrait inciter selon J. Buisson à “ *attendre que le jeune soit véritablement en rupture pour pouvoir faire la demande.*” Pour le Docteur Cahen ( service de prévention de la ville de Strasbourg ), “ *le problème d'accès aux droits reste marginal sauf pour les mineurs qui ne sont pas en situation de rupture familiale mais en voie de précarisation : ils peuvent consulter gratuitement de façon anonyme dans les CPEF et à la Boussole ( Permanence d'Accès aux Soins de Santé ), mais c'est tout.*”

D'après Mme Lieb, responsable de la cellule CMU de la CPAM de Strasbourg, les jeunes doivent “ *avoir l'indépendance géographique, financière et fiscale* ” pour pouvoir bénéficier de la couverture complémentaire. Ceci est simple à obtenir pour les jeunes placés au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance, mais posent des difficultés techniques pour les jeunes en situation d'errance : “ *en principe, un jeune mineur n'a pas le droit de signer un contrat.*”

Pour faire face à cette complexité, la CPAM de Strasbourg a engagé des juristes fiscalistes, ce que J. Buisson, selon ses propres dires, a tendance à devenir lors de l'instruction de la demande !<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> M. Borgetto, *Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU*, revue Droit Social, janvier 2000.

<sup>58</sup> “ *La question de l'accès aux droits n'est pas un problème de la qualité de l'accueil (...), ni de perception de la nature des aides. Les difficultés rencontrées tiennent davantage au manque d'information, à la constitution de dossiers complets, à la complexité de certaines règles d'attribution* “. Présentation à la presse du premier rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté, Acteurs Magazine, décembre 2000.

On pourra objecter qu'une des différences principales concerne le relèvement du plafond de ressources puisqu'on est passé d'un seuil d'environ 3000f à 3600f pour la couverture complémentaire. Les jeunes les plus démunis avaient déjà un niveau de ressources inférieur au plafond : ils sont au mieux stagiaires de la formation professionnelle et ont un revenu de 2002f par mois versé par le CNASEA.

Dans ces conditions, on comprend mieux pourquoi les responsables des Caisses d'Alsace – Moselle ainsi que les responsables de la DRASS Alsace se demandaient si la CMU profitait véritablement aux plus démunis des plus démunis.<sup>59</sup>

### **3) Un couplage accès aux droits / accès à la santé non systématique.**

Il s'agit ici de se demander si l'accès aux droits tel qu'il résulte de la mise en œuvre de la CMU permet une sensibilisation à la santé.

La CPAM de Strasbourg, lors de la mise en place de la CMU, avait réalisé une campagne de presse dont Mme Lieb doute après coup de l'efficacité ; de nombreuses réunions d'information auprès des partenaires ont été organisées, mais aucune n'a été strictement destinée aux usagers potentiels. *“ Face à la gestion du dispositif et au flux des demandeurs, il est aujourd'hui difficile d'avoir le temps d'organiser des réunions d'information.”* avance Mme Lieb.

En conséquence, une démarche originale et non institutionnelle permet d'informer les jeunes les plus précaires sur leurs droits et d'engager une discussion sur leur perception de la santé : l'Etage assure la gestion d'un restaurant social, lequel sert des repas à plus de 70 personnes par jour. La CPAM étant située à proximité de l'Etage et devant les difficultés de l'instruction des dossiers, une assistante sociale de la caisse vient régulièrement déjeuner au restaurant. Elle est désormais clairement identifiée par le public de l'Etage comme interlocuteur de la caisse et leur évite de faire des démarches qu'ils ne penseraient pas ou ne voudraient pas faire.

Pour J.Buisson, *“ c'est par le biais de ces contacts informels que des choses peuvent se dénouer ou qu'une démarche peut s'enclencher. Je suis d'ailleurs persuadé que l'assistante sociale qui vient faire ses permanences en mangeant a rencontré plus de jeunes que toutes les assistantes sociales de la caisse ou de la CUS réunies.”*

---

<sup>59</sup> Réunion du 02 novembre 2000 de “ l'observatoire de la CMU “.

L'accès aux droits en matière de protection sociale n'est en fait pas automatiquement synonyme d'accès à la santé ; l'équipe de l'Etage, malgré les contraintes administratives relevées ci-dessus arrive tant bien que mal à affilier les jeunes à la couverture complémentaire, mais ce n'est pour autant pas un gage d'entrée dans une démarche de soins, quand bien même celle-ci serait nécessaire.

#### **4) Propositions pour renforcer l'accès aux droits et aux soins.**

*a) généraliser la démarche de l'assistante sociale de la CPAM vers les partenaires sociaux.*

Il est évident que la présence d'une AS au moins une fois par semaine dans chacun des services sociaux, notamment les structures collectives d'hébergement d'urgence, peut buter sur des contraintes de temps et de personnel. C'est peut-être pourtant une solution informelle qui permettrait :

- de mieux expliquer les droits au titre de la CMU.
- de sensibiliser les assurés et d'en faire de réels acteurs de leur santé
- d'aller vers les populations encore "cachées"

*b) créer un échelon interne de l'observatoire de la CMU.*

Au niveau de la DDASS, la création d'un groupe référent DDASS – référent CPAM – représentant d'un instructeur agréé permettrait une meilleure sensibilisation de la caisse à sa "nouvelle" mission sociale ainsi qu'une harmonisation des pratiques en matière d'instruction.

*c) Mieux informer les usagers par la création d'un "mini-guide".*

Ce mini-guide, à l'image de celui existant dans le Haut-Rhin<sup>60</sup>, pourrait répertorier toutes les structures oeuvrant dans le champ de la santé et être transmis systématiquement aux usagers nouvellement arrivés sur le territoire strasbourgeois ou à ceux qui, en rupture

---

<sup>60</sup> Le guide "adresses santé jeunes 2000 du Haut-Rhin" a été édité par la Fondation de France et la Fondation Auchan pour la jeunesse. Il répertorie les adresses des structures chargées de l'ouverture des droits, de la prévention des conduites à risque, des points écoute, des problèmes de sexualité et contraception... Voir annexe n°10.

familiale ou non, dorment à la rue, dans des logements précaires ou en hébergement d'urgence.

Entre l'accès aux soins et la délivrance des soins proprement dits, il y a une nuance qui interroge la qualité du réseau de santé global à destination des jeunes strasbourgeois. Il convient dès lors de s'interroger sur les modalités de la prise en charge par les structures sanitaires et / ou sociales.

## **B. L'architecture strasbourgeoise des soins : une prise en charge globale encore difficile à mettre en œuvre.**

### **1) L'implication inégale des professionnels de santé.**

#### *a) des médecins généralistes*

Si le Baromètre Santé Jeunes avance un taux de consultation conforme à la moyenne nationale chez les jeunes alsaciens de 12 à 25 ans, les plus démunis d'entre eux ne consultent que rarement un médecin. La mise en place de consultations médicales et / ou infirmières dans les accueils de jour et les CHRS cherche à combler cette lacune.

Il faut faire ici une nuance entre les usagers de drogue dépendants et les autres.

Les usagers de drogue dépendants savent très bien à qui s'adresser pour obtenir leur traitement, notamment lorsqu'il s'agit d'avoir une prescription de médicaments de substitution.

Le Docteur Cahen de la Ville de Strasbourg estime que *“ la prescription de Subutex® est normalement prévue pour traiter la dépendance aux opiacés, mais certains généralistes le prescrivent pour n'importe quel problème.”* Ce phénomène, plus propice au nomadisme qu'au désir d'avoir un médecin de quartier référent, est renforcé par le libre choix du médecin et les droits désormais ouverts au titre de la CMU.

Le paiement à l'acte est un obstacle à l'écoute des patients si bien qu'il est plus facile pour un médecin de prescrire du Subutex® que d'écouter le patient lui exposer ses difficultés ; parallèlement, les usagers ont très bien intégré ce phénomène et ont vite repéré les médecins prescrivant par complaisance.

La réduction des risques en France se base en fait sur 2 logiques contradictoires, ou a priori peu conciliables pour des personnes réticentes à toute forme de suivi :

- d'un côté, les programmes " Méthadone " sont strictement encadrés, l'obtention d'une place impliquant un contrat à respecter
- de l'autre, le Subutex® est largement disponible en médecine de ville

D'après les associations, l'argument de la moindre formation des médecins généralistes aux conditions de la réduction des risques n'est plus opérant aujourd'hui. Pour Mme Gesnel, *" face à un patient qui se dit toxicomane, comment voulez-vous qu'un médecin contrôle quoi que ce soit ? "* Pour Mme Ledit, les médecins ont d'ores et déjà pris conscience des cas de mésusage du Subutex®, mais elle relève cependant une tendance selon laquelle *" les généralistes prescrivent les produits de substitution pour une durée de 15 à 28 jours. De cette façon, ils se débarrassent des patients."*<sup>61</sup>

Hors le cas des usagers de drogue, les jeunes n'ont que peu de contact avec la médecine de ville. Des médecins sont certes connus pour œuvrer en faveur des plus démunis, mais ils sont trop peu nombreux<sup>62</sup> pour que chacun dispose d'un médecin référent.

D'après le Docteur Cahen, *" les médecins ont créé des réseaux – le réseau MG – car certains sont sensibles à la thématique de la précarité. Mais au final, c'est plus une affaire de personnes : il faudrait avoir plus d'influence auprès des praticiens libéraux notamment par le biais du Conseil de l'Ordre. "*

Le partenariat des CHRS et des structures municipales d'hébergement d'urgence avec les médecins de leurs quartiers respectifs ne se décrète pas, mais évolue d'un bon niveau de coopération ( ex : le médecin généraliste participe aux réunions de synthèse à la Cité

---

<sup>61</sup> Ce que confirme le Docteur Baas : *" certains médecins apparemment ne connaissent pas le mode de vie de leurs patients, ne fixent pas de règle stricte à la prise du médicament, n'obligent pas à la prise quotidienne chez un pharmacien, ne s'assurent pas qu'un suivi psychologique et social soutienne le patient vers un retour à une vie moins chaotique."* Bilan de l'accompagnement médico-social, Horizon Amitié, 1998.

<sup>62</sup> Sans rappeler le serment d'Hippocrate, on peut insister, comme G.Federmann, psychiatre militant à Strasbourg, sur le devoir d'assistance des médecins : *" L'exclu, le marginal, il faut l'accueillir. Et ce n'est pas seulement le travail du Samu social qui risque peut-être, malgré la qualité de son travail, de*

Relais, il existe des contrats entre le résident et le CHRS mentionnant que le résident s'engage à ne consulter qu'un seul et même médecin ) à une absence de relations ( certains généralistes refusant l'ancienne carte santé, désormais la CMU. ).

La qualité de ce type de partenariat dépend de plusieurs facteurs :

- la localisation de la structure d'hébergement dans un quartier défavorisé ( ex: Antenne Meinau )
- les relations interpersonnelles acteurs médicaux / acteurs sociaux : certains CHRS ont développé des relations de confiance avec des médecins ( Antenne Meinau, la Cité Relais ) , d'autres estiment qu'il ne faut pas entraver le libre choix ( Flora Tristan )
- la sensibilisation des médecins du quartier à la précarité<sup>63</sup>

Sur plus de 60 fiches-actions inscrites dans le PRAPS, une concerne la médecine de ville et porte justement sur la sensibilisation et la formation des praticiens libéraux à l'accès aux soins des plus démunis.

FP Debionne, MISP et co-pilote du PRAPS Bas-Rhin, confirme les difficultés actuelles à trouver des partenaires médecins de ville pour la constitution de groupes de travail : ce sont en général les mêmes qui se sentent concernés, qu'il s'agisse du Docteur Jung ou du Docteur Feltz.

#### *b) Des spécialistes.*

Le coût des consultations est généralement avancé comme un frein important à la mise en place d'une démarche des jeunes vers les praticiens spécialistes. De plus, certains d'entre eux refusent de prendre en charge les assurés au titre de la CMU : il est difficile de quantifier ce phénomène, mais une majorité d'intervenants rencontrés a déjà connu des

---

*créer une sorte de ghetto de l'exclusion. C'est notre travail à tous, et d'abord à nous, médecins."*  
Interview au Figaro " *Social : quand l'exclusion tutoie la folie.*" 15 septembre 2000.

<sup>63</sup> ce schéma est d'ailleurs valable pour d'autres acteurs de la médecine de ville que sont les dentistes, gynécologues, kinésithérapeutes, infirmiers, psychiatres et psychologues...

refus de dispenser des soins pour les patients les plus démunis. ( par exemple de la part de dentistes<sup>64</sup> )

Selon Mme Denis, assistante sociale à Médecins du Monde, “ *le refus de délivrer de soins concernerait plus les spécialistes que les généralistes : les réticences s’expliquent par les retards dans les paiements par les caisses.*”

En dehors de ces refus de dispenser de soins, les plus démunis sont confrontés eux aussi à des problèmes de non-remboursement ; contrairement à la population générale qui a une utilisation volontiers préventive des services de soins et médicaments, les personnes démunies ne consultent que lorsqu’une intervention devenue incontournable relève d’un acte majoritairement pris en charge par l’assurance-maladie.

Les problèmes de remboursement concernent :

- les dépassements d’honoraires, si bien que consulter un spécialiste reste l’apanage des populations pouvant s’acquitter personnellement du montant des honoraires outrepassant les tarifs de la sécurité sociale
- les médicaments dits de confort tels les fortifiants ou les pillules contraceptives de dernière génération
- la prise en charge minimale des soins dentaires et optiques, avec la contrainte de l’avance de frais ( budget serré et lenteur des remboursements )<sup>65</sup>.

Dans ces conditions, il est nécessaire d’apprécier la prise en charge des jeunes les plus démunis par les établissements de santé, notamment à travers la mission sociale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

### *c) De l’hôpital général*

- **la mission sociale globale des HUS.**

---

<sup>64</sup> Concernant le soins dentaires, G.Yahiel de l’IGAS, a été saisi le 24 mai dernier par Mmes Aubry et Gillot pour formuler des propositions afin d’améliorer la qualité des soins et favoriser l’accès aux soins dentaires pour des actes actuellement mal pris en charge ( soins prothétiques notamment ).

<sup>65</sup> Contrairement à Mulhouse, aucun projet de “ mutuelle jeunes “ n’a abouti à ce jour à Strasbourg.

La loi de lutte contre les exclusions du 27 juillet 1998 est intervenue dans un contexte favorable à son adoption, compte tenu des données alarmantes sur la progression de la précarité dont font état des rapports mettant en évidence la pérennisation de l'exclusion<sup>66</sup> et la nécessité d'impliquer l'hôpital dans l'accueil des plus démunis<sup>67</sup>.

Les articles 67 à 77 de la loi et la circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et l'accès aux soins des personnes les plus démunies consacrent la mission sociale de l'hôpital :

- *“ le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.”*<sup>68</sup>
- *“ l'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes, ou qui lui sont signalés, quelle que soit l'origine de ce signalement.”*<sup>69</sup>

Face à la réaffirmation de cette mission, on peut légitimement se demander si l'institution hospitalière est disposée à jouer le jeu du partenariat, à abandonner ses prérogatives de pôle d'excellence, pour assurer une prise en charge globale du patient. L'hôpital semble aujourd'hui pris entre deux logiques a priori difficilement conciliables :

- une prise en charge globale de l'utilisateur parallèlement à l'exigence de suivi social des patients les plus démunis.
- une logique d'efficacité et de rentabilité dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dès 1997, E. Couty relevait la difficulté de satisfaire cette double exigence : *“ dans son acception high-tech, l'hôpital présente aujourd'hui certaines difficultés par le simple fait que*

---

<sup>66</sup> Rapport Rainhorn sur la *“ progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ”*, Haut Comité de la Santé Publique, 1998

<sup>67</sup> Rapport Lebas, *“ A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital.”*

<sup>68</sup> Article L. 711-3, 7<sup>ième</sup> alinéa, Code de la Santé Publique.

<sup>69</sup> Circulaire n° 98-736 du 17 décembre 1998.

*l'on est plus attentif à la maladie qu'à la parole de l'homme. La prise en charge s'en trouve quelque peu contestée, pour autant qu'elle soit envisagée comme une priorité.*<sup>70</sup>

En Alsace, l'accueil des plus démunis par les établissements de santé fait partie des priorités inscrites au sein du SROS 2<sup>ième</sup> génération.

Une délibération de la commission exécutive de l'ARH en date du 1<sup>er</sup> juillet 1998 sur les orientations budgétaires pour l'allocation de ressources aux établissements de santé avait retenu entre autres priorités : *“ l'accès aux soins pour tous, tant en terme de proximité géographique que de capacité contributive et de prise en compte de la précarité.”*<sup>71</sup>

La prise en compte de la précarité aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ne date pas de la mise en œuvre de la loi puisque :

- une convention passée entre l'Etat et les HUS le 06 avril 1994 stipule que les dépenses engagées par les HUS pour les personnes sans domicile stable sont prises en charge au titre de l'aide médicale Etat dans une limite de 60 000f de remboursement par an ( les dépenses concernent les actes médicaux courants, les frais de radiologie et biologie, la délivrance de médicaments ). En pratique les personnes sont orientées par la Mission France Alsace ( Médecins du Monde ) et le montant de 60 000f est dépassé depuis 1997.

- une convention passée entre les HUS et Médecins du Monde le 12 septembre 1996 garantit un accès au plateau technique hospitalier aux patients adressés par un médecin de Médecins du Monde. Deux limites atténuent cependant la portée de cette convention : une ordonnance médicale, spécifique et nominative, est nécessaire pour l'accès au plateau technique ; l'article 2 stipule que l'ordonnance doit se baser *“ sur une indication pathologique très stricte, mettant en jeu notamment des notions d'urgence et / ou de santé publique. ”*

Au delà de ce cadre, il importe de relever une spécificité des HUS puisqu'existe en son sein la polyclinique de médecine interne. Celle-ci est une *“ clinique de ville ”* dont l'activité montre que la tradition alsacienne de recours médical à l'institution hospitalière est peut-être plus marquée qu'ailleurs.

Malgré la bonne coopération entre les assistantes sociales et l'équipe soignante, l'augmentation des difficultés des usagers attesterait l'hypothèse selon laquelle le recours

---

<sup>70</sup> E. Couty, *Précarités, accueil hospitalier, médicalisation, Espace éthique. éléments pour un débat*, les dossiers de l'AP-HP, 1997.

<sup>71</sup> Courrier du Directeur de l'ARH aux directeurs des établissements de santé du 24 juillet 1998.

des plus démunis aux soins hospitaliers “ sanctionne “ des situations de personnes très dégradées.

L'accueil des plus démunis aux HUS est décentralisé entre le Service d'Accueil des Urgences et le service de médecine interne du Centre Ville, et non-formalisé du fait de la volonté de ne pas stigmatiser le patient à son arrivée. Le corps soignant – le projet de soins infirmiers est pour le principe de non-discrimination – et le corps médical – qui est moins sensibilisé au problème des exclus car ils butent sur le “ *comportement indifférent voire blasé de ces patients.*”<sup>72</sup> – n'ont cependant pas la même conception.

Le SAU, le SMUR et le SAMU ont un rôle stratégique car ils représentent souvent les services de premier accueil du public.<sup>73</sup>

Les phénomènes de chronicisation des patients et de consultation dans un cadre inapproprié ont légitimé la mise en place d'une étude diligentée par la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux auprès des établissements de santé participant à l'échelle nationale des coûts. Cette étude devait “ *mettre en évidence une spécificité de l'activité du secteur hospitalier public : la prise en charge des personnes en situation de précarité.*”<sup>74</sup>

Les services de médecine interne, pédiatrie, maternité, chirurgie thoracique ont saisi des « codes de précarité » correspondant à la nomenclature de la CIM 10. Il s'agit d'une enquête de trois mois <sup>75</sup>( du 15 février au 15 mai 1998 ) : elle a recensé 3290 séjours, saisi 679 codes ; l'étude a pu constater le cas de cumul de sept codes parfois par patient.

---

<sup>72</sup> *L'accueil des populations démunies à l'hôpital, l'expérience des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*, Mémoire de fin de formation, S. Treguenard, Promotion EDH 1997-1999, ENSP.

<sup>73</sup> Il arrive encore que le SMUR ou le SAMU ne se déplace pas pour une “ personne non solvable ” ou pour un “ toxico ”.

<sup>74</sup> Lettre du 18 décembre 1997, Mission PMSI, Direction des Hôpitaux.

<sup>75</sup> Département d'Information Médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – août 1998.

**Tableau n° 7 – Résultats de l'enquête “ précarité “ aux HUS.**

CODES	INTITULES	NOMBRE	CHAMP
255.0	Analphabétisme et faible niveau éducatif	52	EDUCATION
256.0	Chômage	102	EMPLOI
256.7	Difficultés liées à l'emploi ( CES...)	29	EMPLOI
259	Sans-abri	18	LOGEMENT
259.6	Faibles revenus	104	RESSOURCES
<b>259.7</b>	<b>Couverture sociale et secours insuffisants</b>	<b>248</b>	<b>SANTE / DROITS</b>
259.9	Difficultés liées au logement et conditions économiques	13	LOGEMENT
260.1	Situation familiale atypique ( monoparentale...)	33	FAMILLE
260.3	Difficultés d'acculturation	41	FAMILLE
262.2	Education dans une institution spécialisée	7	EDUCATION
265.1	Emprisonnement et incarcération	2	PRISON
265.2	Difficultés liées à la libération de prison	3	PRISON
<b>274.2</b>	<b>Besoin d'assistance à domicile</b>	<b>96</b>	<b>SANTE</b>
<b>275.1</b>	<b>Attente d'admission dans un établissement</b>	<b>70</b>	<b>SANTE</b>
<b>276.2</b>	<b>Santé pour les enfants</b>	<b>6</b>	<b>SANTE</b>

Malgré les biais naturels de l'étude ( les informations reposent en bonne partie sur du déclaratif ), 20,6 % des patients admis en hospitalisation aux HUS vivraient une situation de précarité.

Face à ce constat, on ne peut que s'interroger sur la valeur du débat lancé par S. Treguenard dans son mémoire lorsqu'il s'interroge sur la “ *pertinence de la mission sociale de l'hôpital* “ ; selon lui, c'est plus une injonction qui pèse aujourd'hui sur l'hôpital car “ *il doit s'ouvrir à des préoccupations pour lesquelles il n'est pas intrinsèquement préparé, pour lesquelles il ne dispose pas de compétence spécifiques.(...) Parler d'une mission de lutte contre les exclusions sans accorder de moyens supplémentaires ou d'objectifs précis n'a pas grand sens ; cela revient à engager l'hôpital dans une sacerdoce humanitaire au moment où il est le plus tenu d'être efficient.*”

En dehors de l'aspect récurrent de la question des moyens, force est de reconnaître la compétence et l'activité protéiforme du service social hospitalier des HUS. Pour 1998, 6820 patients ont bénéficié d'une intervention ou d'un accompagnement social, dont plus de 1000 enfants ou adolescents ( soit près d'un patient sur 6 ) ; en moyenne, 360 personnes sont suivies par une assistante sociale, laquelle pratique en moyenne 3 démarches par patient.

*“ Les assistants sociaux intervenant dans les services de pédiatrie, pédopsychiatrie, gynécologie et maternité sont (...) confrontés à des tableaux de grande dégradation et de cumul des problématiques sociales, familiales et psychologiques : immaturité, détresse psychologique, isolement, délinquance, toxicomanie, errance, galère sont autant de mots qui reviennent dans bien des rapports, tout au long de l'année.”<sup>76</sup>*

Le discours initial sur la volonté de ne pas stigmatiser les patients les plus démunis à l'hôpital ne s'accorde pas avec la précarisation croissante des publics accueillis ; c'est pourquoi, il est nécessaire d'apprécier le rôle que peut jouer la PASS des HUS depuis qu'elle a ouvert ses portes le 08 mai dernier.

- **Le rôle de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, “ la Boussole “.**

**Tableau n° 8 - Activité de la PASS depuis le 08 mai 2000.**

MOIS	ACTIVITE		TYPE DE CONSULTATIONS			
	Passages	Nouvelles personnes	Médicales	Sociales	Infirmières	Accompagnement
Mai	37	21	14	25	4	3
Juin	84	50	29	28	19	13
Juillet	158	65	41	49	49	19
Août	141	55	34	56	49	8
Septembre	159	39	77	49	61	11
Octobre	243	71	126	79	76	9
Novembre	178	57	97	51	72	13
<b>Total</b>	<b>1000</b>	<b>358</b>	<b>418</b>	<b>337</b>	<b>330</b>	<b>76</b>

Source : A. HAZENFRATZ ( bilan au 20 novembre 2000 ).

<sup>76</sup> Rapport d'activité du service social des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1998.

A. Hazenfratz, assistante sociale coordinatrice du service social des HUS, relève certains éléments sur le fonctionnement général de la Boussole .

- le personnel médical et paramédical ; l'un des 2 médecins ( 6 vacations par semaine ) est un ancien du service de Médicale A qui bénéficie d'une longue tradition d'accueil des plus démunis ( financement par redéploiement interne aux HUS ). L'infirmière a également une longue expérience et connaît tous les réseaux ( internes / externes à l'hôpital ).

- un poste plein de travailleur social financé par l'ARH est partagé en deux mi-temps ( une ancienne AS de médicale A, 20 ans d'expérience ; un éducateur spécialisé ) ; deux postes d'accompagnateurs médico-sociaux ( emplois jeunes ) chargés de faire l'accueil des personnes et l'accompagnement en interne ( ex : vers la consultation psychiatrique ) ou en externe ( ex : avec l'Etage )

La diffusion de l'information exige une réelle sensibilisation des services internes et des partenaires extérieurs.<sup>77</sup>

L'équipe a visité une partie des PASS de l'Est, notamment en région Lorraine. 2 mois avant l'ouverture, les services ont été informés du projet et des missions de la future PASS ( présentation en CA / CME / CTE ). Depuis, des « passerelles » ont été construites avec les services de la clinique dentaire, d'ophtalmologie, de pédiatrie, de gynécologie et de dermatologie.

Après une rencontre systématique avec 2,3 ou 4 partenaires extérieurs par après-midi, le relais s'est mis en place avec les structures d'hébergement municipales d'urgence, les associations ( Médecins du Monde, Horizon Amitié, l'Etage, Regain, Vilaje ), les résidences sociales SONACOTRA ; le relais avec la médecine de ville pose par contre problème<sup>78</sup> ; les CHRS n'ont pour l'instant qu'un recours limité aux services de la Boussole. A ce sujet, Mme Hazenfratz explique que l'équipe n'a aujourd'hui plus le temps de faire le « marketing » de la Boussole.

---

<sup>77</sup> Origine des publics : 152 usagers adressés par les partenaires extérieurs ( dont 27 par Médecins du Monde, 10 par l'Etage, 7 par VILAJE ), 78 par un service des HUS, 45 sont venus de leur propre initiative, 37 par le biais du bouche à oreille. *Source : CTE des HUS du 04 décembre 2000.*

<sup>78</sup> « *le partenariat avec la médecine de ville est encore timide.* » A. Hazenfratz.

La Boussole dépasse parfois ses créneaux horaires d'ouverture. Elle attire en grande partie les usagers grâce à la possibilité de prendre une douche ; cette dernière avait été très critiquée en interne au départ, or elle représente une « porte d'entrée » vers un suivi plus poussé social et / ou sanitaire. Du fait de ce succès ( longues files d'attente cet été ), l'équipe a dû s'adapter et ouvrir entre 12h et 14 h afin de continuer à prodiguer les soins lourds et étalonner les douches dans le temps.

Il y a désormais équilibre entre consultation sociale et médicale ; les pathologies rencontrées relèvent de la dermatologie, de la psychiatrie, ou de soins courants. A l'arrivée des usagers, les problèmes sont en général assez diffus ( dents – pieds – dos ), l'équipe devant repérer les priorités médicales. La moyenne de dépenses ( poste médicament ) s'élève à 2644f par usager.

Les cas épineux sont les « exclus de la psychiatrie » ( personnes en souffrance, éthyliques ). Certains patients sont orientés par le secteur sans communication préalable. Ceci concerne d'ailleurs la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie : ces services refusent de prendre en charge les personnes ( elles n'auraient pas de troubles répertoriés comme psychiatriques ), alors même que l'équipe de la Boussole les prévient de futurs passages à l'acte.

Les derniers concernés par cette problématique sont à Sarreguemines ( Quartier de Sécurité ) après un passage à l'acte. Parallèlement, l'équipe note une tendance des associations à orienter les usagers vers la Boussole, avec l'objectif de les faire suivre en psychiatrie.

Les situations de violence ou d'agressivité sont très rares depuis l'ouverture. La mixité des populations crée quelquefois des situations houleuses qui sont finalement peu nombreuses. A noter que la Boussole a été au début « sondée » par les usagers de drogue : ils cherchaient à savoir s'ils pouvaient s'y procurer du Subutex®, mais ont rapidement été informés et réorientés vers la médecine de ville.

Loin d'être stigmatisés, les usagers s'y sentent a priori mieux qu'au service social. S'ils ont besoin de se faire suivre ailleurs, le relais se passe d'ailleurs mieux à partir de la Boussole. Les usagers ne souffriraient donc pas de la stigmatisation, sauf peut-être lorsque des officiels viennent en visite, caméras de journalistes à l'appui.

Si certains services de l'hôpital ou partenaires extérieurs critiquent l'aspect spectaculaire ou estiment " *qu'on accueillait déjà les plus démunis avant* " ; la Boussole a su trouver sa place et sa légitimité après quelques mois de fonctionnement. Il est encore trop tôt pour savoir si les jeunes en errance ont bien identifié cette possibilité. Cependant, la moyenne d'âge des usagers accueillis est de 34 ans et, selon Mme Hazenfratz, certains jeunes viennent " *en bande* " : ils ne font que rarement la démarche de venir tout seul, mais accompagnent un ami, " *jaugent* " l'endroit et peu à peu commencent à se confier sur la nature de leurs difficultés. L'argument selon lequel les jeunes les plus précaires sont naturellement réticents<sup>79</sup> à fréquenter les services hospitaliers doit donc être relativisé.

La Boussole a cependant ses limites :

Pour P. Stephann, " *l'équipe de la Boussole ne peut tout régler, surtout lorsqu'on leur envoie un cas tordu.* " Pour limiter cette contrainte, une demande de crédits pour financer une vacation de psychologue a été formulée.

A l'approche de l'hiver, la Boussole risque d'être " victime de son succès " , d'autant que la place n'est pas extensible : on peut regretter que le premier étage ne puisse être aménagé pour l'accueil, l'escalier étant trop étroit.

L'équipe est toujours en attente du mi-temps d'assistante sociale devant faire le relais entre la Boussole de l'Hôpital Civil et l'Hôpital d'Hautepierre.

Malgré ces contraintes, la PASS a fait état de sa fonctionnalité ; elle représente un réel observatoire de la précarité et facilite l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur. Enfin, la mixité des compétences de l'équipe traduit l'émergence de nouveaux métiers à la frontière entre le sanitaire et le social : ceux-ci pourraient transmettre leur expérience et leur vécu quotidien à de nombreux corps professionnels comme c'est déjà prévu auprès des IFSI.( assistantes sociales, éducateurs spécialisés, médecins, psychologues ...)

---

<sup>79</sup> Le Docteur Monsche, médecin détaché de Médecins du Monde et intervenant à l'Escale St Vincent estime que " *la pathologie du jeune n'est pas une pathologie hospitalière.*"

d) *Des structures spécialisées*

- **Les centres hospitaliers spécialisés.**

Face au constat d'une souffrance psychique récurrente, le bilan de fonctionnement de l'UAU psychiatrie – adultes traduit quelques tendances relatives à l'accueil des adolescents :

- progression constante du nombre de patients
- rajeunissement important de la population ( la moyenne d'âge était de 17,5 ans en 1996 elle est de 16,5 ans en 1999 )
- les problèmes de violence et de toxicomanie sont au premier plan.
- les adolescents accueillis habitent à 74 % à leur domicile familial, mais à 21 % en foyer d'hébergement.<sup>80</sup>

Malgré l'absence d'étude sociologique sur le recrutement des adolescents et préadultes, le Professeur Burzstein *“ n'est pas sûr de voir les plus démunis “* La *“ clientèle “* défavorisée est cependant issue des quartiers de Cronembourg, HautePierre, du Neuhof et de la Meinau<sup>81</sup>.

Il est selon lui impératif de démystifier le recours aux services psychiatriques : *“ les travailleurs sociaux qui nous adressent des jeunes, dont les problèmes ne relèvent d'ailleurs pas forcément d'une logique de soins psychiatriques, ont encore l'idée de la vocation asilaire en tête. Or, la chute du nombre de lits d'hospitalisation nous oblige à ne prendre en charge que sur le court terme. De plus, on imagine encore les services psychiatriques comme un lieu contenant, avec l'image des infirmiers psychiatriques pouvant maîtriser physiquement la décompensation des jeunes. C'est oublier que les services sont désormais féminisés à 80%. “*

- **La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool à l'hôpital.**

Face aux problèmes d'alcoolisation excessive que connaissent les jeunes les plus précaires, on peut se poser la question du rôle du CCAA des HUS puisqu'il est situé en centre ville, à l'intérieur même de l'hôpital civil.

---

<sup>80</sup> Eléments recensés par le docteur J.G Rohmer, communiqués par le Professeur Burzstein.

<sup>81</sup> Annexe n° 9 – Localisation du service psychothérapeutique pour enfants et adolescents.

Cette organisation, reflet d'un hospitalo-centrisme encore présent, n'est pas propice à la prise en charge :

- le CCAA est géré par l'hôpital ; il n'a pas signé de contrat d'objectif et de moyens avec l'Etat ; une faible collaboration existe avec les services de la Justice, seuls 2 lits d'hospitalisation peuvent être utilisés pour le sevrage, mais quand ils sont libres.

- le CCAA n'a pas de stratégie spécifique pour aller vers les populations qui ne consultent pas spontanément<sup>82</sup>

- la problématique de la polytoxicomanie n'est pas abordée de façon globale : pour le Docteur De Laharpe, responsable du CCAA et directeur du Comité de Prévention de l'Alcoolisme dans le Bas-Rhin, "*il lui semble inconcevable d'envisager une prise en charge commune de publics aussi différents que les alcooliques et les toxicomanes, fondamentalement opposés tant par l'âge que par l'origine de leur addiction et dont la collaboration est problématique.*"<sup>83</sup>

On comprend dès lors mieux pourquoi moins de 1 % du public accueilli aux CCAA ( Hôpital Civil – Hautepierre ) est âgé de moins de 25 ans. La prise en charge des dépendances est encore découpé en champs d'intervention spécifiques, sans qu'il n'y ait de relais institutionnels ou formels entre les structures d'intervention. Cette absence de relais concerne les services de l'hôpital ( entre le CCAA et le CSST, "le fil d'Ariane " pourtant situé aussi à l'intérieur de l'hôpital ) mais aussi les structures hospitalières et les institutions sociales : celles-ci regrettent un déficit de collaboration avec les CCAA, le CPA ou les associations néphalistes. Ces dernières organisent des actions auprès des jeunes mais en se basant sur des témoignages qui sont loins d'être adaptés au public jeune.

## **2) L'investissement parallèle des acteurs du champ social.**

Il ne s'agit pas ici de développer toutes les actions initiées par le " secteur social " dans le domaine de la santé, mais de pointer certaines d'entre elles qui s'adressent aux jeunes les plus démunis à Strasbourg.

---

<sup>82</sup> Contrairement au CCAA de Mulhouse, situé dans la ville, qui développe des actions innovantes, telles que permanence dans un abri de nuit, participation à la création d'une épicerie sociale, création d'un bar sans alcool....

<sup>83</sup> PRS Alcool – 2000 /2004, *Bilan de l'existant en matière de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool*, DRASS , début 1999.

*a) le restaurant social de l'Etage, une ressource qui a ses limites.*

Le club de prévention l'Etage gère un restaurant financé par l'Etat et la Ville de Strasbourg ( à raison de 13,50f par repas depuis 1996 ) ; plus de 21000 repas ont été servis en 1999. Pour 10f, midi et soir, les jeunes les plus en difficulté peuvent y prendre un repas chaud et équilibré, et nouer des contacts avec les personnes référentes de l'association en matière d'insertion professionnelle, pour un logement mais aussi pour régler des questions relatives à la santé.

Le restaurant est fermé le week-end et au mois d'août. Nombre d'intervenants déplorent cette lacune, d'autant que :

- les passages à l'acte ou conduites à risque des jeunes les plus précaires ont lieu en majorité le week-end : M. Chesnet, ancien directeur de l'Hôtel du Château d'Eau témoigne de la concentration des problèmes de santé dans sa structure, du vide institutionnel en matière de logement thérapeutique et de l'absence de coopération avec l'hôpital : celui-ci “ *aurait tendance à se défausser sur le Château d'Eau lequel en retour devient un repère de tox.*”
- le mouvement de va et vient traditionnel des jeunes en errance ( beaucoup d'arrivées en hiver – descente vers le sud en été ) n'est plus aussi visible : JC Blanc qualifie d'ailleurs Strasbourg de “ *pompe aspirante* “, c'est-à-dire que la ville attire des populations très marginalisées du fait de la variété des structures d'accueil et des possibilités offertes.<sup>84</sup> Un projet d'ouverture d'un second restaurant, ouvert le week-end, avait été déposé par l'association Antenne, mais devant les difficultés de fonctionnement de celle-ci, le projet a été abandonné.

*b) les bilans de santé favorisent une prise de conscience momentanée, non une démarche sur le long terme.*

La convention du 19 février 1998 signée entre le Conseil Régional, la CRAMAM, les centres d'examen de santé et les 5 CPAM de la région propose aux stagiaires CFI, en plus de l'obligation d'une visite médicale, une offre de santé plus individualisée qui comporte :

---

<sup>84</sup> Cela peut être aussi le reflet d'une absence d'harmonisation des critères en matière d'attribution du FAJ : “ *la gestion du FAJ est terriblement militaire par exemple à Molsheim ( FAJ octroyés parfois sous forme de prêtés ) si bien que les jeunes se retrouvent à Strasbourg où les critères d'attribution sont plus souples.*” ( entretien avec JC Blanc ).

- un module d'accès aux soins ( information et régularisation des droits – 1 heure, éveil participatif à l'approche santé – 2 heures, présentation du bilan - 1 heure)
- le bilan de santé pendant une semaine avec examen préclinique puis examen clinique avec entretien avec le médecin .
- à l'issue du bilan, les stagiaires bénéficient d'un accompagnement social, puisqu' une assistante sociale les reçoit et les accompagne avec leur accord jusqu'à l'accès aux soins.

Si les bilans globaux sont satisfaisants ( 75 % des stagiaires ont réalisé un bilan ), certains points pourraient être améliorés :

- certains organismes de formation ne sont que faiblement investis<sup>85</sup>
- cette possibilité est généralisée aux jeunes engagés dans un parcours TRACE, or ce dispositif exclut les jeunes les “ moins insérables “; de plus, les référents TRACE de la MLS effectuent un “ diagnostic santé “, mais expriment de forts besoins de formation, notamment les emplois–jeunes, agents d'écoute et d'insertion, lesquels se trouvent parfois face à des situations difficiles à maîtriser : “ *quelles reactions devant une personne en manque, comment mener les jeunes vers les structures adaptées ?* ”<sup>86</sup>
- le bilan ne favorise pas la prise en charge par les jeunes de leur santé : J. Buisson , de l'Etage, explique que “ *l'on fixe un rendez-vous à 3 semaines, mais les gens ne viennent pas.*” En outre, le bilan de santé est encore trop ponctuel pour favoriser la culture de la santé ou provoquer le réflexe de maintenir la démarche sur le long terme.

*c) le réseau des Points - Accueil – Ecoute reste mal identifié.*

La circulaire du 10 avril 1997 prévoit qu'un “ *travail partenarial doit être recherché pour répondre aux besoins d'orientation et de prise en charge de jeunes déjà engagés dans un processus de toxicomanie. En plus de sa mission d'accueil, le point écoute doit aussi pouvoir aller à la rencontre des jeunes en voie de marginalisation qui souvent fuient toute forme d'institution.*”

---

<sup>85</sup> Driss Wahbi de la MLS se demande : “ *tous les organismes de formation ont-ils été sensibilisés à la problématique santé, en dehors de l'aspect réducteur de la médecine du travail?* ”

<sup>86</sup> Présentation des actions santé des ML-PAIO d'Alsace, mai 1999.

Les PAE sont bien implantés dans les quartiers les plus en difficulté ( Neuhof – Hautepierre – Illkirch/Graffenstaden ), mais un manque de communication<sup>87</sup> dessert ces structures. Rares sont les intervenants rencontrés en parlant sciemment. Certaines d'entre elles viennent d'ouvrir récemment ( à l'image du PEJ – Extérieurs Jour, situé à la limite entre le centre ville et les quartiers de Neudorf et de la Meinau ou du PAE de Hautepierre ), si bien qu'il est encore trop tôt pour évaluer au mieux leur action.<sup>88</sup>

### **3) Propositions pour développer des logiques de réseau.**

Celles-ci doivent permettre d'établir des passerelles entre les deux secteurs d'intervention :

#### *a) Mieux articuler services sociaux et structures hospitalières.*

Les sorties d'hospitalisation ne sont pas toujours annoncées aux services sociaux, les jeunes se retrouvant à la rue du jour au lendemain.<sup>89</sup> Ceci est surtout valable pour la sortie des services psychiatriques : le manque de relais est d'autant plus destructurant que le jeune passe d'une structure où la prise en charge a presque le rôle de matrice maternelle au retour dans la vie chaotique à la rue ou en structure d'hébergement d'urgence. Prévenir en amont les services n'est pourtant pas une contrainte en terme de temps et de personnel.<sup>90</sup>

Afin de décloisonner le secteur psychiatrique des services sociaux, il importe de déconstruire les représentations figées que les uns ont encore des autres :

---

<sup>87</sup> Par exemple, les PAE de Strasbourg ne sont pas répertoriés dans le guide CODELICO.

<sup>88</sup> A l'image de la MLI de Schiltigheim qui a ouvert une Plateforme Ressources Santé dont dépend un PAE : 90 questionnaires santé ont été remplis par des jeunes suivis par la MLI - 50 ont été ensuite orientés vers le PAE – 2 jeunes sont venus au rendez vous fixé au PAE. ( entretien avec S. Hirlemann)

<sup>89</sup> En outre, certains jeunes méritant une hospitalisation ne le sont pas faute de place : pour des jeunes connaissant des situations d'alcoolisation excessive, la pratique de la délivrance de certificats de non hospitalisation est encore courante. Elle engage cependant la responsabilité du médecin qui le signe et explique en retour le très faible nombre de jeunes venant consulter aux 2 CCAA situés à Strasbourg.

<sup>90</sup> L'Etage fonctionne d'ailleurs par appels téléphoniques, mais a du " taper du poing sur la table pour avoir au plus tôt ces informations." Cette procédure non formelle pourrait être généralisée à l'ensemble des services sociaux confrontés au problème des sorties d'hospitalisation.

- les structures sociales ont tendance à voir les services psychiatriques comme une bouée de sauvetage, détenant forcément la solution, face au cas d'un jeune difficile à prendre en charge.
- le secteur psychiatrique ne cherche à intervenir qu'en présence de maladie psychiatrique répertoriée : les acteurs se renvoient donc la balle et pratiquent un " ping-pong " d'autant plus destructeur pour un jeune déjà fragile.

Pour faciliter une discussion sur les problèmes d'ordre psychologique, il paraît nécessaire d'adopter un discours mêlant écoute et empathie : les psychologues doivent ainsi se présenter comme " agents d'écoute " ou " professionnels de la santé " mais certainement pas comme " psy ". Le jeune dira toujours face au psy qu'il n'est pas fou, et la relation de confiance, déjà difficile à établir, ne sera que biaisée et improductive.

#### *b) Créer un lieu de vie alternatif à l'hospitalisation*

Malgré la densité strasbourgeoise en structures sanitaires et sociales, les intervenants déplorent le manque d'un lieu sanitaire d'accueil de bas seuil d'exigence. Sa création permettrait d'éviter le " ping-pong " entre travailleurs sociaux et structures sanitaires pour des jeunes dont les problèmes sont à la frontière du psychiatrique. L'admission, après un entretien social et médico-psychologique, se baserait sur des critères souples : le lieu doit avant tout être l'occasion d'un accueil temporaire, permettant au jeune de se poser et de sortir du tryptique rue / hébergement d'urgence / hospitalisation ou rue / hébergement d'urgence / prison.

Rappelons que l'Etat possède une maison eu Hohwald <sup>91</sup>: elle pourrait être utilisée comme " maison de convalescence " pour des sortants de psychiatrie, des usagers de drogue dépendants ou en voie de devenir dépendants et des jeunes femmes enceintes livrées à elles-mêmes.

#### *c) Partager l'information*

Les échanges services sociaux / structures de prise en charge des usagers de drogue sont encore parfois limités par la barrière du secret professionnel et/ou médical. Selon JC

---

<sup>91</sup> Sa réhabilitation pourrait donner lieu à un financement partenarial Etat / CUS ; son utilisation devrait faire l'objet d'une convention DDASS / CUS / HUS permettant la mise à disposition de personnels de l'hôpital ( médecin, psychologue, infirmière ) et de la CUS ( travailleurs sociaux ).

Blanc, “ *la confidentialité reste encore un obstacle au suivi des soins et à la continuité de l’insertion.*” Si l’ALT joue le jeu, les intervenants d’Espace Indépendance “ *veulent garder leur public ce qui peut être dangereux car la commission d’attribution du FAJ n’exige pas des informations sur la situation sanitaire du jeune, mais sur les démarches qu’il a accomplies, or si la commission ne sait rien, elle refuse la demande !* “

### *c) Sortir du débat sur la médicalisation des CHRS*

L’équipe d’Horizon Amitié a fait le choix d’une permanence médicalisée clairement identifiée, de même que les structures municipales d’hébergement d’urgence. Par rapport à d’autres structures qui ne veulent pas s’engager dans cette démarche ( CHRS le Home Protestant – CHRS Flora Tristan ), il faut donc repérer les différences de pratique :

- certaines structures font un accompagnement réellement global, du logement à la santé : elles peuvent ainsi mieux repérer les problèmes et orienter vers les structures compétentes.
- d’autres ont fait le choix de recourir ponctuellement aux services sanitaires ou d’accompagner les usagers vers ceux-ci, mais en fonction de quels critères ?

Sans vouloir harmoniser les pratiques en la matière, les différences ne semblent pas favorables à une prise en charge globale ; on peut avancer le risque d’inégalité de traitement entre les jeunes qui savent qu’un médecin ou un psychologue est disponible et ceux à qui rien n’est proposé d’emblée.

En conséquence, on pourrait imaginer, qu’à l’image du réseau Précarité Psychiatrie, un médecin coordonnateur effectue des permanences dans chacune des structures d’hébergement. Il ne s’agirait pas de dispenser des soins, mais d’avoir au moins un entretien avec chaque résident nouvellement arrivé : l’entretien permettrait une information a minima sur les droits et les possibilités offertes à Strasbourg en matière de santé, pourrait être l’occasion d’un premier diagnostic, voire d’une orientation vers les services compétents.

Pour remédier à l’absence d’information sur les questions de santé, l’entretien pourrait être l’occasion idéale de diffusion du mini-guide “ *adresses santé – jeunes* “. De plus, le donner systématiquement serait l’occasion d’une première discussion informelle, sans qu’il y ait imposition ou injonction de la part de l’institution.

*d) Développer de telles actions spécifiques n'est pas incompatible avec l'impératif d'orienter vers le dispositif de droit commun.*

Le processus d'insertion pour ce public étant naturellement long et fait d'allers et retours, il ne faudrait pas que le " réseau de santé global " fonctionne en boucle. Tout le danger de la médicalisation des CHRS est de créer à terme des structures où tous les problèmes seraient pris en charge. Or, la finalité de l'insertion est d'abord d'orienter vers le dispositif de droit commun.

En conséquence, chaque passage en hébergement devrait être le moment d'une sensibilisation au rôle du médecin généraliste et à l'importance d'un suivi dans la durée. Cela implique aussi et surtout de sensibiliser les médecins de quartier qui ont leur cabinet près d'une structure collective d'hébergement.

*e) Affirmer le rôle de la DDASS par la désignation d'un "correspondant social " des HUS*

Au sein de la DDASS / DRASS existent un correspondant administratif et un correspondant médical : si le correspondant administratif, une fois la campagne budgétaire passée, peut avoir le temps pour devenir le correspondant social des HUS, force est de reconnaître que le correspondant médical – qui est en même temps médecin inspecteur régional – ne peut jouer matériellement ce rôle. L'arrivée d'un nouvel inspecteur au service des politiques sociales de la DDASS en mai 2001 pourrait être l'occasion de la définition de cette mission.<sup>92</sup>

Le rôle des réseaux est primordial à condition de les faire connaître ( ex: les PAE ) et de les faire vivre tout en respectant les compétences de chacun. Ils ne peuvent se créer par décret ou arrêté, mais par la connaissance et l'écoute des pratiques des uns et de autres. Si le travail en réseaux est une condition de bonne prise en charge, le but d'une démarche de santé publique est avant tout d'éviter le recours aux soins, ou en tout cas de favoriser un recours adéquat. C'est toute la faisabilité de la prévention auprès des jeunes les plus démunis qui doit être analysée.

---

<sup>92</sup> D'autant que cette mission de correspondant social est demandée par les service social des HUS : Mme Hazenfratz estime que la Boussole joue déjà le rôle d'observatoire de la précarité, mais que personne n'est réellement informé des difficultés rencontrées.

## **C. Une prévention qui n'atteint pas les jeunes les plus démunis.**

### **1) La prévention en amont et l'implication des partenaires de l'Education Nationale.**

Les lycées strasbourgeois développent de nombreuses actions de prévention collective, notamment sur la question des conduites à risques et des dépendances mais :

- elles sont encore réalisées sous forme de conférence, ce qui ne facilite pas l'interactivité et la discussion sur les besoins des jeunes.

- il y a un décalage entre le discours des intervenants et ce que ressentent les lycéens : les services de la gendarmerie et des douanes font encore des sessions d'information dans les lycées, provoquant plus l'hilarité des jeunes qu'une réelle prise de conscience des conséquences induites par la consommation de produits divers.

- *“ L'implication des adultes dans les actions collectives est encore trop discrète, celles-ci ne sont que trop rarement inscrites dans les projets d'établissement.”* En outre et lorsque les adultes cherchent à s'investir *“ le recensement des besoins n'est pas systématique et la mise en place d'une action répond encore trop souvent à la demande d'un adulte ( enseignant, chef d'établissement, parent ) pour des jeunes qui eux ne se sentent pas obligatoirement concernés.”*<sup>93</sup>

- L'attente que suscite la mise en place des CESC risque de tomber<sup>94</sup> puisque *“ l'application de la circulaire sur l'éducation à la santé et à la citoyenneté ne pourra vraisemblablement être généralisée pour des raisons de disponibilité du service médical dont les effectifs vacataires vont être réduits en 1999 / 2000 : l'enveloppe budgétaire ne permet pas cette année de remplacer les partants.”* De plus, la création des CESC résulte de la volonté des chefs d'établissement ( il n'y a pas d'incitation de la part de l'Inspection Académique ) et il faut faire la nuance entre les CESC “ sur le papier “ et les CESC “ fonctionnels “.

Pour Mme Haan, *“ l'urgence ne concerne pas les jeunes mais les parents. Ce n'est pas le produit qui est pris qui pose problème mais la relation familiale qui est à l'origine de difficultés qui sont avant tout comportementales.”* Or les jeunes les plus démunis souffrent

---

<sup>93</sup> Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Inspection Académique du Bas-Rhin

<sup>94</sup> Avec FP Debionne, on peut s'interroger sur la place de l'éducation pour la santé : *“ Les 40 heures obligatoires d'éducation pour la santé seront-elles suffisantes pour réduire les écarts d'information, de connaissance du corps, et maîtriser les comportements? ”* *La santé passe par la dignité* – Les éditions de l'Atelier – Ed. Quart Monde – février 2000.

surtout d'une absence de modèle de reconnaissance, les " *parents sont invalidés dans leur pouvoir d'inculquer des valeurs à leurs enfants.*" Il est d'ailleurs symptomatique de constater que certains parents ne se soucient de l'absentéisme de leur enfant qu'à partir du moment où il y a menace de suspension des prestations familiales. Selon Mme Deutschmann, responsable du service social en faveur des élèves, certains parents demandent " *à partir de combien de jours ( de présence de mon enfant en classe ) j'ai droit au rétablissement des prestations familiales ?* "

## 2) Evaluation de la prévention individuelle et collective.

**Tableau n°8 - Actions de prévention en structure collective d'hébergement.**

Structure d'accueil	Prévention individuelle	Prévention collective
CHRS Antenne Meinau	- discussion individuelle sur le rapport au corps	- approvisionnement en préservatifs - mise en place d'un atelier cuisine
CHRS La cité Relais	- accompagnement aux soins corporels et ménagers - patients sous traitement : engagement à respecter prescriptions - discussion duelle	- activités sportives - formations en cuisine - radiographie des poumons à l'admission - campagnes de prévention VIH, hépatite et alcoolisme
CHRS La maison d'Accueil	- discussion duelle	- information / sensibilisation par un dentiste
CHRS le Home Protestant	- discussion duelle	- interventions du Planning Familial et de Aides
CHRS Flora Tristan	- appel à Aides, au Planning Familial en cas de besoin	
Structures d'Horizon Amitié	- discussion duelle - importance du petit déjeuner	- action prévention / Sida
Centre d'Accueil et d'hébergement municipal, la SILBA ( accueil de jour ), le Bastion ( urgence )		-réunion d'information sur Sida et MST, distribution de préservatifs ; achat de sous-vêtements et produits d'hygiène ; vaccinations antitétaniques et antigrippales

Ce panorama non exhaustif montre la variété des pratiques en matière de prévention. Pour D. Antony, éducateur spécialisé, le foisonnement des structures agréées au titre de la prévention fait de Strasbourg une véritable " toile d'araignée." Les actions initiées concernent des sujets variés mais sont souvent réalisées avec des moyens peu adéquats au regard des thématiques abordées.

Les outils de prévention qui sont mis à la disposition des structures par le CORESA permettent une information a minima sur les question de sexualité, de contraception et sur les conduites à risques. Il faut rendre cet outil vivant car distribuer un préservatif n'est jamais un acte anodin et peut permettre une discussion plus approfondie. Comme le constate l'équipe d'Horizon Amitié, *“ ce qui avait simplement commencé par la mise à disposition d'un stock de préservatifs et des discussions informelles, a par la suite fait son chemin dans les esprits jusqu'à donner lieu à des articles dans le journal des usagers.”*

La prévention collective peut aussi être efficace sur certains champs d'action ; comme on le voit dans le tableau, quelques structures font le pari de mettre en place des ateliers cuisine. Ils sont l'occasion de débats connexes sur l'importance d'une hygiène personnelle ou sur le rapport de l'utilisateur à son propre corps. Par la confection d'un repas, on peut ainsi arriver à faire émerger une parole sur la consommation d'alcool ou d'autres produits. Ce genre d'actions exige de réunir certaines conditions pour être efficaces :

- elles doivent reposer sur la libre adhésion des participants
- elles doivent se faire sans la présence des travailleurs sociaux<sup>95</sup>, interlocuteurs réguliers des usagers : en leur absence, une autre parole, plus intime, est susceptible de naître.

### **3 ) Une prévention manifestement inefficace sur certains domaines.**

Toute la prévention collective pose problème car *“ elle est structurellement difficile du fait du tabou dont le corps fait l'objet ”*<sup>96</sup> Par exemple, faire venir un dentiste pour en parler est a priori une idée séduisante, mais le message reste difficile à faire passer : la participation des résidents est passive pour ce genre d'atelier et la venue d'un dentiste est vécue comme une intrusion dans l'intimité des personnes.

En outre, si chaque structure attache une grande importance aux discussions avec le travailleur social / usager, le discours délivré ne se base pas sur un référentiel de pratiques. La variété des discours n'apparaît pas comme un gage de diffusion d'autant plus large de

---

<sup>95</sup> *“ Le problème des acteurs sociaux, pleins de bonnes intentions, c'est qu'ils veulent tant avoir raison (...) qu'ils mettent malgré eux les autres dans une situation insupportable...”* Docteur MA Guedj, responsable des urgences à l'hôpital Ste Anne de Paris – Le Figaro du 14 septembre 2000.

<sup>96</sup> Rapport *“ Accès aux soins dans les CHRS ”*

l'information et des messages de prévention. On peut avancer certaines propositions pour renforcer l'impératif de prévention.

#### **4) Propositions pour une prévention basée sur l'écoute et les échanges de pratique.**

##### *a) Elaborer le " qui fait quoi ? " de la prévention.*

Il s'agirait de bien répertorier tous les organismes en possession d'outils de prévention et de permettre des échanges réguliers entre les producteurs de l'information ( le CORESA, la CPAM, l'ORSAL... ) et les utilisateurs. Ceci permettrait d'adapter constamment les discours aux réalités vécues par les travailleurs sociaux et les usagers.

Ce " qui fait quoi ? " ne doit pas être un outil immuable mais au contraire l'occasion d'échanges perpétuels sur les besoins et difficultés ressenties par les intervenants de terrain.

On pourrait imaginer que ce " qui fait quoi? " se décline en plusieurs thématiques – dépendances et usages de drogue – nutrition / hygiène corporelle – sexualité / contraception. Ces thématiques pourraient donner lieu à la création de groupes de travail au sein desquels les référents échangent sur leurs pratiques quotidiennes. Par exemple, les responsables des " ateliers cuisine " pourraient se rencontrer régulièrement afin de communiquer sur leur réussites et / ou échecs.

##### *b) Adopter un socle de discours commun.*

La variété des discours en terme de prévention reste une chance dans la mesure où l'utilisateur s'y retrouve ; il y a par contre danger lorsque les messages délivrés sont contradictoires. Il serait dès lors opportun, non pas d'adopter un discours uniforme qui brimerait la marge de manœuvre des intervenants, mais au moins de s'en tenir à une base de messages à faire passer.

La rédaction d'un référentiel de pratiques pourrait être réalisée par le CORESA : il recenserait les différents modes d'accroche sur la santé et les discours pouvant en découler sur des problématiques identifiées.

c) *Construire des séances de prévention avec les jeunes.*

Les échecs de la prévention collective sont souvent dûs à une passivité des usagers : réduits au rôle d'écouter, il n'est pas sûr que les messages portent leurs fruits. Une prévention plus interactive, réalisée par exemple à partir d'un questionnaire relevant les besoins et envies des jeunes, pourrait être initiée.

Il ne s'agit pas de remettre en cause le discours des adultes mais de soulever un écueil récurrent : les messages ne passent pas car ils sont encore transmis sur le mode adulte – connaissant au jeune – ignorant. L'expérience montre que l'adulte n'est pas omniscient et que responsabiliser l'utilisateur peut aussi permettre à l'adulte de se remettre en cause en permanence.

On pourrait imaginer que les séances de prévention soient construites avec les jeunes et qu'ils participent à l'élaboration de celles-ci.

d) *Evaluer les actions de la prévention spécialisée*

Face à la complexité d'aller vers les populations, il importe de bien repérer les structures compétentes : l'architecture strasbourgeoise manque de lisibilité en l'espèce.

La Ville de Strasbourg est responsable de la prévention dite précoce, auprès des jeunes mineurs : ce sont surtout des missions d'animation, mais prévention et animation se sont historiquement chevauchées à Strasbourg si bien que les messages n'ont pu être bien entendus par les jeunes. Par exemple, il y avait encore récemment 5 clubs de prévention intervenant dans le quartier du Neuhof (environ 260 intervenants en tout) : ils n'ont pas été identifiés par les jeunes car, sur un quartier regroupant 8000 à 9000 jeunes, seulement 450 étaient vus par les clubs. De plus, ceux-ci n'étaient perçus par les jeunes que comme *“ ceux qui nous emmenaient en vacances.”*

Le Conseil Général du Bas-Rhin est responsable de la prévention spécialisée. La *“ PS ”* est avant tout une action pour renforcer le lien social avec les jeunes en difficulté. *“ Il s'agit d'aller vers les jeunes là où ils sont ; de partager la vie du jeune afin d'établir ou rétablir le*

*lien impossible jusqu'alors rompu avec l'environnement adulte, les institutions et la société.*<sup>97</sup> explique B. Monnier. Après les dérives des années 1970 – 80 où celui-ci finançait des actions sans demander des comptes aux associations, le Conseil Général du Bas-Rhin a initié une mise à plat et un redéploiement des actions. Ceux-ci sont justifiés par le fait que “ *le département se voit pour une partie privé de ce dispositif spécifique ( la PS ) qu'il finance pourtant.*”<sup>98</sup> En mai 1997, la commission permanente du Conseil Général a adopté certaines orientations en conséquence :

- développer le travail de rue pour aller à la rencontre des jeunes\*
- action de médiation : mise en liaison des jeunes et des adultes avec l'institution
- partenariat et travail en réseau deviennent des obligations
- la notion d'action sur le milieu devient une priorité<sup>99</sup>

Plus de 3 ans après l'adoption de ces orientations, elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation claire. Il est significatif de remarquer l'absence de représentants du Conseil Général aux réunions du groupe de réflexion constitué à l'initiative du CREAL : ce groupe réunit des responsables des services sanitaires ( psychiatriques – hospitaliers ), de structures de placement ( Foyer de l'enfance ) et des autorités institutionnelles ( Inspection académique – PJJ, Juge des Enfants, Ville de Strasbourg ). Devant les difficultés à travailler avec des adolescents, ils échangent sur leur pratique et leurs contraintes quotidiennes.

Il faut espérer que ce groupe devienne une force de propositions, mais en l'absence d'un des financeurs, on ne peut qu'émettre quelques réserves.<sup>100</sup>

---

<sup>97</sup> B. Monnier, *Le militant, les équipes d'Amitié*, Journées de l'AFSEA consacrées à la prévention spécialisée, Paris, novembre 1998.

<sup>98</sup> D. Hoeffel, *Propositions relatives au dispositif de la prévention spécialisée*, rapport du Président du Conseil Général du Bas-Rhin, 15 novembre 1996.

<sup>99</sup> *Lutter contre l'exclusion des jeunes en renforçant le lien social dans un quartier de Strasbourg*, R. Wagner, Filière CAFDES, Années 1996-98, éditions ENSP.

<sup>100</sup> Le contexte de précampagne électorale ne facilite pas les échanges Ville de Strasbourg / Conseil Général. De plus la majorité des conseillers généraux sont issus du milieu rural, ce qui peut expliquer une forme de désengagement par rapport aux missions dévolues à la PS. Rappelons en outre que le contenu de la campagne est très axé sur le “ retour de l'insécurité et la délinquance des jeunes”. Faut-il y voir un lien de cause à effet ?

e) *Une exigence de formation à satisfaire.*

Les intervenants dans les CHRS et accueils de jour sont fortement demandeurs de formations sur des thématiques telles que l'alimentation, la contraception, l'hygiène dentaire et ses liens avec l'organisme, les principaux traitements délivrés en cas de troubles psychiatriques, de dépression, d'atteinte VIH, hépatites, MST.

Sans faire des intervenants des professionnels médicaux, il est impératif de délivrer un minimum de discours commun. Cela pose au final la question de la formation des travailleurs sociaux et des professionnels de santé. Certains ( JC Blanc, P. Stephann ) pointent l'inadéquation de la formation dispensée par l'ESTES<sup>101</sup> aux réalités du terrain : *“ leur discours moralisateur est complètement en décalage avec l'importance de l'accroche auprès des jeunes : c'est d'ailleurs tout le discours de l'école d'éducateurs spécialisés qui est aujourd'hui en décalage avec les réalités du terrain.”* ( JC Blanc ) *“ le poids du pouvoir du travailleur social n'est pas assez conscientisé chez eux alors que nous les sommes les agents de la première violence sociale. L'accroche exige du temps et de la présence dans les coins et les recoins de la rue ; il faut aussi se départir du discours hygiéniste encore largement en cours.”* ( P. Stephann ).

---

<sup>101</sup> Ecole de formation d'éducateurs spécialisés de Strasbourg.

Il semble artificiel de conclure sur un sujet aussi vaste que celui de la santé des jeunes les plus démunis habitant la Communauté Urbaine de Strasbourg.

L'état des lieux a cependant cherché à démontrer que dans une ville riche et dense en structures sanitaires et sociales, l'ampleur des problématiques rencontrées justifie la mise en place d'une politique incitative conforme aux orientations préconisées par le Haut Comité de la Santé Publique dans son avis du 11 février 1998.<sup>102</sup>

La densité des acteurs oeuvrant à Strasbourg représente plus un frein à une prise en charge globale et à l'efficacité de la prévention ; l'impératif de travailler en réseau ne doit donc pas devenir une incantation ou une précaution oratoire, mais bien une réalité quotidienne des échanges entre partenaires sanitaires et sociaux. Nombre d'entre eux remplissent d'ailleurs déjà cette mission de mise en relation.

Il n'en reste pas moins que devant l'éventail des difficultés rencontrées par les jeunes au quotidien et certains dysfonctionnements dans la prise en charge, on ne saurait se satisfaire de l'existant : l'administration sanitaire et sociale doit dès lors affirmer son rôle d'incitateur dans la mise en oeuvre des politiques publiques.

Au niveau de la DRASS, le PRAPS devrait profiter du " bouillonnement institutionnel " qui avait caractérisé sa phase d'élaboration pour maintenir ce cap : un soutien politique de la direction est clairement nécessaire pour que les groupes de travail deviennent des forces de proposition. A défaut, le PRAPS, salué pour sa richesse et son ambition, ne réaliserait pas l'objectif de rapprocher structures sanitaires et sociales.

Au niveau régional, les problématiques rencontrées par les jeunes mettent aussi en évidence le besoin de réfléchir à de nouveaux métiers ou, pour le moins, d'adapter en permanence les formations des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé aux exigences et constats nés du terrain. L'émergence de métiers " à la frontière du sanitaire et du social " impliquent une réflexion féconde sur les compétences initiales requises et sur la formation continue des acteurs.

---

<sup>102</sup> " *le Haut Comité de la Santé Publique considère que la précarité éclaire de manière inquiétante le problème de la santé des jeunes qui plus que jamais doit devenir l'un des axes majeurs de la politique de santé publique en France.*" – Avis adopté par le HCSP lors de sa séance plénière du 11 février 1998.

Face à la “ crise d’identité “ dont souffre l’échelon départemental suite à la mise en place des ARH, il est probable qu’une nouvelle légitimité peut ressortir de la mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions.

Il ne s’agit pas de reconquérir un espace parfois laissé libre par les collectivités locales, mais de bien saisir le rôle d’impulseur et de coordonnateur que peut jouer la DDASS. Certaines des propositions formulées dans ce mémoire s’inscrivent dans cette logique, sans pour autant remettre en cause la répartition des compétences telle qu’elle résulte des lois de la décentralisation.

L’implication, historique, de la Ville de Strasbourg dans la prise en charge des plus démunis ne devrait pas mener à un abandon de leurs missions par les autres partenaires. Il y aurait en outre un danger à trop schématiser les rapports de force politique qui peuvent être à l’œuvre au niveau de la CUS. Aucun parti politique n’a à se targuer d’être plus dynamique que ses adversaires en ce qui concerne la santé publique.<sup>103</sup>

La santé des jeunes les plus démunis et le prix que la société est prête à payer pour la favoriser interrogent nos propres perceptions de l’avenir : par delà les contingences politiques, il est nécessaire, comme le stipule le HCSP “ *de prévenir la régression de l’état de santé des couches sociales les plus défavorisées et surtout de la jeunesse.*”

---

<sup>103</sup> “ *Comment comprendre l’assourdissant silence qui a accompagné le récent travail collectif de l’INSERM qui a dressé l’inventaire des inégalités de santé en France et a appelé à une évaluation des politiques de santé incluant dans ses critères leur capacité à réduire ces inégalités ?* ” Article “ *la santé publique oubliée par la gauche* “ : Le Monde du 14 décembre 2000.

## Annexe n°1 - Bibliographie

- **textes législatifs et réglementaires :**

- Loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions.
- Loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle
- Décret du 29 juin 1999 relatif aux Centres Spécialisés de Soins en Toxicomanie
- Décret du 29 décembre 1998 relatif aux P.R.A.P.S
- Circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- Plan triennal de 1999 relatif à la lutte contre les drogues et la prévention des dépendances.
- Règlement Départemental d'Aide Sociale du Bas-Rhin ( février 1998 )
- Actes de la Conférence Régionale de Santé ( Alsace – 09 novembre 2000)  
*Non encore parus*
- Convention de partenariat entre le Conseil Régional, la CRAMAM et les 5 CPAM d'Alsace sur la santé des jeunes – 19 février 1998.
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes précaires ( région Alsace ) – Préfecture de la région Alsace – SGARE – arrêté du 03 avril 2000.

- Programme Régional de Santé Alcool 2000 / 2004, Bilan de l'existant en matière de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ( DRASS – début 1999 ) et analyse des indicateurs alcool dans la région Alsace ( ORSAL – 1998 ).
  
- **études, ouvrages, :**
  - Ligue des Droits de l'Homme, *l'Hôpital aujourd'hui*, 1994.
  - JB. Defoucault et D.Piveteau, *Une société en quête de sens*, Ed. O.Jacob, 1995.
  - L. Moreau de Bellaing et J. Guillou; *Les SDF : un phénomène d'errance*, l'Harmattan, Paris, 1995
  - J. Lebas et P. Chauvin, *Précarité et santé*, Flammarion, avril 1998.
  - *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances* – OFDT, édition 1999.
  - D.Duprez et M.Kokoreff, *Les Mondes de la Drogue* – éd. O.Jacob, février 2000.
  - P. Jamouille, *Drogues de rue, récits et style de vie*, Université De Boeck, éditions Oxalis, 2000.
  - FP. Debionne, *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin* – Les éditions de l'atelier – éditions Quart-Monde – février 2000.

- **mémoires :**

- « *Lutter contre l'exclusion des jeunes en renforçant le lien social dans un quartier de Strasbourg* ». Mémoire de R.Wagner – filière CAFDES ( années 1996/98 ) – éditions ENSP.
- « *L'accueil des populations démunies à l'hôpital : quels enjeux et quelles solutions ? Analyse et discussion de l'expérience des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg* ». Mémoire de S.Treguenard ( E.D.H – promotion 1997/99 ) – éditions ENSP.

- **rapports :**

- J. Wresinski, *Rapport au Comité Economique et Social*, 1987.
- M. Choquet et S. Ledoux, *Adolescents, enquête nationale*, Les éditions INSERM, coll. analyse et perspectives, 1994.
- *Expérimentation d'une enquête sur les personnes sans-abri dans la Communauté Urbaine de Strasbourg*, Centre Régional pour l'Etude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées ( CREAI Alsace ), Frédéric Trautmann, 1995
- *Mener un programme en santé des jeunes, guide de conduite à l'échelle départementale ou locale*, Ministère du travail et des affaires Sociales – Fondation de France ;1<sup>er</sup> trimestre 1996.
- *Enquête de population MONICA*, Laboratoire d'épidémiologie de santé publique, 1996.
- D. Hoeffel, *Propositions relatives au dispositif de la prévention spécialisée*, Rapport du Président du Conseil Général du Bas-Rhin, 15 novembre 1996.

- F. Chobeaux et M. Hirtz, *Accueillir l'errance*, Recherche pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction de l'Action Sociale - 1998.
- *Bilan de l'accompagnement socio-médical*, Horizon Amitié, 1998
- *Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Haut Comité de la Santé Publique, 1998.
- *Evaluer la mise à disposition du Subutex<sup>®</sup> pour la prise en charge* – SIAMOIS / RNSP – juin 1998.
- *Chômage des jeunes et insertion professionnelle en France et en Allemagne – regards croisés sur les politiques menées par la Ville de Stuttgart et la Communauté Urbaine de Strasbourg* ; Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne contemporaine avec la collaboration de W. Neumann ( Deutsch-französisches Institut ) ; Printemps 1999.
- *Guide pratique à l'usage des partenaires concernés par les personnes sans abri dans le département du Bas-Rhin*, CODELICO, janvier 2000.
- *Centre de dépistage des MST et du SIDA dans le Bas-Rhin*, dossier de présentation, 16 mars 2000.
- *Pour une politique nutritionnelle de santé publique*, Haut Comité de la Santé Publique, 15 juin 2000.
- *L'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du Bas-Rhin*, Rapport commandé par la DDASS du Bas-Rhin, réalisé par la FNARS ( juillet 2000 )
- *Baromètre Santé – Premiers résultats 2000 : les jeunes de 12 à 25 ans en Alsace*. ORSAL.

- **revues, articles :**

- Revues trimestrielles du Haut Comité de la Santé Publique ( et spécialement l'édition de mars 1995 consacrée à la santé des jeunes )
- Revues mensuelles de l'association d'auto-support ASUD
- Article « *Précarités, accueil hospitalier, médicalisation* » d'E.Couty in Espace éthique, éléments pour un débat, les dossiers de l'AP-HP, 1997.
- Revues Echanges santé-social et notamment le numéro spécial jeunes ( Article de B.Gaudin, *Jeunes en errance. Quels enjeux ? Que faire ?* ) – juin 1998.
- QUANTILES – INSEE ALSACE ; n° 68 ; juillet 1999.
- *La Couverture Maladie Universelle*, Revue Droit Social, janvier 2000.
- Article « *Social : quand l'exclusion tutoie la folie* », Le Figaro, 15 septembre 2000.
- Article « *De plus en plus de jeunes tentés par le cannabis* », Le Figaro, 04 octobre 2000
- Article « *les vertus du modèle français de substitution* », Libération, 28 novembre 2000.
- Article « *Nette recrudescence du Sida en Alsace* », Les Dernières Nouvelles d'Alsace, 30 novembre 2000.
- Article « *La santé publique oubliée par la gauche* », Le Monde, 14 décembre 2000.

- Numéro spécial consacré à Strasbourg, Libération, 15 décembre 2000.
- Acteurs Magazine, n°50, décembre 2000.
- **sites Internet :**
  - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
  - [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)
  - [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)
- **support cassette vidéo :**
  - Film réalisé par l'association Moderniser sans Exclure « *Du bon usage des structures de soins.* »

## Annexe n° 2 – Index des sigles.

ALT	Association de Lutte contre la Toxicomanie
AME	Aide Médicale Etat
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS	Assistante Sociale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CA	Conseil d'Administration
CCAA	Centre de Consultation Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Aide Sociale
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFI	Contrat de Formation Individualisé
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CME	Comité Médical d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CODELICO	COmité DEpartemental de Lliaison et de COordination des services sociaux du Bas-Rhin
CORESA	COmité Régional d'Education à la Santé d'Alsace
CPA	Comité de Prévention de l'Alcoolisme
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planning et d'Education Familiale
CRAMAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Alsace - Moselle
CREAI	Centre Régional pour l'Etude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSST	Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CUS	Communauté Urbaine de Strasbourg
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAJ	Fonds d'Aide aux Jeunes
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
FNARS	Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale

HUS	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers.
MG	Médecin Généraliste
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et les Toxicomanies
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MLI	Mission Locale Intercommunale
MLS	Mission Locale de Strasbourg
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NHC	Nouvel Hôpital Civil
PAE	Point Accueil Écoute
PAIO	Permanence Accueil Information Orientation
PAJ - PEJ	Point Accueil Jeunes – Point Écoute Jeunes
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PES	Programme d'Échange de Seringues
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
PS	Prévention Spécialisée
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TRACE	TRajet d'ACcès à l'Emploi

## Annexe n°3 - Identification des profils - types

Les jeunes les plus démunis vivant sur le territoire de la Communauté Urbaine de Strasbourg peuvent être identifiés en fonction de trois profils types différents. Ces profils sont ce que JC Blanc nomme « *la fusée à 3 étages* ».

### **1) des jeunes socialisés mais en voie de précarisation.**

Il s'agit par exemple du jeune locataire livré à lui-même. La santé n'est en général pas sa priorité ; le manque d'information en matière d'ouverture de droits débouche sur le « parcours du combattant pour obtenir la CMU ». L'absence de ressources régulières et l'obligation de payer le loyer ont pour conséquence des arbitrages défavorables à une alimentation saine et équilibrée.

Ils sont inscrits en majorité dans le parcours TRACE.

### **2) les sans domicile fixe marginalisés.**

Il peut s'agir de jeunes vivant un moment de conflit familial passager ou déjà en situation de rupture familiale. Une bonne partie d'entre eux est originaire des quartiers de la ville de Strasbourg ( Cronembourg, HautePierre, Neuhof, Meinau )

Ces personnes posent a priori moins de problèmes, car elles sont repérées et logées par le biais du Plan d'Hébergement Temporaire. « *On arrive à leur faire comprendre l'importance de leur santé ; les démarches sont faites, car avant qu'ils ne se retrouvent à la rue, leurs familles respectives leur avait inculqué la pédagogie du soin.* »<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> Entretien avec JC Blanc, référent social du Fonds d'Aide aux Jeunes

Ils sont également inscrits dans le parcours TRACE : 62% des « tracistes » dans le Bas –Rhin sont originaires de la CUS et des quartiers relevant de la politique de la ville.

### **3) les sans domicile fixe très marginalisés.**

Ils sont ceux qui posent le plus de problèmes, tant dans leur relation vis-à-vis de l'institution qui est vécue sur le mode du conflit que dans la nature des problématiques sanitaires posées ( conduites addictives, suivi sanitaire complexe à organiser... ).

Ce sont les jeunes qu'on regroupe sous le terme générique de « jeunes en errance » : certains d'entre eux sont originaires de la CUS, mais une majorité vient d'autres régions, pour une courte période ou au contraire pour s'installer définitivement. On retrouve dans cette catégorie les « travellers », à savoir les jeunes de « l'errance festivalière » : en dehors des festivals organisés à Strasbourg même, la ville est un lieu de passage obligé pour les festivaliers se rendant en Allemagne ou en Suisse, notamment en période estivale.

## Annexes n° 4 – Liste des entretiens

PROFESSIONNELS	DOMAINE D'INTERVENTION	STRUCTURES
- Mme Schauder - Melle Goffic	Situation sanitaire des plus démunis	Observatoire Régional de la Santé en Alsace
- Mme Lieb	Cellule CMU	CPAM de Strasbourg
- M. Buisson	Instruction CMU	Club de prévention « L'Etage » <sup>105</sup>
- Sœur Bernard Joseph - Dr. Monsche	Accueil médicalisé pour personnes démunies	Escale St Vincent – Clinique Ste Barbe
- Mme Denis, assistante sociale	Accès aux droits et soins des plus démunis	Association Médecins du Monde
- Professeur Baldauf	Service de gynécologie-obstétrique	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg <sup>106</sup> ( Hautepierre )
- Professeur Brettes - Mme Nousse, cadre infirmier supérieur	Service de gynécologie-obstétrique	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hôpital Civil )
- Mme A. Hazenfratz ; assistante sociale - Mme Neef, infirmière	Permanence d'Accès aux Soins de Santé, « <i>la Boussole</i> »	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hôpital Civil )
Mme Marchal,	Enfance en danger	Cellule maltraitance des

<sup>105</sup> Stage d'une semaine au Club de prévention « L' Etage ».

<sup>106</sup> Stage d'une semaine aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

assistante sociale		Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hautepierre )
Docteur De Laharpe	Alcool et jeunes	CCAA des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hôpital Civil )
?	Conduites à risque et polytoxicomanie	« <i>Le fil d'Ariane</i> » – unité de soins aux patients toxicomanes avec outil méthadone
- Mme Engel ( psychologue ) - Mme Gesnel ( directrice )	Toxicomanie	Centre d'accueil et de soins
- Mme Ledit ( éducatrice spécialisée, directrice )	Toxicomanie	Association Espace Indépendance
- Mme Gesnel, directrice de l'association	Toxicomanie	Association de Lutte contre la Toxicomanie : Centre de post-cure – C.S.S.T.
<b>PROFESSIONNELS</b>	<b>DOMAINE D'INTERVENTION</b>	<b>STRUCTURES</b>
-Docteur Zimmermann	Psychiatrie adultes	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hôpital Civil )
- Mme Koetzle, cadre infirmier supérieur	Psychiatrie infanto-juvénile	Service psychothérapeutique pour enfants et adolescents de l'Elsau
- Professeur Bursztejn	Service psychothérapeutique pour enfants et adolescents	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ( Hôpital Civil )
- M. Ertzscheid ( infirmier psychiatrique	Cellule Précarité Psychiatrie	Centre Médico-psychologique ( Etablissement Public de Santé d'Alsace-Nord )

coordonnateur ) - Mmes Médina et Wentzinger( infirmières polyvalentes ) - Melle Loriete ( élève infirmière polyvalente )		
- Mme Hirlemann, psychologue	Plate-forme ressources santé	Mission Locale Intercommunale de Schiltigheim
- M.Wahbi	Insertion et santé	Mission Locale de Strasbourg ( Antenne Ville )
- Docteur Mayer	Insertion et santé ( bilans de santé)	Centre d'examens de santé de la MGEN
- M.Blanc, référent social	Instruction du F.A.J.	Bureau d'attribution du F.A.J.
- M.Chesnet, ancien directeur	Hébergement et accompagnement	Hôtel Social du Château d'Eau
- M. Haller, directeur	Hébergement et accompagnement	FJT L'arc en Ciel
- Mme Bartier, directrice	Hébergement et accompagnement	FJT Notre Dame
- M. Antony, éducateur spécialisé - Melle Sigrist	Prévention spécialisée	Association Entr'aide Prévention
- M. Stéphane, éducateur spécialisé	Prévention spécialisée	Association VIL.A.JE
- Dr Cahen - Mme Frey ( infirmière ) - Mme Geisler	Prévention	Service de santé / prévention de la Ville de Strasbourg
M. Laurent, médecin	Prévention des MST	Conseil Général du Bas-Rhin

<b>PROFESSIONNELS</b>	<b>DOMAINE D'INTERVENTION</b>	<b>STRUCTURES</b>
- Mme le Dr Haan	Promotion de la santé en faveur des élèves	Inspection Académique
Mme Deutschmann, Mme Schaal, assistantes sociales	Service Social en faveur des élèves	Inspection académique

Cette liste ne répertorie pas les entretiens réalisés avec les responsables de la DRASS Alsace, de la DDASS du Bas-Rhin ( *Service des Politiques Sociales* ) ainsi que les discussions que j'ai pu avoir avec des sages-femmes de la Maternité du centre ville des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

## Annexe n°5 - Modèle de grille d'entretien

### 1. **PRESENTATION DE LA STRUCTURE RENCONTREE.**

#### A. Modalités de constitution.

- qui a eu l'initiative ?
- une structure préexistait-elle avant ?
- rôle et action des différents intervenants ?
- difficultés rencontrées à cette occasion ?
- attitude des autorités de tutelle ?

#### B. Modalités de fonctionnement.

- nombre et nature des emplois de la structure
- horaires de fonctionnement journalier
- amplitude hebdomadaire ( ouverture en été également ? )

#### C. Champ d'action de la structure.

- fait-il l'objet d'une définition stricte encadrée par une loi, une circulaire, une convention entre plusieurs partenaires ?

- y-a-t'il décalage entre cette définition et la réalité quotidienne ? ( dépassement des missions ? )
- un champ de compétence à restreindre / élargir ?

## **2. TYPOLOGIE DES PUBLICS ACCUEILLIS.**

### A. Répartition par classe d'âge.

- place des 16 / 25 ans dans votre structure ?
- place éventuellement des jeunes de moins de 16 ans ?
- faites-vous le constat d'une augmentation de ce type de public par rapport à votre champ d'activité ? Phénomène quantifiable ou simple vécu ?
- comment sont-ils orientés vers vous ? ( bouche à oreille, rôle des éducateurs, amis, parents...)

### B. Caractéristiques en termes d'insertion sociale et professionnelle.

- des publics insérés dans la société ( étudiants, salariés, stagiaires de la formation professionnelle... )
- des publics « TRACE »
- des publics très désocialisés, jeunes en rupture familiale, en errance...
- dans cette répartition, notez-vous une augmentation d'une catégorie ou d'une autre ?

## C. Caractéristiques par rapport à la santé des jeunes.

### 1) *Constats d'ordres généraux.*

- quel constat faites-vous sur la situation sanitaire globale des jeunes que vous rencontrez ?
- diriez-vous qu'il existe des problèmes particuliers aux jeunes ? sur quelles thématiques en particulier ?
- est-ce que cela justifie la mise en place d'une politique spécifique ou une meilleure implication des professionnels du droit commun ?

### 2) *Thématiques particulières.*

Soins sanitaires courants :

- quelle prégnance des problèmes dentaires ?
- y a-t-il d'autres domaines particulièrement sensibles pour la santé des jeunes que vous rencontrez ? ( Ex : sexualité, alimentation, rythme veille / sommeil, optique... )
- les jeunes que vous voyez font-ils une activité physique ou sportive ? Régulièrement ?
- comment les jeunes que vous recevez se représentent leur santé : registre de l'immédiateté, de l'intimité donc du non-dit... ?

## Dépendances :

- pouvez-vous mesurer l'importance des conduites addictives et des dépendances parmi les jeunes que vous rencontrez ?
- quelle est l'importance du phénomène de polytoxicomanie ? Comment en faites-vous le repérage ?
- est-ce que vous notez un phénomène d'alcoolisme propre aux jeunes ?
- le tabagisme est-il récurrent chez les jeunes que vous rencontrez ?
- l'absorption de médicaments ou d'autres « mélanges explosifs » est-elle courante ?
- produits de substitution : les jeunes sous traitement les maîtrisent-ils ou en font-ils un usage détourné ? Avez-vous rencontré des jeunes non-toxicomanes devenus dépendants avec les produits de substitution comme produit d'entrée ?
- comment d'après vous le jeune se représente / explique son propre comportement ? ( effet d'entraînement, expérimentation personnelle, conscientisation du risque... )

## Problèmes d'ordre psychologique :

- relevez-vous fréquemment des problèmes de mal-être chez les jeunes que vous voyez ?
- est-ce un constat que vous faites depuis peu ou cette souffrance a-t-elle toujours existé ?

- quelles sont à votre avis les causes de cette souffrance ?
- sous quelles formes se manifeste-t-elle ? En parlent-ils sciemment ?
- diriez-vous que ces problèmes relèvent de la psychiatrie ?
- importance des conduites suicidaires ?

### **3. DISPOSITIFS DE SANTE DES JEUNES.**

#### A. Les dispositifs de prévention et de sensibilisation à la santé.

- participez-vous à des actions de prévention collective ?
- si oui, où, avec qui et sur quel champ spécifique ?
- d'après vous, de telles actions sont-elles efficaces ? sont-elles efficaces sur tous les champs de la santé ?
- dans quelle mesure faites-vous de la prévention individuelle ?
- comment réussissez-vous à réaliser l'accroche du jeune sur sa propre santé ?

#### B. Dispositif et accès aux soins.

- les jeunes que vous rencontrez sont-ils sans aucun droit ? ne savent pas ou ne veulent pas les faire valoir ?

- quels sont les obstacles qu'ils rencontrent pour les faire valoir ?
- les jeunes relèvent-ils d'un régime spécifique de prise en charge ?
- diriez-vous que la CMU représente une avancée pour ces jeunes ? ( notamment pour les mineurs en rupture familiale ) ou au contraire un retour en arrière par rapport à l'ancien système de la Carte Santé 67 ? Pour quelles raisons ?
- diriez-vous qu'il existe aujourd'hui une « médecine à deux vitesses » ?

### C. Dispositif et réseaux de soins.

#### 1) *Partenariat avec les acteurs institutionnels.*

- quel partenariat avec les organismes de sécurité sociale ? (efficacité / dysfonctionnements)
- quel partenariat avec les services de la CUS, du Conseil Général ?
- quel partenariat avec les associations et travailleurs sociaux ?
- quel partenariat avec les services de l'Etat : quel doit être sa mission d'après vous aujourd'hui ? Celle-ci est-elle bien remplie ?
- y a-t-il une claire répartition des responsabilités de chacun ? Est-ce que le jeune peut s'y retrouver ? Logique de guichet ou logique de prise en charge globale ?

#### 2) *Partenariat avec les professionnels de santé.*

- quelle coopération avec les services hospitaliers ? Comment annoncez-vous la nécessité d'une hospitalisation ? ( au jeune / à l'hôpital )

- travaillez-vous avec la médecine de ville ? Sur quels domaines ?
- quelle coopération avec les pharmacies d'officine en cas de besoin ?
- comment percevez-vous la coopération avec le secteur psy ?

#### **4. AXES DE TRAVAIL ET PROPOSITIONS ?**

Pour améliorer le dispositif ou remédier aux lacunes / dysfonctionnements que votre expérience vous permet de constater, quels seraient les propositions / projets que vous auriez à soumettre ?

A - Sur le volet prévention et sensibilisation à la santé des jeunes

B - Sur le volet connaissance et accès aux droits

C - Sur le volet recours au réseau de soins.

## **Annexe n°6 - Synthèse des propositions.**

### **I. Propositions pour « mieux connaître le terrain et l'utilisateur. »**

- inclure une porte d'entrée « situation sociale » dans le prochain baromètre Santé jeunes.
- collecter l'ensemble des données pour favoriser une étude épidémiologique fiable.
- réaliser un tableau de bord spécifique à destination de tous les partenaires du champ.
- rendre l'ORSAL destinataire de tous ces documents, afin qu'il devienne à terme un réel « observatoire des liens entre santé et précarité. »
- communiquer systématiquement les résultats de l'état des lieux aux groupes de travail du PRAPS Bas-Rhin.

### **II. Propositions pour renforcer l'accès aux droits et aux soins.**

- généraliser la démarche des assistantes sociales de la CPAM vers les partenaires sociaux.
- mieux sensibiliser les caisses à leur mission sociale et harmoniser les pratiques en matière d'instruction de la CMU : créer un échelon interne à la DDASS d'Observatoire de la CMU qui comprendrait les référents de la CPAM de

Strasbourg, et de la DDASS du Bas-Rhin et certains représentants agréés pour l'instruction de la CMU.

- diffusion de l'information auprès des usagers : financer la création d'un mini-guide « Adresses jeunes », le diffuser largement, l'actualiser en permanence.

### **III. Propositions pour favoriser les logiques de réseau.**

- mieux articuler services sociaux et structures sanitaires.
- créer une maison de convalescence à bas seuil d'exigence.
- partager l'information.
- sortir du débat sur la médicalisation des CHRS : pour un médecin coordonnateur passant dans chaque structure d'hébergement collective.
- mettre en œuvre l'impératif d'orienter vers le droit commun par une sensibilisation systématique au rôle du médecin généraliste
- renforcer le rôle de la DDASS par la désignation d'un « correspondant social des HUS »

### **IV. Propositions pour une prévention basée sur l'écoute et les échanges de pratique.**

- élaborer le « qui fait quoi ? » de la prévention.
- construire des séances de prévention à partir des besoins des jeunes et avec eux.

- adopter un socle de discours commun à partir d'un référentiel de pratiques, par exemple réalisé par le Comité Régional d'Education à la Santé.
- évaluer les actions initiées au titre de la prévention spécialisée.
- une exigence de formation à satisfaire sur certains champs spécifiques.

**Annexe n°7 - Structures collectives d'hébergement à Strasbourg**

Nom + localisation	Fiche signalitique
CHRS ANTENNE MEINAU ( quartier Meinau – Avenue de Normandie )	<p>Nb de places :18 ( structure éclatée )</p> <p>Public : hommes seul ayant un passé judiciaire</p> <p>Conditions d'accès : commission, rapport social souhaité</p> <p>Participation : 300 f / mois</p> <p>Durée d'hébergement :6 mois renouvelables</p>
CHRS LA CITE RELAIS Rue E. Delacroix	<p>Nb de places :32 en chambres individuelles</p> <p>Public :hommes, femmes célibataires</p> <p>Conditions d'accès : rapport social + entretien + commission</p> <p>Participation : 10 f / jour</p> <p>Durée d'hébergement : 6 mois renouvelables</p>
CHRS de l' ASSOCIATION D'ENTRAIDE Rue St Louis	<p>Nb de places :26</p> <p>Public :hommes, femmes, couples avec un enfant.</p> <p>Participation : 15 % des revenus.</p> <p>Durée d'hébergement : 6 mois renouvelables.</p>
CHRS FLORA TRISTAN	<p>Nb de places : 33</p> <p>Public : femmes majeures avec ou sans enfants en difficulté sociale.</p> <p>Conditions d'accès : rapport social + entretien + commission</p> <p>Participation : 30% du RMI</p> <p>Durée d'hébergement : 6 mois renouvelables</p>
CHRS LE HOME PROTESTANT Rue de l'Ail	<p>Nb de places : 37</p> <p>Public : femmes seules ou avec enfants, couples avec enfants</p> <p>Admission : rapport social + entretien + commission</p>

Nom + localisation	Fiche signalitique
HORIZON AMITIE Foyer PRECHTER ( CHRS ) ( HOENHEIM – banlieue de Strasbourg )	Nb de places : 20 Public : hommes seuls Participation : 300 f / mois minimum + économies selon ressources Durée d'hébergement :6 mois renouvelables
HORIZON AMITIE Foyer MILLOT ( CHRS ) Rue J.Millot	Nb de places : 25 Public : hommes seuls majeurs en situation de précarité Participation : au prorata des revenus Durée d'hébergement : de 1 à6 mois.
HORIZON AMITIE Service d'Accueil et de Réadaptation Sociale ( S.A.R.S. )	Nb de places : 35 appartements éclatés Public : couples avec ou sans enfants Participation : variable Durée d'hébergement : 6 mois renouvelables
Association d'Accueil et d'Hébergement pour les Jeunes ( Hôtel du Château d'Eau, Foyers, Auberges de Jeunesse...)	Entre 90 et 160 places Pas d'accès direct ; participation de 20f par personne et par nuitée.

*Source : guide pratique à l'usage des partenaires concernés par les personnes sans abri dans le département du Bas-Rhin – CODELICO – janvier 2000.*