



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2002 –**

**LES CONDITIONS D'EXISTENCE DES PERSONNES  
SANS DOMICILE FIXE COMME DETERMINANT DE  
SANTÉ**

**– groupe n° 16 –**

**Ce rapport de sminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***JABOT Françoise***

***RAYSSIGUIER Yvette***

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : LA VIE DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE : UN ENVIRONNEMENT HOSTILE A LA SANTE</b> .....	<b>6</b>
<b>I – La population sans domicile fixe : quelles réalités ?</b> .....	<b>6</b>
A - L'appréhension des personnes sans domicile fixe.....	6
B - Les facteurs de chute dans l'errance. ....	9
<b>II - La détérioration des conditions de vie des personnes sans domicile fixe et ses conséquences sur la santé.</b> .....	<b>12</b>
A - La vie au quotidien des personnes sans domicile fixe.....	13
B - Les problématiques de santé des personnes sans domicile fixe.....	15
<b>DEUXIEME PARTIE : AMELIORER LA SANTE DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE : LES POLITIQUES PUBLIQUES, LIMITES ET PERSPECTIVES D'AVENIR.</b> .....	<b>20</b>
<b>I - De la parcellisation à la globalisation des politiques publiques</b> .....	<b>20</b>
A - Vers une prise de conscience de la singularité du problème d'accès aux soins des personnes sans domicile fixe. ....	20
B - Limites des dispositifs existants.....	22
C - Vers une globalisation de la politique.....	24
<b>II – Quelques recommandations pour améliorer le "prendre soin" des personnes sans domicile fixe</b> .....	<b>28</b>
A - Un préalable indispensable: le changement de logique des institutions.....	28
B- Améliorer les modalités de fonctionnement de l'ensemble des structures : décloisonnement, territorialisation et réseaux.....	29
C - De nouvelles perspectives.....	31
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>34</b>

## **Liste des sigles utilisés**

APAPAR :	Association de Promotion des Actions de Prévention sur l'Agglomération Rochelaise.
AP-HP :	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
APRAS :	Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale.
CASU :	Commission Départementale de l'Action sociale.
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale.
CEC :	Contrat Emploi Consolidé.
CES :	Contrat Emploi Solidarité.
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé.
CMP :	Centre Médico-Psychologique.
CMU :	Couverture Maladie Universelle.
CRPS :	Comité Régional des Politiques de Santé.
CRS :	Conférence Régionale de Santé.
DDASS :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
ETP :	Equivalent Temps Plein.
HCSP :	Haut Comité de la Santé Publique.
HLM :	Habitation à Loyer Modéré.
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
Loi LCE :	Loi de Lutte Contre les Exclusions.
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
PDAS :	Plan Départemental d'Accès aux Soins.
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.
PRS :	Programme Régional de Santé.
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente.
SDF :	Sans Domicile Fixe.
ZUS :	Zone Urbaine Sensible.

## METHODOLOGIE :

Le module interprofessionnel (MIP) avait pour objectif, à partir d'un problème de santé publique, de permettre la confrontation de la culture et des connaissances des élèves issus de filières différentes : élèves directeurs des établissements sanitaires et sociaux, élèves directeurs d'hôpital, élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, élèves pharmaciens inspecteurs en santé publique, élèves directeurs de Soins. Il s'agissait de favoriser les conditions d'une meilleure appréhension de notre environnement professionnel futur et de percevoir l'intérêt de l'approche pluridisciplinaire des problèmes.

L'enjeu de ce travail était de taille car il devait mesurer notre capacité à travailler ensemble et concilier les expériences de chacun.

Il a fallu définir, en premier lieu, notre méthodologie pour appréhender un sujet sur lequel certains avaient des acquis tandis que d'autres découvraient la problématique des personnes sans domicile fixe (SDF).

Nous avons tout d'abord nommé parmi nous un référent chargé notamment de faciliter le lien avec les animatrices de notre groupe.

Cette démarche réalisée, nous avons défini la problématique, effectué des recherches documentaires et partagé notre travail en trois groupes :

- Le premier chargé de cerner la population SDF,
- Le second dont l'objectif était d'enquêter sur l'état de santé des personnes SDF,
- Le dernier dont le rôle était de déterminer les types de réponses apportées aux problématiques des personnes SDF.

Nous avons enrichi notre travail par l'organisation de divers entretiens permettant de confronter à nos apports littéraires l'expérience de professionnels. Soutenus par des grilles de questions élaborées par le groupe, ces entretiens ont été particulièrement riches d'enseignement et ont permis de dynamiser le contenu de notre rapport.

Notre réflexion a par ailleurs été encouragée et encadrée par les deux animatrices de notre groupe. En effet, plusieurs rencontres ont eu lieu de manière à nous assurer du respect de la problématique et à présenter régulièrement l'évolution de notre travail.

Une fois passées les difficultés inhérentes au travail de groupe, cette expérience s'est finalement avérée heureuse. Elle nous a, en effet, donné l'occasion d'unir nos connaissances et nos savoir-faire tout en mettant à profit nos différences, pour réfléchir à un sujet particulièrement d'actualité.

## INTRODUCTION

Durant les trente glorieuses, les situations d'urgence étaient vécues comme des accidents de l'histoire, symptômes de crises passagères et localisées que la croissance devait résorber. Depuis une vingtaine d'années, la montée des situations de précarité, la multiplication des situations de basculement qui affectent les trajectoires individuelles et collectives ne peuvent plus être analysées comme des phénomènes ponctuels. La présence de plus en plus manifeste sur l'espace public de certaines catégories de population se fait sentir. Ces individus sont en situation de rupture non seulement professionnelle, mais aussi institutionnelle, résidentielle, familiale ou sociale. D'abord à Paris, puis en province, le vagabondage, l'errance et la mendicité refont leur apparition. Un nombre croissant d'individus semble en perte dans la ville. Ils passent l'essentiel de leur temps dans la rue où ils dorment, parfois au risque de leur vie. En général, sans véritables attaches, ils sont en détresse comme de véritables "naufragés-urbains".

Aujourd'hui, 300 000 personnes seraient en France concernées par l'exclusion, 4,5 à 5,5 millions par la pauvreté (soit environ 8 à 10% des individus) et entre 12 et 15 millions par la précarité (soit 20 à 25% des individus).

Les personnes sans domicile fixe (SDF) souffrent des conditions liées à la fois à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion.

Ils sont considérés comme pauvres car les trois indicateurs de la pauvreté peuvent leur être appliqués : l'indicateur monétaire, puisque leurs revenus sont en dessous du seuil de pauvreté ; l'indicateur des conditions de vie comme ils subissent de nombreuses difficultés budgétaires ; l'indicateur de pauvreté administrative car ils peuvent relever de la solidarité nationale au titre des minima sociaux.

Ils sont en situation de précarité puisqu'ils rencontrent une instabilité extrême de leur situation, au regard de multiples dimensions : irrégularité des revenus, situations familiales, liens entretenus avec le marché du travail, conditions de logement, de santé...

Ils sont exclus. Le rapport Wrésinsky définit, en 1985, l'exclusion comme étant « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Cette exclusion entraîne un sentiment d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi et une intense souffrance psychique. « C'est également

cette souffrance qui conduit au renoncement des soins à son propre corps et à l'adoption de comportements qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques. »<sup>1</sup>

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) souligne ce lien entre précarisation et dégradation de la santé. Celle-ci est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"<sup>2</sup>. Cette définition de 1946 apparaît limitée : elle voit la santé comme un état statique, que l'on possède ou non, où le sujet est passif. Or la santé c'est aussi la capacité de s'adapter à son environnement. En effet, l'épanouissement de la santé suppose un environnement favorable. L'individu doit "pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable."<sup>3</sup>

Si l'on s'accorde à reconnaître que l'ensemble de ces conditions d'existence sont des déterminants de santé des individus, il est important de déterminer dans quelle mesure elles influent sur la santé.

Ainsi, il convient de se demander comment ces personnes, sans logement stable et aux ressources minimales, peuvent accéder à un droit à la santé ? Seraient-elles porteuses de maladies spécifiques à leur état de précarité ? Les politiques publiques sont-elles adaptées à leurs problématiques de santé en lien avec leurs conditions d'existence singulières ? De nouvelles perspectives peuvent-elles être esquissées ?

Afin de tenter de répondre à ces questions complexes, il est important de préciser les caractéristiques spécifiques de cette population hétérogène et dans quelle mesure leurs conditions de vie influent sur leur santé (Partie I), avant d'aborder la nature des réponses adoptées pour améliorer la santé des sans domicile fixe, leur adaptation aux besoins des personnes et d'envisager des propositions d'amélioration, politiques et institutionnelles (Partie II).

---

<sup>1</sup> *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé Rapport du HCSP février 1998.*

<sup>2</sup> *New-York 1946 Préambule à la constitution de l'OMS adoptée par la conférence internationale sur la santé*

<sup>3</sup> *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé Rapport du HCSP février 1998..*

# **PREMIÈRE PARTIE : LA VIE DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE : UN ENVIRONNEMENT HOSTILE A LA SANTE.**

## **I – La population sans domicile fixe : quelles réalités ?**

La définition hétérogène des personnes sans domicile fixe amène à s'interroger plus précisément sur leur parcours de vie.

### **A - L'appréhension des personnes sans domicile fixe**

Largement évoquées par les médias, les personnes en grande exclusion sont devenues une nouvelle figure de la pauvreté. Parfois qualifiées de sans abris, de clochards ou de personnes sans domicile fixe, cette population reste difficile à appréhender.

#### *1) Peut-on définir les personnes sans domicile fixe ?*

Il est difficile de donner une définition de ce qu'est une personne SDF. Il apparaît, au vu des rencontres avec les professionnels, que ce terme est peu utilisé car connoté négativement. Ainsi, les professionnels préfèrent parler de personnes en rupture ou en errance. Plusieurs définitions rentrent en contradiction.

Au sens commun du terme, les SDF sont les personnes qui vivent dans la rue. Cependant, ce terme regroupe des populations diverses.

Xavier Emmanuelli, Président-fondateur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Social de Paris, répartit les personnes en situation de précarité en trois groupes :

\* « *Les personnes précaires* sont celles qui perçoivent les minima-sociaux et qui ne sont pas concernées par les dispositifs mis en place pour les personnes SDF.

\* *Les personnes marginales* (dont l'exemple type correspond aux jeunes errants avec leurs chiens) peuvent toujours s'en sortir c'est pourquoi on ne peut les qualifier d'exclus.

\* *Les exclus* n'ont aucun lien avec la société et sont en permanence dans la rue. Le dispositif du SAMU social a été créé pour eux. »

Cette typologie réduit donc la définition des personnes SDF aux populations les plus "clochardisées".

L'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE), dans sa première étude menée auprès des personnes SDF en février 2001 portant sur 4000 personnes fréquentant les lieux d'hébergement et de restauration gratuite, donne une définition plus large que celle des sans abri. Elle inclut les personnes accueillies pour une longue durée, comme les femmes résidant en centre maternel, mais exclut les personnes logeant dans des habitations de fortune (41 000 personnes), hébergées par des parents ou amis (80 000) ou installées à l'hôtel (51 000) ; donc, toutes celles qui, de manière plus ou moins précaire, disposent quand même d'un lieu de vie privé. L'INSEE constate, par ailleurs, que durant le mois de janvier 2001, en métropole, 86 500 adultes ont fréquenté au moins une fois un service d'hébergement ou sollicité un repas chaud. Parmi eux, 63 500 étaient privés d'un domicile propre, 16 000 enfants de moins de 18 ans les accompagnaient.

Il a été décidé, pour notre étude, **de retenir cette définition de l'INSEE**. Cependant, nous avons choisi délibérément d'écarter la problématique des demandeurs d'asile. En effet ce public mériterait une étude approfondie. Cette définition posée, il convient de revenir plus précisément sur les caractéristiques des personnes SDF.

## *2) Les personnes sans domicile fixe : un "non-groupe social".*

Toutes les personnes regroupées sous le sigle SDF ne constituent pas à l'évidence un groupe social homogène. Frédérique Giuliani et Pierre A Vidal-Naquet, dans leur étude "Modes de vie, pratiques et trajectoires des personnes sans domicile fixe", illustrent cette absence d'homogénéité. Ils décrivent les personnes SDF comme un "non-groupe social". Ainsi, les professionnels rencontrent aussi bien des "clochards" à la rue depuis 15 ou 20 ans, des jeunes en galère, des toxicomanes, des malades psychiatriques en rupture de traitement ou encore des femmes victimes de violences conjugales.

Pourtant, même s'il est **difficile de dresser un portrait type d'une personne SDF**, différentes études et enquêtes permettent de déterminer quelques caractéristiques communes des personnes SDF.

En termes d'âge et de sexe, d'abord, les différentes études montrent qu'il s'agit dans les deux tiers des cas d'hommes isolés âgés de 30 à 60 ans. Toutefois, les professionnels



ont pu constater, d'une part, une augmentation importante du nombre de parents avec enfants et, d'autre part, un rajeunissement de la population. L'étude du SAMU social de Paris révèle, ainsi, que l'âge moyen des personnes à la rue est passé de 35,5 ans en 1999 à 33,3 ans en 2000.

En matière de logement, les résultats de l'enquête INSEE précitée permettent d'affirmer que 8% des sans domicile sont sans abri et dorment dans un espace privé (cave, cage d'escalier, voiture...) ou dans un lieu public ouvert (rue, pont) ou fermé (gare, métro...). 14% sont hébergés dans un centre qu'ils doivent quitter le matin contre 38% dans un centre où ils peuvent rester durant la journée. 5% sont logés à l'hôtel, 37% vivent en studio ou en appartement. Nombre d'entre eux acquittent une participation aux frais d'hébergement. De plus, selon le rapport annuel de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale publié en 2002, 12% des personnes présentes dans les centres d'accueil de nuit y dorment depuis plus de six mois, 2% depuis plus de 20 ans. L'orientation vers les centres d'hébergement s'effectue par l'intermédiaire d'un service social, des pompiers, d'une équipe de rue ou à leur propre initiative.

Enfin, l'INSEE indique que 29% des personnes SDF ont un emploi dans le privé, les associations ou les centres d'hébergement. Parmi ceux qui dorment dehors, 13% déclarent travailler, au moins occasionnellement. 43% sont inscrits au chômage et 28% sont inactifs (dont un quart d'étrangers interdits de travailler). 60% perçoivent au moins une prestation sociale. Un sur dix reconnaît « faire la manche » régulièrement.

Par ailleurs, des traits spécifiques semblent communs à l'ensemble des personnes SDF.

L'ouvrage de X. Emmanuelli, La fracture sociale<sup>4</sup>, fait apparaître que la souffrance sociale due à la perte de représentation sociétale, du groupe, du corps, du temps et de l'espace est une caractéristique commune à toutes les personnes SDF. Il souligne **trois défauts de représentation**.

**La perte de représentation du corps** : l'état de santé précaire des personnes exclues est lié au peu d'intérêt qu'elles portent à leur état physique général. Elles savent, de par leur apparence hirsute, menaçante, parfois ivre et sale, qu'elles ont peu de chance d'être prises en compte par qui que ce soit. Elles se sentent invisibles au regard de l'autre et par conséquent dans leur propre regard. Les « structures mentales » qui auraient dû les maintenir dans la connaissance implicite de leur corps sont atteintes, voire détruites.

---

<sup>4</sup> X. Emmanuelli, C. Frémontier, La fracture sociale, PUF, 126 p Avril 2002

**La perte des repères temporels** : pour les personnes SDF, le temps personnel tend à n'être plus inscrit dans le temps collectif. Leur situation est caractérisée par la gestion de l'immédiateté. Il n'existe que peu de lien avec le passé, et l'avenir est, de la même façon, inenvisageable. Il leur est très facile de basculer dans la « désaffiliation » parce qu'il n'existe pas de repères permettant la continuité.

**Le défaut de représentation de l'espace** : la notion de territoire est importante, elle est structurante du quotidien. Mais, ce qui est touché est la capacité de se mouvoir dans un espace plus vaste comme celui de nos villes.

Plus l'exclusion est importante, moins l'individu maîtrise la représentation de lui-même et de son environnement. Ceci entraîne **la perte du capital social et de la représentation sociétale**.

La condition de SDF recouvre des réalités diverses et les parcours des individus sont multiples. Quelles sont alors les causes de basculement dans l'errance ?

## **B - Les facteurs de chute dans l'errance.**

Frédérique Giuliani et Pierre Vidal Naquet estiment que certains facteurs "prédisposeraient" les individus à la condition de SDF tandis que d'autres "aggraveraient" le phénomène d'errance et prolongeraient le temps de vie dans la rue.

### *1) Les facteurs de "prédisposition".*

#### **➤ Les origines sociales "défavorisées"**

Les personnes SDF sont principalement issues de catégories sociales prolétarisées ou sous-prolétarisées<sup>5</sup>. L'ethnologue Patrick Gaboriau relève que lorsque les individus deviennent SDF, ils "**perpétuent une culture de rue dont ils héritent** de leur milieu et qu'ils finissent en général par reproduire". On est très proche ici du phénomène de "**reproduction sociale**".

Beaucoup proviennent des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) ou des cités Habitation à Loyer Modéré (HLM) où le travail est temporaire, peu qualifié et les ressources non-assurées. Il est rare que l'on rencontre un individu qui, par la profession de ses parents ou

---

<sup>5</sup> *Louis Moreau de Bellaing, Jacques Guillou, Un phénomène d'errance.*

par la sienne, puisse se situer dans la classe moyenne ou supérieure. Jacques Guillou, dans une étude sur les jeunes sans domicile fixe fréquentant les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), remarque qu'une part importante de ce public est passée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ces jeunes sont pour la plupart des enfants abandonnés, placés en foyer ou en familles d'accueil. La « *Cellule d'Accueil et d'Orientation psychiatrique pour les personnes sans résidence stable* » (*équipe mobile*) de Rennes, relève « l'enfance brisée » de la grande majorité des personnes en errance qu'ils rencontrent.

Toutefois, les origines sociales ne sont pas un déterminant absolu. Certains auteurs ont pu, en effet, rencontrer, parmi la population en errance étudiée, quelques médecins et officiers de marine. Nous avons, par ailleurs, croisé les trajectoires de personnes qui, a priori, n'étaient pas prédestinées à connaître la rue. C'est le cas de Mme M, professeur d'anglais, qui suite à un processus de chute dans l'exclusion (dépression, toxicomanie, endettement, perte de logement), a été hébergée en CHRS.

Un individu issu de catégories sociales aisées peut devenir une personne SDF. Dans les trajectoires de vie, un événement, une rupture dramatique (mort, déception amoureuse, crime, pathologie grave, etc) sont souvent la cause d'entrée dans l'exclusion.

#### ➤ **L'absence ou la faiblesse du niveau de qualification**

Nous avons relevé, lors de nos recherches ou lors des rencontres faites dans les structures d'accueil, qu'au moment du basculement dans la spirale de l'exclusion (perte d'emploi, difficulté à trouver un logement...), la personne "déqualifiée" aura tendance à être plus exposée, tout particulièrement dans un contexte économique impliquant des conditions d'accès à l'emploi toujours plus exigeantes.

#### ➤ **L'état de santé en général ou la présence de handicaps**

Une maladie est susceptible d'accélérer le basculement dans l'exclusion. A titre d'illustration, M. T (rencontré en *structure d'hébergement d'urgence à Marseille*) est insulino-dépendant et souffre de problèmes cardiaques et psychiatriques. Lorsqu'il a perdu son emploi à 29 ans, son état de santé a accéléré sa chute vers le « sans-abrisme ».

D'autres facteurs peuvent également participer du phénomène de basculement dans un processus d'exclusion et de perte de logement ou même aggraver le maintien dans celui-ci.

## 2) Les facteurs aggravants.

Une imbrication de facteurs peut aggraver la chute dans l'errance. **Ces facteurs sont de trois ordres : individuel, collectif, structurel.**

### ➤ Les facteurs aggravants individuels

**La présence de conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) :** la psychologue clinicienne de la "Cellule d'Accueil et d'Orientation Psychiatrique pour les personnes sans résidence stable" à Rennes reconnaît que les interventions de l'équipe mobile auprès des personnes SDF ont pour objet de traiter l'urgence. En effet, les conduites addictives participent de manière forte au maintien de la personne dans une situation de grande exclusion. L'équipe mobile constate que, bien souvent, ces conduites sont préexistantes à la situation d'errance.

**La présence de problèmes psychologiques ou psychiatriques avérés telles que les psychoses et la carence de leur prise en charge institutionnelle :** ces éléments sont des facteurs importants de chute et de maintien dans l'errance. Les pathologies psychiatriques sont souvent antérieures à l'entrée dans l'errance et ne sont pas toujours bien repérées ni traitées.

### ➤ Les facteurs aggravants collectifs

**L'absence de solidarités familiales ou sociales lors de la perte de logement :** celle-ci constitue un facteur aggravant de chute dans l'errance. Frédérique Giuliani et Pierre A. Vidal Naquet parlent alors de "déliasions familiales"<sup>6</sup>.

### ➤ Les facteurs aggravants structurels

**La rupture de la prise en charge institutionnelle :** la sortie d'un dispositif d'accompagnement constitue un moment critique pour la personne, à la frontière entre réinsertion et exclusion. Ainsi, pour l'individu sortant de prison ou la personne quittant un

---

<sup>6</sup> F. Giuliani, P-A Vidal-Naquet, « Modes de vie, pratiques et trajectoires des personnes SDF ». ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

CHRS à la fin de son hébergement, un dispositif relais doit permettre d'éviter le basculement dans l'errance.

**La faiblesse de l'offre de logements à loyer abordable et de logements sociaux :**

un autre facteur aggravant est celui de l'offre de logement social, même s'il correspond plus à un problème de société.

D'une part, le marché du logement locatif est tendu. Les locataires disposant de revenus modestes ont des difficultés pour accéder au parc de logement social malgré les programmes mis en place par la loi de lutte contre les exclusions. Ne faut-il pas mieux prendre en compte l'insuffisance de logements sociaux pour que ce ne soit pas les personnes à faibles ou très faibles revenus qui en soient les premières victimes ?

Il existe des facteurs prédisposant. Ces derniers ne sont pas exhaustifs et leur présence ne constitue pas un déterminant absolu.

Il n'en demeure pas moins que, dans les parcours des personnes à la rue, des composantes récurrentes apparaissent tel que **le phénomène de rupture** entraînant un basculement et la présence de facteurs psychologiques substantiels au moment de ce basculement.

Les conditions particulières de vie dans la rue (l'absence de logement stable, le difficile accès à l'alimentation, à l'hygiène, la faiblesse du lien social...) vont, alors, entraîner des conséquences importantes sur la santé des individus, tant sur le plan physique que psychologique ou psychique.

## **II - La détérioration des conditions de vie des personnes Sans Domicile Fixe et ses conséquences sur la santé.**

*Il convient de remarquer avant tout que si, par souci de clarté, notre démarche a consisté à lister différentes thématiques, c'est bien de manière globale que doit être envisagée la diversité des problématiques de santé de ces populations.*

Le rapport du HCSP intitulé « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » souligne le lien entre précarisation et dégradation de la santé. En effet, les conditions de vie des personnes SDF constituent un obstacle à la réalisation et à la

préservation de la santé.

### **A - La vie au quotidien des personnes sans domicile fixe.**

Il est nécessaire d'analyser plus précisément les différentes composantes de leurs conditions de vie en termes de logement, activités, relations...

#### *1) Les modes de vie : logement, mobilité.*

Les personnes SDF ont une liberté de choix limitée en matière de logement : en effet, cette dernière s'exerce dans une panoplie où les possibilités sont restreintes. Elle est notamment conditionnée par les places disponibles en structures d'accueil et par leur tolérance à accueillir des personnes en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues.

En effet, les foyers d'hébergement fonctionnent selon des règles contraignantes même pour l'accueil d'urgence. Ils se situent dans une logique d'institution qui priorise l'insertion à partir d'un projet. Pourtant, la nécessité de rechercher un emploi, de s'intégrer dans un programme d'insertion est souvent loin des capacités des personnes en totale exclusion ; la frontière entre les structures d'hébergement et la rue est alors vite franchie.

La frontière entre errance et sédentarité n'est pas toujours étanche. Ainsi, une personne SDF peut se sédentariser un temps puis changer de structure d'accueil ou de territoire.

Des modifications du comportement interviennent également en fonction des saisons : l'été, les personnes SDF plus âgées vivent davantage dans la rue tandis que les plus jeunes se regroupent au cœur des villes festivières ou dans les stations balnéaires. L'hiver, les plus âgés se regroupent dans les lieux d'accueil tandis que les jeunes rejoignent les grandes villes et les dispositifs d'aides caritatifs et sociaux.

Les modes de vie des personnes SDF découlent, par ailleurs, du degré d'ancienneté dans la rue ; la sédentarisation intervient lorsque la personne SDF est épuisée, usée.

#### *2) Les revenus de la personne sans domicile fixe.*

Une partie de la population des sans domicile dispose de minima sociaux mais nombreux sont ceux, qui ne vivent que de revenus de substitution sous forme de biens

matériels, en échange de petits travaux d'entretien domestique, récupération de matériaux divers mais aussi spectacles de rue...

Le vol, le deal et la prostitution, surtout pratiqués par les jeunes, alimentent leurs consommations (nourriture, vêtements, haschisch, médicaments...). La manche est une activité régulière même si elle n'est pas toujours lucrative. La vente de journaux peut également être une source de revenus.

### *3) Les relations : une question de survie.*

Les liens avec la famille sont rarement maintenus. Dans certains cas, ils subsistent encore, même s'ils se limitent souvent à l'échange de simples nouvelles.

La pérennité des anciennes relations est conditionnée par des facteurs géographiques et la durée d'ancrage dans la grande précarité. Elles sont autant de références au passé et permettent aux personnes SDF d'oublier un moment leurs conditions de vie.

La fréquentation des structures est d'abord ressentie comme une économie de moyens par les personnes sans domicile fixe mais c'est aussi, grâce aux rencontres avec les professionnels, l'occasion de recréer du lien social.

### *4) L'alimentation.*

La recherche de nourriture n'est pas la préoccupation essentielle pour les personnes SDF ; elles recherchent avant tout un abri pour la nuit. Elle marque néanmoins leur quotidien. Leur liberté individuelle est alors en grande partie perdue : pas plus qu'ils ne peuvent choisir un logement ou un travail, ils ne peuvent choisir leur nourriture. Celle-ci est imposée soit par les cantines, restaurants des associations et centres d'hébergement qu'ils fréquentent, soit du fait de leurs moyens limités. En effet, les personnes SDF faisant la manche s'achètent du pain, du vin et de la charcuterie tandis que les clochards, « fouilleurs de poubelles », se nourrissent de détrit.

### *5) L'hygiène.*

La déchéance vestimentaire (manque de chaussures, chaussettes et slips) contribue à les exclure davantage du lien social et plus particulièrement des règles élémentaires

d'hygiène.

Le refus de se laver n'existe que chez les clochards, ils sont souvent lavés «de force » quand ils sont « ramassés » par les forces de police ou le SAMU social (confère les photographies du livre de Patrick Declerck Les naufragés). De manière générale, la fréquence des douches reste rare.

Certains SDF trouvent rarement l'occasion de se laver car ils redoutent les centres d'hébergement. D'autres fréquentent régulièrement les structures d'accueil et peuvent avoir accès aux douches.

**Ainsi, la privation de logement, de travail, le manque de nourriture, de soins, de soutien et d'intimité atteignent systématiquement le corps dans ses fonctions vitales.**

### **B - Les problématiques de santé des personnes sans domicile fixe.**

Les conditions d'existence des personnes SDF ont des incidences fortes sur leur rapport à leur corps ainsi que sur leur santé mentale et physique.

#### *1) Leur rapport au corps.*

Le rapport au corps des personnes SDF est déterminé par les plus ou moins grandes dispositions d'un individu à prendre soin de lui et de sa santé. Ceci correspond à la fois aux apprentissages acquis tout au long de leur vie et aux représentations qu'elles se sont construit de leur corps et, en définitive, de leurs aptitudes propres à bénéficier de l'estime de leurs proches.

L'altération de la perception de leur corps rend, par ailleurs, leur seuil de tolérance à la douleur plus élevé que la moyenne. Ce phénomène est renforcé par des pratiques addictives "violentes" (éthylisme, toxicomanie).

La précarité réduit ou annihile, en outre, la vigilance et l'intérêt des personnes SDF pour leur corps et plus particulièrement leur santé. Xavier Emmanuelli constate "qu'ils n'ont même plus conscience de leur dégradation physique ; **ils ont divorcé d'avec leur corps**". Leurs conditions de vie, économiques et sociales, conduisent à une dégradation de l'image de soi, voire à une perte totale de leur identité et donc à un déni de la maladie et un refus de se soigner.



## 2) *La santé mentale des personnes sans domicile fixe.*

La personne SDF exprime la souffrance de ne pouvoir vivre selon les modèles sociaux en vigueur en se créant des identités de substitution.

L'insécurité résultant des conditions de vie des personnes SDF provoque, en effet, un état d'anxiété, un sentiment de paranoïa, une dégradation de l'image de soi, un sentiment d'inutilité sociale et a pour conséquence une forte **souffrance psychique**.

Selon une étude de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) de 1996 relative aux consultations destinées aux plus démunis, 35% des patients se sentent dépressifs et 22% ont déjà consulté un psychiatre. *L'infirmière de la cellule médicale du CHRS de la Cité St Martin à Paris* souligne que les prescriptions de l'antenne médicale portent essentiellement sur les anxiolytiques, les antidépresseurs et les somnifères. Elle avoue également être fréquemment confrontée à des personnes suicidaires.

**Les pathologies psychiatriques lourdes** sont également repérées chez les populations en errance.

La cellule d'accueil et d'orientation psychiatrique pour les personnes démunies sans résidence stable créée au sein du *CHS de Rennes* a pour mission de repérer, parmi les personnes SDF rencontrées, les psychotiques en manque de soins ou ceux qui sont encore inconnus. Elle est également chargée de repérer les difficultés psychologiques et comportementales dues à l'errance.

Selon l'équipe mobile, le nombre de psychotiques parmi les personnes SDF n'est pas plus important que dans l'ensemble de la population. En effet, les troubles psychiatriques préexistent souvent aux situations de précarité et résultent de traumatismes antérieurs. D'autres professionnels estiment au contraire que leur nombre est bien plus important qu'au sein de la population non errante en raison de la fermeture de lits de psychiatrie engagée depuis le vote la loi du 31 juillet 1985 relative à la sectorisation du secteur psychiatrique et des rapports qui lui ont succédés.

### 3) La santé physique des personnes Sans Domicile Fixe.

Tous les professionnels s'accordent à dire que la dureté de la rue (conditions climatiques, alcoolisme, manque d'hygiène...) favorise le vieillissement prématuré des personnes sans domicile fixe.

Dans un premier temps, un **ensemble d'affections qui touchent plus particulièrement les personnes SDF peut être relevé**. Les plus marginalisés ont, en effet, des affections peu présentes dans les pays développés. On constate, par exemple, la résurgence de maladies telles que la tuberculose ou la pédiculose. De même, la contamination par d'autres pathologies comme la gale s'accélère.

Par ailleurs, ils souffrent davantage de plaies cutanées tels que les abcès du cuir chevelu dues à des lésions parasitaires non traitées, les lésions des pieds ou les problèmes dermatologiques.

Les personnes les plus clochardisées, soumises à des conditions d'existence encore plus extrêmes, souffrent de pathologies plus graves telles que les gangrènes pouvant déboucher sur des amputations. Cette population de sans abri est beaucoup plus exposée aux agressions climatiques (froid, humidité) ce qui entraîne de graves risques d'hypothermie. Les nuits passées sur les bouches d'aération, par exemple, ne préservent pas d'importantes gelures.

En second lieu, **les personnes en errance souffrent de pathologies qui touchent aussi la population non errante :**

➤ **L'alcoolisme** et les maladies qui en dérivent comme les cirrhoses et cancers : Patrick Declerck constate que l'immense majorité des clochards est gravement alcoolique. Si l'alcoolisme est parfois antérieur à leur clochardisation, il n'en demeure pas moins qu'il est un facteur aggravant de leur état de santé.

L'enquête conduite par l'Observatoire du SAMU social de Paris auprès de 275 personnes confirme ce constat. Ainsi, 26% des personnes SDF déclarent consommer deux bouteilles de vin par jour et 20%, trois bouteilles. 45% des personnes interrogées déclarent boire de l'alcool depuis plus de 10 ans.

➤ **Toxicomanie** (surconsommation de tranquillisants ou somnifères, drogues) : selon la même enquête, 26% consomment des drogues (cocaïne, héroïne) ou des médicaments

détournés de leur usage habituel. *L'équipe du «Puzzle » et l'équipe mobile du CHS de Rennes* soulignent que les jeunes tombent très rapidement et durement dans les conduites addictives.

- Les **maladies infectieuses** (notamment le Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises (SIDA), les hépatites, les broncho-pneumopathies, la tuberculose) : leur traitement est rendu particulièrement difficile du fait des contraintes thérapeutiques. L'APHP, dans son étude de 1996, évalue à un tiers le nombre de rechute secondaire, ceci sur une population de 300 personnes SDF tuberculeuses soignées entre 1981 et 1990 dans des services de pneumologie ; En effet, elles avaient arrêté leur traitement.

Concernant les enfants des personnes SDF, qui partagent le sort de la rue avec leurs parents, les pathologies régulièrement observées par les professionnels sont les maladies respiratoires : asthme chronique, bronchiolites...

- D'autres troubles sont fréquemment rencontrés tels que les problèmes digestifs, les diverses carences alimentaires, les problèmes dentaires, le diabète ou le cholestérol, qui sont la **conséquence d'une malnutrition**.

Enfin, des troubles visuels et auditifs repérés par les professionnels deviennent un handicap du fait du manque d'appareillage.

Il n'y a donc **pas de maladies spécifiques à la pauvreté**, même s'il est possible de parler de **pathologies aggravées par les conditions d'existence** chez ces personnes fragilisées. En effet, des maladies fréquentes telles que la grippe, les gastro-entérites ou les infections virales les plus courantes se propagent rapidement chez les personnes errantes et peuvent s'aggraver du fait de leurs conditions de vie particulièrement dégradées.

A l'issue de cette analyse, un constat s'impose : celui d'une imbrication des problématiques touchant les populations exclues. Leur état de santé est, en effet, indissociable de leurs conditions d'existence ; Dès lors, améliorer la santé des personnes SDF implique une approche globale. Pourtant, les réponses apportées par les pouvoirs publics sont longtemps restées parcellaires. Même fondées sur une approche plus globale,

elles présentent encore des limites suscitant des interrogations sur leurs perspectives d'avenir et invitant à des recommandations pour une action publique plus efficace.

## **DEUXIEME PARTIE : AMELIORER LA SANTE DES PERSONNES SDF : LES POLITIQUES PUBLIQUES, LIMITES ET PERSPECTIVES D'AVENIR.**

### **I - De la parcellisation à la globalisation des politiques publiques.**

Initialement parcellaires, les réponses apportées par les pouvoirs publics ont progressivement nécessité la mise en place de dispositifs fondés sur une approche plus globale de l'exclusion.

#### **A - Vers une prise de conscience de la singularité du problème d'accès aux soins des personnes SDF.**

Une succession de structures et de dispositifs souligne la prise de conscience progressive de la singularité de l'accès aux soins des personnes SDF.

##### *2) Différentes structures tentent d'assurer l'accès aux soins.*

L'accueil de toute personne est, d'abord, une obligation du service public hospitalier rappelé par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. En situation d'urgence, chacun doit être admis à l'hôpital lorsque son état le justifie. Hors des cas d'urgence, tout patient doit être examiné et des soins doivent lui être dispensés. Ainsi, pour les populations les plus démunies, **l'hôpital est le premier, voire le seul contact avec un service public.** A ce titre, il est devenu un lieu privilégié où les personnes SDF peuvent non seulement faire valoir leurs droits d'accès aux soins mais également l'ensemble de leurs droits sociaux.

Hormis l'hôpital, **les structures d'hébergement peuvent également constituer un relais dans l'accès aux soins des personnes SDF** dans la mesure où dormir, manger, être écouté constituent autant de déterminants de santé. Les CHR, sous tutelle de l'État, en sont l'expression principale. Lieu d'accueil prévu pour six mois, ils reposent sur la base d'une contractualisation de la prise en charge et vise la réinsertion des individus. Le dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence, plus sollicité par la population SDF, a pour mission essentielle de mobiliser, dans chaque département, l'ensemble des structures capables de leur offrir un abri.

**Grâce au numéro vert national, le 115**, ils peuvent trouver 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, une réponse adaptée à leur situation d'urgence sociale : dormir au chaud, manger, se soigner, être écoutés... En étroite collaboration, sur appel du service du 115, le Samu Social représente la principale action mobile mise en place, de jour comme de nuit, pour aller au devant des personnes les plus désocialisées ou qui ne connaissent pas les structures susceptibles de les héberger. De plus, les accueils de jours offrent des services comme douches, écoute, informations, laverie, boîte postale, consigne. Les accueils de nuit ou hôtel social, abri de nuit, refuge, foyer d'hébergement d'urgence, centre d'accueil d'urgence offrent un hébergement temporaire d'une ou plusieurs nuits. Progressivement, s'est développée la possibilité d'accéder à des chambres d'hôtel pour une ou plusieurs nuits en urgence.

Si à la différence des CHRS, **les accueils d'urgence** n'en sont pas au stade de proposer ou d'imposer une démarche de réinsertion, leur fonctionnement contribue à restaurer le lien social et surtout à améliorer la santé des personnes SDF. La revalorisation et le rétablissement de l'estime de soi sont des éléments indispensables pour amoindrir la souffrance psychique des personnes SDF et pour faire évoluer leur rapport aux soins. De plus, si ces centres n'ont pas de mission sanitaire, certains d'entre eux travaillent en collaboration étroite avec des médecins, infirmiers et/ ou psychologues, par le biais de la création de permanences médicales ou psychologiques au sein de leur structure. D'autres vont même jusqu'à intégrer dans leurs équipes éducatives des personnels infirmiers (comme le *centre d'accueil de jour le puzzle*, à Rennes ou *le Bus 25* à La Rochelle). De même, le Samu social de Paris a été amené à adapter son offre de services en créant cent cinquante lits infirmiers : il s'agit du SAMU médical. L'existence de ces lits permet de prodiguer les premiers soins tandis que les personnes aux pathologies les plus lourdes sont transférées vers les hôpitaux.

Ainsi, avant 1998, des réseaux informels se sont créés localement, suite à des initiatives personnelles. Il peut s'agir d'une simple amélioration des connaissances respectives des travailleurs de terrain entre eux, afin de favoriser de meilleures orientations des publics. Par exemple, certains Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont devenus des interlocuteurs possibles des CHRS et accueils d'urgence. Les associations impulsent grandement ce type de partenariat, notamment, celles impliquées dans la lutte contre la toxicomanie qui soulignent la nécessaire interaction entre le social et le sanitaire.

2) *Des dispositifs ont été impulsés par l'État afin de développer l'accès au « prendre soin » des personnes SDF.*

Avant d'être officialisés par l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 portant maîtrise médicalisée des dépenses de santé, les **Programmes Régionaux de Santé (PRS)** ont été expérimentés en 1995. Ils constituent le principal outil qui permet aux régions de mettre en œuvre leurs priorités choisies parmi celles définies par la Conférence Régionale de Santé (CRS). L'examen des actes des premières CRS montre que les problèmes de santé des populations précaires représentent une réelle préoccupation des participants. En 1995, deux PRS parmi treize ont pour thème « santé-précarité ». Par ailleurs, la circulaire du 21 mars 1995 invite les DDASS à élaborer des **Plans Départementaux d'Accès aux Soins pour les plus démunis (PDAS)**. Plus récemment, la circulaire du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté précise les actions de santé à engager et identifie clairement les sans abri comme public cible. Elle vise à développer autant que possible des missions d'accompagnement personnalisées ou de co-accompagnement entre professionnels de santé et de l'insertion, tant dans le domaine de l'accès aux droits sociaux que dans celui de la santé physique ou mentale et de la prévention.

Les structures et dispositifs, présentés de manière non exhaustive, ne sont pas exempts de limites.

### **B - Limites des dispositifs existants.**

Multiplicité des structures et dispositifs, moyens épars, faiblesse de la professionnalisation des acteurs sont autant de limites qui grèvent l'efficacité des réponses apportées.

Les initiatives, ponctuelles, sont **inégalement réparties sur le territoire**. Tributaires du caractère historique et/ou politique des réseaux, les liens et passerelles qui peuvent se nouer entre les structures deviennent aléatoires. En effet, parfois, la multiplicité de structures accompagnant un même public empêche une adaptation cohérente à l'évolution des publics (exemple: prise en compte des mères isolées qui se retrouvent à la rue). De plus, du fait de

cette multiplicité des acteurs, l'accompagnement des personnes SDF est resté parcellaire. En effet, chaque institution adopte son propre point de vue. Dès lors, ceci constitue un obstacle majeur pour une approche globale de leurs problèmes de santé. Pourtant, ces problèmes sont indissociables de leurs conditions de vie.

De plus, pour la majorité des acteurs privés assurant une mission de service public, **le manque de moyens financiers et humains** constitue un obstacle à l'efficacité de leurs efforts de collaboration. En matière de moyens humains, *l'équipe mobile* de Rennes a, notamment, pointé l'insuffisance d'assistantes sociales. La pénurie de places dans les établissements sanitaires et médico-sociaux aboutit à engorger d'autres structures voire à les détourner de leurs missions. Faute de place dans une structure adaptée à leur pathologie, une part importante de la population se trouve en situation d'urgence. Un directeur d'un centre d'hébergement d'urgence affirme que la structure qu'il dirige risque progressivement de se transformer en un lieu de soins post-thérapeutiques accueillant des personnes souffrant de troubles psychiatriques, handicapés ou sortant de cure de désintoxication qui n'ont plus de troubles suffisamment importants pour intégrer en priorité des institutions spécialisées. Inversement, le manque de lits dans les structures d'hébergement provoque un engorgement des services des urgences.

**Le problème de la professionnalisation** des intervenants sociaux est également prégnant lorsque la question des personnes SDF est abordée. Certains professionnels ont pu se demander parfois si l'accompagnement de ce public n'était pas aussi précaire que le public lui-même. Conscient de cette nécessaire qualité de l'offre, *le bus 25* de la Rochelle est en voie d'adapter son équipe jusqu'alors constituée de personnes en Contrat Emploi Solidarité ou Contrat Emploi Consolidé et emploi-jeunes. Son responsable a pris conscience de la nécessité d'associer un point de vue médical compétent afin d'améliorer les orientations effectuées par l'équipe du bus vers les urgences ou vers des structures d'accueil. Deux infirmières complètent donc désormais l'équipe du bus qui va au devant des personnes errantes.

D'autres obstacles s'opposent à une mise en œuvre efficace sur le terrain de ce partenariat souhaité : les différences de culture, de moyens et de méthodes de travail sont autant d'obstacles à une collaboration efficace. Une des difficultés de la collaboration du social et du médical réside notamment dans la question du secret professionnel et notamment du secret médical qui semble plus strict que le secret professionnel en travail social. Aussi, la nécessité d'une coordination plus formelle s'est-elle fait sentir. Enfin, le



manque de collaboration des médecins libéraux, des dentistes... est parfois évoqué par d'autres membres du corps médical œuvrant dans l'associatif. Ils soulignent que ces derniers hésitent à accepter de soigner des personnes marginalisées.

La loi de lutte contre les exclusions tente d'apporter des réponses à ces limites.

### **C - Vers une globalisation de la politique.**

La loi de lutte contre les exclusions (LCE), essentiellement, tend à encadrer le partenariat associatif dans le but d'atteindre une homogénéité et une cohérence de la collaboration sur l'ensemble du territoire ainsi qu'à clarifier le rôle de chacun pour un meilleur accompagnement des personnes SDF.

- 1) La loi d'orientation n°98-657 relative à la lutte contre les exclusions du 27 juillet 1998 apporte un cadre légal à des pratiques informelles en adoptant une approche globale du problème de l'exclusion.*

Les orientations générales de la loi LCE attestent d'une **approche globale** : garantir l'accès aux droits fondamentaux, prévenir les exclusions, mieux agir ensemble contre les exclusions et faire face à l'urgence sociale. Ainsi, chacun des différents volets abordés par la loi LCE, qu'il s'agisse de l'accès aux droits que sont l'emploi, le logement et naturellement les soins ou de la prévention des exclusions notamment par le biais de l'éducation, contribuent plus ou moins directement à l'amélioration des conditions d'existence des personnes en situation d'exclusion et notamment des personnes SDF et par conséquent, sont susceptibles d'améliorer leurs conditions de santé ainsi que leurs possibilités d'accès aux soins.

D'une part, **les objectifs du volet « accès au logement » seraient, par définition, de nature à amoindrir les risques sanitaires des personnes SDF** en réduisant les obstacles matériels à l'insertion (adresse, sécurisation, sommeil...) ce qui n'empêche pas les barrières psycho-sociales de celle-ci. Ainsi, favoriser l'accroissement de l'offre de logements adaptés pour les plus défavorisés, concilier accueil des plus démunis et mixité sociale, aider au maintien dans les lieux et conforter le droit au logement sont de nobles orientations. Les professionnels côtoyant les personnes SDF soulignent, cependant, que l'accès au logement s'inscrit dans des problématiques plus diversifiées et complexes. Dans de nombreux cas, le

logement et sa gestion ou son investissement sont utopiques après quelques temps passés dans la rue. Il n'en demeure pas moins que l'accès au logement participe de l'amélioration de l'état de santé.

D'autre part, l'axe le plus important en matière de santé des personnes SDF est bien celui de l'accès aux soins. **La loi LCE crée notamment deux dispositifs** ciblant les populations en situation de précarité et, par répercussion, les personnes SDF.

L'article 71 de la loi instaure les **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins** (PRAPS), afin de prendre en compte les besoins et les difficultés propres aux personnes en situation précaire pour anticiper et adapter l'offre de soins à ces populations et améliorer leur état de santé. Planifiés pour trois ans, les PRAPS permettent des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins de réinsertion et de suivi. Ainsi, instauré dans le cadre d'un PRAPS, *l'Archipel Santé* de la Rochelle, expérience pilote, constitue un exemple d'accompagnement coordonné et pluri-professionnel de la santé des personnes SDF. En effet, cette structure offre aux personnes en situation de grande précarité un substitut de domicile pour soins médicaux. Sorte de sas entre la rue et d'autres institutions hospitalières ou sociales, elle n'intervient pas dans l'urgence. Médecins, aides soignantes et éducateurs peuvent donc travailler sur la continuité des soins médicaux à la sortie, et mener une action préventive, notamment en matière d'hygiène et en accordant une place importante à la restructuration psychique de la personne.

La création d'un nouveau programme sous-tend que les Régions doivent prêter un soin particulier à ce que les actions conduites au titre des PRAPS soient bien coordonnées avec celles des PRS afin d'en potentialiser les effets. Ainsi, la loi confie au Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS) le pilotage des PRAPS et l'ensemble des programmes pluriannuels de santé (PRS) afin d'en faciliter l'articulation<sup>7</sup>.

De plus, l'article 76 de la loi LCE, précisé par la circulaire du 17 décembre 1998, instaure les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**, consacrant ainsi la mission sociale des hôpitaux. En effet, si l'hôpital, dans ses missions de service public, a le devoir d'accueillir toute personne s'y présentant, les personnels restent souvent démunis face à des populations dont le problème de santé s'inscrit dans un contexte plus large qui dépasse l'unique champ du sanitaire. Les PASS ont pour mission de « faciliter l'accès au système de santé et à accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits ». Ces cellules d'accompagnement médico-social visent à faciliter l'accès non

---

<sup>7</sup> Education pour la santé pour mieux vivre ; La santé de l'homme ; dossier 48 : Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ? ; juillet-août 2000 ; p.19.

seulement aux systèmes hospitaliers mais également aux réseaux institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social. A l'hôpital de Rennes, par exemple, *la PASS* s'est constituée à partir d'une cellule embryonnaire qui s'occupait déjà des personnes en grande difficulté. Elle correspond en moyens humains à 2,5 Équivalent Temps Plein (ETP) d'agents administratifs et 0,5 ETP d'assistante sociale. L'établissement souhaiterait pouvoir développer sa PASS en mettant en place une équipe pluridisciplinaire qui comprendrait des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des secrétaires, des assistantes sociales supplémentaires. Ceci suppose également l'affectation de moyens logistiques (salles, informatique, etc.). Dans d'autres villes, il ressort généralement que les PASS fonctionnent difficilement ou ne changent pas réellement les initiatives locales d'hôpitaux qui disposaient déjà d'un travailleur social au sein des services des urgences. A titre d'exemple, *la PASS de la Rochelle* fonctionne moins bien aujourd'hui alors qu'elle a remplacé la permanence de professionnels de Médecins du Monde qui se déroulait bien jusqu'alors. Il ressort donc que les apports pragmatiques de la loi LCE restent, par certains aspects, limités.

*2). Suite à la loi LCE, d'autres initiatives ont émergé en terme d'accès à la santé des personnes défavorisées et de prévention.*

**La circulaire du 13 juin 2000 instaure les ateliers santé-ville** visant à promouvoir le développement de programmes locaux de santé en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS. Mais, il est légitime de s'interroger sur l'intégration des personnes SDF dans ces ateliers dans la mesure où ceux-ci ciblent les populations prioritaires des territoires de la politique de la ville alors que les personnes SDF ne peuvent être rattachées à aucun territoire. Néanmoins, des ateliers-santé avaient déjà été créés par la circulaire du 8 septembre 1998 et permettent, grâce à des espaces de parole, de faire face à la souffrance psycho-sociale des personnes, source du déficit d'accès aux soins, d'un refus d'aide ou de conduites à risque.

Enfin, l'instauration de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** vient parachever le paysage législatif en matière d'accès aux soins pour les plus démunis. En effet, selon l'exposé des motifs de la loi du 27 juillet 1999 instituant la CMU, l'aide médicale ne permettait pas de garantir l'égalité d'accès au financement des soins sur l'ensemble du territoire. La CMU représente une grande avancée sociale et sa mise en œuvre apparaît globalement

satisfaisante. Elle comporte deux volets : la couverture de base et la couverture complémentaire. La Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) annonce qu'au 31 mars 2002, 1,3 millions de personnes bénéficient de la couverture de base soit 2 % de la population. Les personnes SDF ont la possibilité de se faire domicilier auprès des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou des associations caritatives proposant, par exemple, un service d'accueil de jour, bien que cette démarche de domiciliation ne soit pas toujours facile. Une enquête de *l'Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale (APRAS)* de Rennes, rendue publique le 25 septembre 2002, intitulée "Qui sont les personnes SDF à Rennes ?" montre que sur 66 personnes interrogées, les deux tiers étaient bénéficiaires de la CMU. L'enquête INSEE citée dans le second rapport annuel de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale affirme que 60 % des personnes SDF déclarent bénéficier de la CMU. La couverture complémentaire pour les assurés de l'ensemble des régimes est ouverte sous conditions de ressources. Mais ces conditions restrictives excluent certaines personnes comme par exemple les titulaires de l'allocation d'adulte handicapé ou du minimum vieillesse en raison d'un effet de seuil. Or, beaucoup de personnes SDF perçoivent des minima. La couverture complémentaire concerne, néanmoins, 4,6 millions de personnes soit 7,7 % de la population.

**La CMU est jugée positive** par les associations humanitaires et les bénéficiaires. Le rapport de l'Observatoire National déjà cité le prouve en indiquant que les consultations de l'association de Médecins du Monde baissent, mais il souligne que cela ne concerne que le public français, alors que la fréquentation par le public étranger (en situation irrégulière) augmente. Pour le médecin de l'Archipel Santé, la CMU constitue « un véritable déterminant de santé » et la consécration de l'égalité de droits de tous.

Cependant, malgré la gratuité des soins rendue effective par la CMU, "cela ne suffit pas pour permettre aux SDF de rattraper à la santé", indique l'infirmière du *Puzzle, association d'accueil de jour* à Rennes. Les barrières de l'accès aux soins des personnes SDF ne sont pas uniquement financières, mais également psychologiques.

Ainsi, il résulte de cette analyse que la loi de lutte contre les exclusions introduit une approche plus globale de l'exclusion. La santé des personnes SDF est désormais considérée comme une partie d'un ensemble. De même, la CMU participe largement de l'accès aux soins des personnes SDF. Pourtant, des limites persistent comme l'indiquent les difficultés rencontrées par les PASS ou les obstacles à la mise en place de la CMU. C'est

pourquoi, des recommandations peuvent être effectuées.

## **II – Quelques recommandations pour améliorer le « prendre soin » des personnes SDF.**

Il convient d'envisager de nouvelles perspectives d'amélioration du prendre soin des personnes SDF. En effet, les retours du terrain attestent de la nécessité du changement de logique des institutions et appellent une amélioration des modalités de fonctionnement de l'ensemble des structures. Enfin, quelques idées innovantes peuvent également surgir dans ce domaine.

### **A - Un préalable indispensable: le changement de logique des institutions.**

Deux traits caractérisent la relation des personnes sans domicile fixe aux institutions. D'une part, **les personnes sans domicile fixe se présentent peu dans les structures** qui leur sont consacrées. Conscientes du rejet qu'elles suscitent, elles expriment un sentiment de honte d'elles-mêmes et n'osent pas aller vers l'institution. D'autre part, **celles-ci les ont ignorées**, dans la mesure où la rencontre ne se faisait pas et ne pouvait pas se faire. La perte de confiance ne peut que s'accroître.

**Dès lors, l'efficacité d'action des structures implique nécessairement un changement dans leur logique de fonctionnement.** En effet, habituellement, les personnes expriment des besoins et demandent l'intervention de l'institution. Avec les personnes sans domicile fixe, la relation s'inverse : elles n'expriment pas de besoin. Plus, il revient aux acteurs de les convaincre de se soigner. Ainsi, la responsable médicale du *SAMU social de Paris* indique devoir passer plusieurs heures auprès de personnes SDF aux pathologies lourdes, comme des gangrènes, pour pouvoir les convaincre de se faire transférer au sein des hôpitaux. Dans ce cadre, il revient aux institutions d'aller vers ces personnes. Il s'agit d'une relation inversée. Cependant, peu de structures ont véritablement les moyens d'aller vers leurs destinataires comme peut le faire, par exemple, le SAMU social dont c'est le rôle essentiel. Le *bus 25 de La Rochelle* représente également une antenne itinérante constituée d'infirmières et d'éducateurs. Des liens mériteraient donc d'être plus formalisés entre les structures et les professionnels de la rue si ce n'est directement avec les

personnes sans domicile fixe. M. Rio, Responsable du *Puzzle*, accueil de jour de Rennes, propose la création d'une équipe constituée d'un éducateur spécialisé et d'une infirmière pour aller dans la rue et dans les squats directement au contact du public afin d'intervenir le plus en amont possible (« aller à la pêche aux jeunes non encore trop dégradés »). Ce renforcement des relations entre les différents professionnels permettrait, par ailleurs, une analyse plus concrète et globale des besoins des personnes sans domicile fixe. Des précautions doivent cependant être prises : l'analyse de ces besoins est, en effet, d'autant plus difficile que le risque de stigmatisation des populations précaires peut conduire à un rejet de l'offre et à l'expression d'une demande déconnectée des besoins réels. **En réalité, plus l'on identifie les besoins, en se passant du prisme de la demande, plus on risque de ne pas pouvoir y répondre.**

Par ailleurs, ce changement de logique de l'institution doit s'accompagner de **l'adhésion à une certaine conception de l'humanisme**. Les interventions des professionnels doivent se fonder sur une logique d'éthique. La réponse passe notamment par la restauration de l'altérité. En effet, toute recommandation ne peut être qu'inutile tant que les personnes SDF n'auront pas le sentiment d'un minimum de reconnaissance de la part d'autrui et notamment des professionnels. Celui-ci s'avère indispensable pour que les personnes SDF reprennent confiance en elles et en l'institution. Or, cette restauration de l'altérité ne peut être décrétée et doit être travaillée dans le temps et les esprits.

En dépit de ce préalable indispensable, des recommandations peuvent être effectuées pour améliorer "le prendre soin" des personnes sans domicile fixe.

## **B- Améliorer les modalités de fonctionnement de l'ensemble des structures : décloisonnement, territorialisation et réseaux.**

Au regard des limites précitées, il est possible de formuler quelques recommandations afin d'améliorer l'efficacité des dispositifs et des structures existants.

D'abord, il convient de procéder à un **décloisonnement des champs sanitaire et social comme à un découloisonnement des activités de chaque champ**. En effet, comme il a déjà été souligné, la caractéristique essentielle de la situation des personnes SDF est l'imbrication de ces deux champs. Il est impossible de traiter de leur santé sans aborder leurs conditions d'existence en général. De même, si l'on prend l'exemple du champ sanitaire, il

est nécessaire de revenir sur la dissociation entre la psychiatrie et les autres pathologies. Tous les entretiens auprès des professionnels comme les études produites ont souligné l'importance des problèmes psychiatriques, notamment des névroses, auxquels se combinent d'autres problèmes de santé. Dès lors, l'accès "au prendre soin" des personnes SDF implique une approche globale. Certaines initiatives ponctuelles ont été mises en œuvre. Ainsi, depuis 1999, un psychiatre est présent dans tous les camions du SAMU social. Il convient de renforcer et, surtout, de fédérer ces initiatives. Par exemple, une piste de travail pourrait consister à dépasser le clivage sanitaire et social. Si des évolutions récentes issues de la loi LCE, notamment, doivent être soulignées, elles demeurent encore insuffisantes. Dans cette perspective, il pourrait être envisagé de mettre en œuvre une planification unique et commune aux deux secteurs. Des réflexions sont aujourd'hui menées sur la **transformation potentielle des Agences Régionales d'Hospitalisation en Agences régionales de santé**. Ceci permettrait de revenir sur une limite majeure des dispositifs destinés aux personnes SDF fondés sur la parcellisation des problèmes.

Ce décloisonnement pourrait s'accompagner d'une **évolution des pratiques des acteurs**. Ce décloisonnement implique le développement du travail en réseau et une meilleure coordination entre les acteurs. La loi LCE tente de mettre en place des outils de coordination. Citons par exemple la Commission de l'Action Sociale d'Urgence (CASU) ou le comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions (baptisée COMPLEX au Ministère), dont l'opérationnalité est inégale sur le territoire. Mais en pratique, comme l'illustrent les trajectoires des personnes en errance rencontrées, la multiplicité d'acteurs, de territoires et de logiques rend difficile la concrétisation de cet objectif. Dès lors, les professionnels soulignent qu'une coordination plus efficace doit mieux refléter la réalité du terrain et les initiatives prises par les professionnels que répondre simplement à la commande des pouvoirs publics. Il pourrait, par exemple, être envisagé de mettre en place des formations communes aux travailleurs des secteurs sanitaire et social pour que tous soient sensibilisés à des problématiques d'ensemble. Par ailleurs, il peut également être instauré des formations spécifiques à la problématique du public SDF, dans la mesure où ce public fait s'entrecroiser les champs sanitaire et social. La conception de ce programme serait confiée à des experts représentant les professionnels. De plus, une autre proposition consisterait à développer un guide des bonnes pratiques : faire connaître et reconnaître des actions ou activités

novatrices.

Ceci amène également à s'interroger sur la territorialisation de l'action à destination des populations SDF. L'action doit s'inscrire dans un échelon territorial cohérent. Il s'agit de **prendre en compte la réalité des terrains de vie des personnes**. En effet, les découpages territoriaux s'avèrent parfois ambigus du fait de domaines de compétences et d'intervention croisés. Par exemple, *l'équipe mobile du CHS* de Rennes relève 17 découpages administratifs différents de la ville de Rennes. La notion de territoire est indissociable de la mise en œuvre de politiques d'action sociale largement décentralisées et partenariales. Le contexte actuel, avec l'émergence de nouveaux champs d'intervention géographiques, s'accompagne d'une forte exigence citoyenne en terme de services publics et d'adaptation de l'action publique à l'échelle des "territoires vécus". En effet, les pouvoirs publics souhaitent que le citoyen participe davantage à la définition du territoire qui correspondra le mieux à ses attentes de service de proximité. Concernant les personnes SDF, l'exigence de proximité est d'autant plus importante que ces dernières n'expriment pas en général de besoins et qu'il appartient donc aux acteurs de terrain de les identifier. A cet égard, le « territoire vécu » de la personne SDF se résume souvent à un trottoir, une rue et c'est souvent à l'institution de prendre en compte la spécificité de ce « territoire » pour adapter son intervention. Peut être cité, à titre d'illustration, l'exemple de *l'équipe mobile* de Rennes qui se déplace sur les lieux de vie des personnes SDF.

### **C - De nouvelles perspectives**

Si les modalités de fonctionnement de l'ensemble des structures peuvent être améliorées, il est également nécessaire de renforcer l'efficacité des dispositifs existants. Ceci amène à s'interroger sur la pertinence de la création de nouveaux dispositifs, indicateurs ou structures.

#### *1) Encourager la prévention : de nouveaux dispositifs ?*

Il est nécessaire, dans un premier temps, d'améliorer les dispositifs existants. A titre d'exemple, il a été mis en évidence que les CCAS n'assuraient leur rôle de domiciliation des personnes sans domicile fixe que de façon imparfaite. Ceci tient à une cause majeure : dans le cadre de l'aide médicale, les CCAS obtenaient une dotation financière en contrepartie de



leur contribution. Aujourd'hui, cette dotation a disparu ce qui explique le manque de motivation. L'établissement d'une nouvelle dotation pourrait donc être envisagé.

**Les dispositifs en matière de prévention** peuvent également faire l'objet d'améliorations. Au regard des différentes trajectoires de personnes en errance rencontrées, il ressort que des traumatismes, des violences ou des chocs psychologiques préexistaient souvent au basculement vers la rue. Les ruptures sont à rechercher, en général, dans l'enfance ou la très petite enfance des personnes SDF. Partant de ce constat, il serait souhaitable de repérer le plus tôt possible les situations où l'enfant est victime de ruptures ou de violence afin de prévenir le basculement futur vers une spirale d'exclusion. Déjà au niveau élémentaire, existent des dispositifs qui permettent de détecter les enfants mis en difficulté scolaire et d'y apporter une première réponse en collaboration avec la famille (les difficultés scolaires sont souvent révélatrices d'un malaise plus profond). Les professionnels visent à guider l'enfant dans une rééducation ou l'orienter vers d'autres professionnels pour un suivi plus approfondi. Ce repérage reste partiel. C'est pourquoi, il suppose une collaboration plus efficace tant au niveau institutionnel (Éducation Nationale ; Protection Maternelle Infantile ; Aide Sociale à l'Enfance) qu'au niveau associatif (clubs de sports, maisons de quartier par exemple) et une mise en lien des informations recueillies dans le respect de la vie privée des personnes.

## *2) La détermination de nouveaux indicateurs.*

De même, **les études lacunaires sur les indicateurs de santé des personnes SDF** invitent à penser que la détermination de nouveaux indicateurs en la matière est indispensable. Ceux-ci permettraient d'appréhender au mieux la situation de ces personnes et surtout leurs besoins et d'apporter ainsi des réponses à leurs attentes. Il serait envisageable de développer, par exemple, des indicateurs de morbidité ciblés sur les personnes SDF en prenant notamment le secteur sanitaire comme territoire de référence. Il ne faut pas oublier que l'analyse des besoins doit déjà intégrer l'existant. Ceci nécessite un état des lieux exhaustif des structures et réponses diverses proposées. Or, ces dispositifs sont parfois mal connus des personnes SDF.

Il est donc aussi utile de **s'interroger sur la diffusion auprès des personnes SDF des informations utiles à leur vie dans la rue**. Des plaquettes existent déjà. Pour que leur objectif soit atteint, il est possible de cibler leur diffusion directement vers certains acteurs

spécifiques. Pour repérer les lieux de diffusion, il serait judicieux d'associer à la démarche les personnes SDF en les questionnant tout simplement.

### *3) La pertinence de la création de nouvelles structures*

À l'inverse, **la pertinence de la création de nouvelles structures est plus problématique**. Les structures sont déjà nombreuses. Il serait peut être plus judicieux de développer la coordination entre les différents acteurs et le décloisonnement des activités. Néanmoins, une attention particulière peut être portée sur le concept de "pensions de famille". Les institutions sanitaires, psychiatriques et sociales ne sont pas dans la logique d'imaginer et concevoir, pour les personnes dans une extrême précarité, des lieux de vie qui leur permettent de sortir de l'urgence tout en n'adhérant pas à un système de réinsertion classique. Des pensions de famille ont été imaginées pour sortir la population marginalisée des systèmes d'urgence sociale par une voie innovante. Ces pensions ouvertes à des personnes caractérisées par un isolement social et affectif avec peu de ressources sont des habitats communautaires de petite taille dont l'objectif est de recréer une ambiance conviviale, presque familiale. Il n'existe pas de limitation de séjour. Ainsi, ces logements évitent les situations d'urgence itératives. Pour éviter la stigmatisation, cet habitat est ouvert à des publics de génération et d'origine différentes. Enfin, ces pensions offrent une panoplie large de services associant les secteurs sanitaire et social. En mars 2000, 18 projets de pensions de famille étaient en cours de réalisation. Il semble donc que ces pensions de famille soient fondées sur un **concept d'inconditionnalité**. Ceci apparaît particulièrement novateur. En effet, l'ensemble des autres dispositifs ou structures sont conditionnés par un certain nombre d'obligations. Le Revenu Minimum d'Insertion, par exemple, a pour contrepartie un contrat d'insertion. Or, ce sont à ces obligations que les personnes SDF sont réfractaires. Qui dit respect d'obligations dit être introduit dans la logique de fonctionnement de la société : par définition même, les personnes SDF ne peuvent respecter cette logique.

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que les conditions d'existence des personnes SDF constituent un facteur majeur de fragilisation des individus tant par leurs effets directs que par le ressenti qu'elles induisent. Les implications de ces conditions de vie sont particulièrement lourdes en matière de santé. Souffrance psychique, difficulté d'accès aux soins et à la prévention, rupture dans les prises en charge, absence de demande ou refus de soins sont autant de facteurs qui se conjuguent et font obstacle à la préservation de la santé. Leur état général est donc la résultante directe de leur environnement de vie dégradé.

Pourtant, la prise de conscience de cet état de fait fut tardive. Ainsi, les politiques publiques en direction des personnes SDF sont longtemps restées fragmentées, traitant respectivement du logement, de l'emploi ou de la santé. Si, aujourd'hui, la logique qui sous-tend ces politiques évolue vers une approche plus globale, l'accompagnement vers un « prendre soin » des personnes sans domicile fixe est toujours empreint de difficultés. Des pistes de réflexion ont pu être dégagées combinant une approche pragmatique et plus conceptuelle : territorialisation ; amélioration de la prévention, développement d'une approche plus humaniste de l'accompagnement des personnes SDF...

Plus globalement, ces limites des politiques publiques en direction des personnes SDF soulignent l'échec d'une vision de l'insertion fondée essentiellement sur l'emploi. La loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, tout en abordant les différentes thématiques liées aux problématiques des personnes en errance, reste majoritairement centrée sur l'emploi. Or, si le nombre de chômeurs a pu décroître un temps, la pauvreté elle demeure élevée.

Ces constats rendent nécessaire l'exploitation de nouvelles perspectives. L'insertion par la culture mérite notamment d'être analysée. La valorisation de l'utilité sociale des personnes SDF est également indispensable : il s'agit de montrer qu'elles ne représentent pas seulement une charge mais aussi des ressources qu'il convient de mobiliser.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

BOUCHAYER F., *Trajectoires sociales et inégalités*, MIRE/INSEE, Eres, 1996.

EMMANUELLI X., FREMONTIER C., *La fracture sociale*, Paris : P.U.F. Coll : Que sais-je? , 2002. 126p.

GABORIAU P., *Clochard*, Ed. Julliard, 1993.

LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Flammarion, 1998.

MAISONDIEU J. *La fabrique des exclus*, Bayard, 1997.

MOREAU DE BELLAING L., GUILLOU J. *Les SDF, un phénomène d'errance*.

PROLONGEAU H. *Sans Domicile Fixe*, Paris : Hachette, 1993.

### **PERIODIQUES**

BOISGUERIN B., La CMU au 31 mars 2002. *Etudes et résultats, DRESS*, n° 179, juillet 2002.

DOUTRELIGNE P., Le logement des personnes défavorisées. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, supplément au n° 2158 du 17 mars 2000.

LARMIGNAT V. Psychiatrie et secteur médico-social : vers une prise en compte coordonnée de la santé mentale. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2215 du 18 mai 2001.

M J.J., CMU : « ça marche », mais des problèmes demeurent, estiment les associations. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2206 du 16 mars 2001.

DAMON J. Les SDF. *La Documentation Française*, n° 770, du 19 juillet 1996.

Haut Comité de la Santé Publique. Santé et précarité. *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, n° 12, septembre 1995.

## **ETUDES ET RAPPORTS**

*Construire ensemble une place pour tous, 1998-2000, deux ans d'action de lutte contre les exclusions en Ille et Vilaine*, Avril 2001.

GUILIANI F., VIDAL-NAQUET P-A., « *Modes de vie, pratiques et trajectoires des personnes SDF* »

Haut Comité pour le logement des Personnes Défavorisées, « *Le besoin de cohérence dans la politique du logement* », mai 1999.

*Les inégalités en France et leur évolution depuis une dizaine d'années*, CREDOC, Collection des rapports, n° 83 de février 1990.

*Les SDF, représentations, trajectoires et politiques publiques*, Consultation de recherche, Ministère de l'Équipement, des transports et du Logement, Mars 1999.

Rapport annuel de l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *La Gazette des communes, des départements, des régions*, cahier n° 3 : 17/1643, 29 avril 2002, pp. 264-303.

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion.

Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 relative à la mise en œuvre du droit au logement.

Circulaire du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté

Loi n° 98-557 du 29 juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions.

Circulaire DH/AF 1/DGS/SP/2/DAS/RU3 n° 98-736 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.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle.

Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain.

## **ANNEXE**

### **Entretiens avec les acteurs :**

- « PUZZLE » : Accueil de jour, 9, rue de la Cochardière, 35000 Rennes.
- « Cellule d'Accueil et d'Orientation Psychiatrique », équipe mobile rattachée au 8ème secteur de psychiatrie générale, au CHS de Rennes.
- Xavier Emmanuelli : Président fondateur du SAMU Social. Paris.
- « Archipel Santé », structure de soins et d'hébergement, 17000 La Rochelle.
- « APAPAR » Structure associative gérant un service d'accueil et d'information pour les jeunes de 16 à 25 ans : « Le point jeune » et une antenne itinérante : « le bus 25 ». 17000 La Rochelle.
- « La Cité Saint-Martin » dépendant du Secours Catholique, elle gère un hôtel social habilité CHRS, un service d'accompagnement social qui consiste en un accueil individuel en chambre d'hôtel et un service « famille-santé ». 75000 Paris.
- « ABEJ » . 59000 Lille.

### **Entretiens avec des personnes SDF**

- Rencontre de T dans le Centre d'hébergement d'urgence de Marseille.