

PARTIE 1

ZOOM

Le logement
est une question de santé publique

- **MAL-LOGEMENT ET SANTÉ : LE CERCLE VICIEUX**
- **DES PRISES EN CHARGE SOCIALE ET MÉDICALE
QUI S'IGNORENT**
- **DÉCLOISONNER LES RÉPONSES**

« Quand on est malade, on reste à la maison, mais quand c'est le logement qui rend malade ? » C'est par cette campagne de sensibilisation lancée en 2007¹ que la Fondation Abbé Pierre souhaitait attirer l'attention des citoyens sur les dégâts du mal-logement en matière de santé. À travers ses actions, la Fondation mesure en effet la prégnance des problématiques de santé chez les mal-logés — qui apparaissent aussi en filigrane de ses analyses dans les rapports annuels successifs sur « L'État du mal-logement en France ». Il était donc nécessaire d'y consacrer un chapitre à part entière, tant **les liens entre mal-logement et santé sont importants et divers, mais sans faire toujours l'objet d'une attention suffisante dans les réponses apportées aux personnes.**

Les liens entre problème de logement et de santé sont évidents lorsque l'on se penche sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes sans domicile, qu'elles dorment à la rue ou en habitat de fortune, ou encore qu'elles « tournent » entre les différentes formes d'hébergement proposées par les dispositifs publics (accueil d'urgence et de stabilisation, hébergement d'insertion, hôtels...). Il en va de même pour tous ceux qui vivent en bidonvilles, bien souvent des familles avec enfants, dans des conditions sanitaires les plus rudimentaires et inacceptables. On pense aux ménages contraints d'habiter des logements insalubres, humides ou très dégradés, avec toutes les conséquences délétères connues sur le plan sanitaire (saturnisme, asthme, bronchites chroniques, allergies...), sans compter les risques d'accidents domestiques.

Les impacts du mal-logement sur la santé sont multiples et d'intensités variables (pathologies, handicaps, syndromes ou troubles). Ils se développent à différents niveaux, que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale, mais aussi du bien-être. Nous nous réfèrerons ici à la définition de la santé donnée par l'OMS dans sa Constitution de 1946, dans une approche extensive qui ne renvoie pas uniquement à « l'absence de maladies ou d'infirmité » mais plus largement à « l'état de bien-être physique, mental et social² ». De ce point de vue, il y a fort à craindre que l'absence de réponse aux situations les plus graves — à l'heure où l'ensemble des dispositifs d'aide sont saturés³ (115, secteur de l'hébergement, demande Hlm...) — conduise à aggraver de façon considérable l'état de santé de ceux qui sont déjà les plus vulnérables. **Nombreuses sont les études à avoir montré que la précarité était un**

¹ Campagne de sensibilisation réalisée à l'occasion du lancement du programme « SOS Taudis » de la Fondation Abbé Pierre.

² En 1952, l'OMS donne la définition suivante de la santé publique : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle ; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.* »

³ Voir sur ce point le chapitre 1 du rapport 2015 sur *L'État du mal-logement en France* : « Vivre aux portes du logement. Détresse des personnes, défaillances des dispositifs ».

facteur de risque de mauvaise santé physique et mentale et de mortalité précoce : « *De nombreuses recherches montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes) et de faible recours aux soins* »⁴ rappelle ainsi le HCSP.

L'analyse développée dans ce chapitre s'inscrit dans une réflexion déjà ancienne dans le champ de l'action publique. En effet, **les liens entre santé et conditions de logement ne sont pas nouveaux**. Au 19^e siècle, les questions de santé publique (liées à l'insalubrité des logements) ont été à l'origine des premières interventions de l'État dans le domaine du logement et les ont d'ailleurs légitimées. Un retour sur l'histoire des politiques de prise en charge sanitaire montre des liens constants, bien que fluctuants, avec les préoccupations sociales (voir encadré). Mais ces liens se sont progressivement distendus et transformés sous l'effet d'évolutions marquantes, dans le champ de la santé comme dans celui du logement. Les progrès de la médecine dans la deuxième moitié du 20^e siècle tout d'abord, ont contribué à recentrer les politiques sanitaires sur le soin curatif au détriment de politiques préventives. Le médical l'a emporté sur les approches en termes de santé publique et les liens avec le logement ou le cadre de vie ont été relayés au second plan... Du côté du logement, les politiques d'amélioration de l'habitat et des conditions d'hygiène ont aussi fait leur œuvre : nous ne sommes plus à l'époque où la mauvaise qualité des habitations et les conditions d'occupation étaient à l'origine de pathologies telles que le choléra ou la tuberculose, les approches en termes de santé publique ne constituent donc plus aujourd'hui une porte d'entrée de l'action publique en faveur de l'habitat.

Les politiques de santé publique face au logement en France : une approche historique

L'apparition et l'instauration de la « santé publique » en France se font progressivement, à mesure que les préoccupations à l'égard de la santé grandissent. On peut distinguer à grands traits quatre étapes dans l'évolution des rapports entre politiques du logement et de la santé.

La première (du Moyen-Âge au début du 20^e siècle) est caractérisée par des préoccupations sociales et sanitaires intrinsèquement liées.

Les hôpitaux traduisent ces préoccupations : dédiés à l'origine à l'hébergement des pèlerins, ils deviennent — dès le 12^e siècle et jusqu'au 17^e siècle — des lieux d'accueil pour les indigents et mendiants, dont le nombre explosait avec les grandes famines et épidémies (lèpre, peste, choléra...). Des évolutions sociales et démographiques importantes modifieront le rôle de l'hôpital qui exercera une fonction asilaire pour

⁴ Haut Conseil de la santé publique, Les inégalités sociales de santé, 2009.

les populations à risque, pauvres et malades jusqu'au début du 20^e siècle (dans une perspective avant tout sécuritaire visant à enfermer ces personnes, si possible à l'extérieur des villes).

Les théories hygiénistes qui se sont imposées au 19^e siècle traduisent également ces liens entre préoccupations sanitaires et sociales. Face à des pandémies de choléra que la médecine ne parvenait pas à expliquer, l'idée s'impose que l'air corrompu des villes (avec la décomposition des détritiques et déchets) est à l'origine de ces maladies. On ouvre alors les villes pour « faire circuler l'air », à l'instar des travaux du baron Haussmann à Paris, et les activités industrielles sont reléguées en banlieue afin d'éradiquer ces foyers de contagion. À cette période, des liens de causalité sont établis entre conditions d'habitat et de santé et la notion d'insalubrité⁵ est définie juridiquement dans la loi de 1850. Le concept de « santé publique », apparu dans la loi du 15 février 1902, conduit à une territorialisation accrue des politiques de santé⁶. La responsabilité individuelle des ménages est également pointée dans les théories hygiénistes qui avancent l'idée que des comportements déviants ou amoraux peuvent conduire à une mauvaise occupation des logements et au développement de maladies infectieuses.

Au cours du 20^e siècle, sous l'effet des progrès de la médecine, la question sociale est progressivement délaissée. Alors que les liens entre préoccupations sociales et sanitaires avaient dominé les politiques de santé publique jusqu'au milieu des années 1950, ces logiques évoluent avec les progrès de la médecine et l'investissement est désormais massif dans le « curatif ». Les missions des hôpitaux se transforment profondément : après une première séparation entre « hôpitaux » et « hospices » en 1851, la loi Debré de 1958 conduit à concentrer les soins, l'enseignement et la recherche dans les hôpitaux (création des CHU⁷ notamment) limitant leurs missions au domaine médical, tandis que le social devait être pris en charge ailleurs (établissements publics de santé créés par la loi hospitalière de 1970). Le recentrage sur le soin curatif a des répercussions importantes pour les plus démunis, dont l'accès aux soins est finalement délaissé par les politiques sanitaires.

À partir des années 1980, le retour de la pauvreté et la montée du chômage — sous l'effet de la crise économique — conduisent à réinvestir progressivement la question sociale dans le champ médical, sous le prisme de l'accès aux soins des plus démunis. Les

⁵ La loi de 1850 affirme que « les logements réputés insalubres se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants ».

⁶ Réglementation et organisation sanitaire aux niveaux départemental et communal, renforcement des mesures d'hygiène et de vaccination, lutte contre l'insalubrité des maisons...

⁷ CHU : Centres hospitaliers universitaires.

professionnels de soins sont confrontés à de nouveaux problèmes de santé qui, soit n'avaient pas de solution technique, soit nécessitaient des compétences hors du champ médical. Deux rapports de 1987 contribuent à faire émerger cette problématique dans le débat public : celui du père Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde⁸ et le « rapport Revol-Strohl » sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, piloté par le ministre des Affaires sociales. En 1998, la Loi relative à la lutte contre les exclusions réaffirme le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins pour tous et l'accueil des publics en situation d'exclusion.

Logement et santé constituent désormais deux mondes séparés par les politiques qui les régissent, par leurs acteurs... Pourtant, ils sont véritablement interdépendants. L'allongement de la durée de vie et le souhait des personnes âgées de vieillir à domicile révèlent de plus un besoin accru d'adaptation des logements. D'autres évolutions concernant le secteur de la santé, comme le développement de la médecine ambulatoire, confirment un même besoin d'adaptation. Sans compter la mise en place déjà ancienne de la sectorisation psychiatrique qui n'a pas suffisamment pris en compte la question du logement des malades amenés à résider hors des murs de l'hôpital. La période actuelle invite à dépasser ce cloisonnement à la faveur d'évolutions récentes et communes dans les champs de la santé et du logement : en matière d'accès aux soins comme d'accès au logement, **la question des inégalités tarade désormais les deux secteurs et constitue une opportunité de rapprochement entre les acteurs du champ sanitaire, ceux de la lutte contre les exclusions et ceux du logement.**

La réduction des inégalités s'est affirmée comme un objectif majeur dans le domaine de la santé en France depuis le début des années 2000 et plus particulièrement avec la loi « HPST⁹ » de 2009, qui porte une attention plus soutenue aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Par ailleurs, de nombreuses études menées à l'étranger ont démontré l'impact des déterminants sociaux et environnementaux dans la production des inégalités de santé, parmi lesquels figurent les conditions d'habitat et la zone de résidence. Ainsi, si les conditions d'habitat constituent un déterminant des inégalités sociales de santé, la politique du logement se doit — comme d'autres approches sectorielles — de chercher à les réduire.

Ce chapitre visera plusieurs objectifs. Il cherchera dans un premier temps à **dévoiler les conséquences du mal-logement sur la santé** en partant des situations vécues par les personnes sans domicile, en logement insalubre

⁸ « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ».

⁹ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

ou indécents, sans oublier tous ceux qui sont dans des situations de grande fragilité par rapport au logement (conditions de vie dégradées dans des territoires de relégation, difficultés financières liées au paiement du loyer et menaces d'expulsion,...). Une littérature scientifique abondante et souvent très spécialisée existe, sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Mais au-delà de ces apports fondamentaux, la Fondation Abbé Pierre cherchera à ancrer ses analyses dans le vécu des personnes et leurs témoignages.

D'autres questions se posent dans la période actuelle comme celle de l'adaptation des logements face au vieillissement de la population ou la prise en compte des situations de handicap : ces thèmes ne pourront être traités ici que de manière incidente, tant ils mériteraient des développements spécifiques.

Il conviendra également de **mettre en lumière l'interdépendance entre problèmes de santé et mal-logement, qui complique la prise en charge des besoins**. Malades sans domicile personnel, personnes sortant d'hôpital ou de maternité sans solution d'hébergement, personnes dans des conditions de logement si dégradées qu'elles rendent impossible toute intervention à domicile pour les professionnels de santé... L'accès aux soins et à un logement adapté est d'autant plus difficile que les personnes connaissent des situations de grande vulnérabilité. Le cloisonnement qui existe entre les différents systèmes de réponse est particulièrement emblématique en matière de santé mentale, comme en témoignent les acteurs du secteur du logement et de l'hébergement bien souvent démunis.

Nous chercherons enfin à **dégager des perspectives en matière d'évolution des pratiques et des politiques pour une meilleure articulation des approches en termes de santé et de logement**. Si de nombreuses avancées ont pu être constatées à différents niveaux dans le sens d'un décroisement, il conviendra de promouvoir ces pratiques et d'identifier des pistes favorisant une amélioration structurelle des réponses en direction des personnes fragiles et des défavorisés.

MAL-LOGEMENT ET SANTÉ : LE CERCLE VICIEUX

Au fil de ses rapports, la Fondation Abbé Pierre a régulièrement constaté que le mal-logement peut avoir des conséquences très lourdes, notamment en matière de santé. Des personnes exclues du logement — ou ballotées entre toutes sortes de solutions d'habitat précaire ou indigne — aux mal-logés victimes de conditions d'habitat dégradées ou insalubres, les liens entre problèmes de logement et de santé sont manifestes, à des degrés d'intensité divers. Ils font l'objet pour certains d'études épidémiologiques importantes et sont appréhendés pour d'autres par les observations des professionnels intervenant auprès des ménages.

Ces constats sont étroitement corrélés à la question de **la précarité sociale des personnes, qui constitue un facteur de risques de mauvaise santé physique et mentale et de mortalité précoce**, reconnu comme tel par les pouvoirs publics depuis les années 1980. Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur les inégalités sociales de santé en 2009 l'a confirmé : *« Les personnes précaires cumulent les facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les populations les plus pauvres et les plus « exclues », par exemple les personnes sans chez soi ou encore les immigrés en situation irrégulière »*¹.

Certes, il demeure bien souvent difficile d'établir les liens de causalité entre les difficultés de logement et les problèmes de santé, tant les deux sont imbriqués. Si dans la majorité des cas, les études existantes ne permettent pas d'établir un lien causal direct, elles sont néanmoins considérées comme un facteur — parmi d'autres relevant de la précarité sociale des personnes — qui vient accroître le risque de développer une maladie ou d'aggraver des symptômes déjà existants.

Être sans domicile : des conditions de vie très précaires qui dégradent la santé

L'expérience de la vie à la rue et les parcours marqués par l'errance sont parmi les situations les plus graves et aux conséquences les plus manifestes sur la santé. **Nettement plus courte que celle de la population générale, l'espérance de vie des personnes à la rue est, de toute évidence, le premier**

¹ HCSP, *Les inégalités sociales de santé*, 2009

indicateur d'une santé dégradée. Le Collectif des Morts de la Rue indique que la moyenne d'âge au décès est de 49 ans chez les personnes sans domicile, contre 77 ans au sein de la population générale². Les principales causes de décès (après les causes mal définies ou inconnues qui en représentent 28 %) sont les morts violentes (20 %), notamment par intoxications accidentelles (2 fois plus fréquentes que dans l'ensemble de la population), noyades accidentelles et homicides (2,9 fois plus fréquentes) et exposition à un froid naturel excessif (35 fois plus fréquent). Arrivent ensuite les tumeurs (18 %), maladies cardiovasculaires (11 %) et maladies de l'appareil digestif (7 %). Pour mémoire, le collectif Les Morts de la Rue a comptabilisé le décès de 498 personnes sans domicile en 2014. Un chiffre sans doute très inférieur à la réalité, comme l'a montré une étude épidémiologique récente, qui estime le nombre de morts de la rue à 2 000 au moins par an.

D'après une enquête de l'Insee et de l'Ined en 2012, **seuls 55 % des sans-domicile usagers des services d'aide se déclarent en « bonne » ou « très bonne santé », contre 69 % dans l'ensemble de la population.** Manque d'hygiène et de sommeil, errance prolongée, violence... les conditions de vie quotidiennes des personnes sans domicile ont un impact direct sur leur santé.

Part des personnes sans domicile se déclarant en bonne ou très bonne santé

	Hommes		Femmes	
	sans-domicile	population générale	sans-domicile	population générale
18-24 ans	79,2 %	93,8 %	69,9 %	85,9 %
25-34 ans	60,4 %	83,4 %	60,0 %	83,0 %
35-59 ans	59,8 %	75,0 %	44,7 %	72,2 %
60 ans et plus	46,9 %	55,4 %	7,9 %	50,5 %

Sources : INED, INSEE, Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012. IRDES, Enquête Santé et protection sociale 2012.

Champ : Population de 18 à 75 ans, France métropolitaine.

La privation de logement personnel constitue à la fois une cause et un facteur aggravant des problèmes de santé. Les situations des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête réalisée pour ce rapport témoignent bien souvent d'une imbrication de pathologies et troubles divers, qui se cumulent et se heurtent à la question de l'accès aux soins qui joue là un rôle d'amplificateur.

• Les pathologies récurrentes chez les sans-domicile

Maladies respiratoires ou digestives, troubles du comportement alimentaire, maladies de peau, mais aussi problèmes de santé mentale : de nombreuses études épidémiologiques ont déjà permis d'établir que les personnes sans

² Lettre de l'ONPES, « La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010 », septembre 2013.

abri souffrent d'un état de santé physique et mental particulièrement dégradé. Les problèmes de santé des personnes à la rue rencontrées dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde (MDM) en 2014³ se concentrent principalement autour des affections respiratoires (28 %), digestives (27 %) et ostéoarticulaires (21 %) avec également une fréquence élevée des troubles d'ordre psychologique (17 %) ainsi que des affections dermatologiques (21 %).

Parmi les maladies respiratoires, la tuberculose est particulièrement répandue chez les grands précaires. Selon une étude publiée en 2008⁴, sa prévalence est estimée à 1,8 pour 1 000 chez les personnes sans domicile, soit 20 fois plus que la moyenne française. Se transmettant par contacts prolongés en milieu confiné, cette maladie peut être mortelle et les traitements, d'une durée de six mois, ne sont pleinement efficaces que s'ils sont suivis jusqu'à leur terme. Dans le cas contraire, ils renforcent la résistance des bacilles aux médicaments et la maladie devient beaucoup plus difficile à traiter. Or, la présence de germes multi-résistants est particulièrement forte dans la population sans abri. Liée à leurs conditions de vie et de santé précaires et à des problématiques administratives, aggravée par certains comportements d'addictions, la difficulté d'accompagner les sans-domicile dans l'observance de leur traitement induit un fort taux d'échec thérapeutique.

Les affections dermatologiques sont également très fréquentes au sein de la population des sans-domicile. Principalement infectieuses (ectoparasitoses, infections bactériennes et fongiques), elles peuvent aussi avoir des causes physiques (frottements, traumatismes, appuis prolongés) ou découler de carences nutritionnelles⁵. Les conditions de vie particulièrement difficiles des personnes sans domicile sont propices à leur développement : difficulté à changer régulièrement de vêtements, promiscuité, accès à l'hygiène limité, etc. L'enquête HYTPEAC de l'observatoire du Samu social de Paris indique que certaines pathologies sont plus répandues chez les personnes dormant dans l'espace public que chez celles qui ont recours à l'hébergement : parmi les personnes enquêtées, des antécédents de gale par exemple ont été détectés chez 7,7 % des personnes en centres d'hébergement mais 22,3 % des personnes dormant dans l'espace public.

³ En 2014, 20 % des personnes ayant fréquenté les CASO (sur 4 675 personnes) sont sans domicile ou dans un dispositif d'hébergement d'urgence pour une courte durée. Source : rapport 2015 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France, MDM.

⁴ Delphine Antoine, « Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006 », *BEH 2008*, n°10-11, pp. 69-72. Analyse des 5 336 cas déclarés en 2006.

⁵ Jean-Michel Rémy, « Dermatoses et précarité ». Conférences : Infections cutanées, SFMU, 2011.

Santé des sans-domicile dormant dans la rue ou dans des centres d'hébergement

	Centres d'hébergement	Espace public
Antécédent de gale	7,7 %	22,3 %
Antécédent de poux de corps	10,8 %	27,7 %
Consommation régulière de drogue	0,9 %	12,5 %
Consommation d'alcool « à risque »	14,3 %	67,1 %
Pas de consultation médicale depuis plus d'un an	15,1 %	31,2 %

Source : enquête HYTPEAC, Observatoire du Samu social, 2011.

Accidents sur la voie publique, chutes, agressions... les pathologies traumatologiques sont aussi particulièrement fortes chez les sans-domicile.

Elles arrivaient par exemple en 3^e position des problèmes de santé recensés dans les consultations médicales du Samu social de Paris en 2008 (8 %), après les conduites addictives et les pathologies dermatologiques. Plus récemment, l'enquête Sans-domicile 2012⁶ a permis de montrer que les sans-domicile sont soumis à une violence exacerbée : ils sont huit fois plus souvent victimes de vol que les personnes en logement ordinaire (26 % contre 3 %), et près de deux fois plus souvent d'agression (29 % contre 17 %). Parmi eux, les sans-abri sont encore plus exposés : ils sont 42 % à avoir été victimes d'un vol au cours des deux années précédant l'enquête et 33 % d'une agression. Les femmes sans domicile sont aussi plus nombreuses à avoir subi des agressions ou actes de violence (31 % contre 27 % chez les hommes), sachant qu'il s'agit pour une partie d'entre elles de violences familiales subies dans le logement précédent et qui ont pu les conduire à quitter leur domicile.

Plus encore que les symptômes physiques, les **troubles de santé mentale sont extrêmement fréquents parmi les personnes sans domicile**. D'après l'enquête Samenta menée par le Samu social en 2009⁷, près d'un tiers des personnes sans logement en Île-de-France est atteint par un trouble psychiatrique sévère (13 % de troubles psychotiques, 7 % de troubles sévères de l'humeur et 12 % de troubles anxieux) ; des troubles non sévères de l'humeur (essentiellement des dépressions légères ou modérées) sont détectées dans 15,5 % des cas. Ces troubles touchent non seulement des hommes isolés, mais aussi des adultes en famille (29 % d'entre eux souffrent au moins d'un trouble sévère) et notamment de jeunes mères, avec les conséquences que l'on peut imaginer sur les enfants.

L'enquête Samenta montre également que parmi la population sans logement personnel, 21 % présentent une dépendance à l'alcool et près de 18 % à une

⁶ Insee Focus N° 44, « Davantage de victimes de vol ou d'agression parmi les sans-domicile », novembre 2015. Parmi les francophones âgés de 18 à 75 ans, à début 2012.

⁷ L'étude Samenta a été réalisée en 2009 auprès d'un échantillon représentatif de personnes sans logement en Île-de-France, hébergées dans des structures d'urgence, hôtels sociaux ou de réinsertion sociale.

drogue illicite. Ces prévalences sont fortement marquées chez les hommes, plus souvent dépendants à l'alcool que les femmes (27 % contre 9 %) et au cannabis (21 % contre 6 %). **Les problématiques d'addiction** peuvent être un frein dans le recours aux soins. L'effet « anesthésiant » procuré par la consommation de drogues peut constituer pour certains un moyen de « se soigner » et de soulager leur douleur : « *Quand il y a des addictions profondes, le soin passe au second plan aussi. Certaines personnes sont prêtes à perdre leur bras mais ont besoin de boire. Certains se soignent par l'alcool, les produits.* » (Samu social Lille).

Le manque d'hygiène constitue également un facteur aggravant de l'état de santé des personnes sans domicile. Il engendre non seulement de nombreuses maladies et affections, notamment dermatologiques (poux, gale, etc.), mais aggrave aussi les pathologies existantes, dans la mesure où les soins de base (nettoyer, désinfecter une plaie, mettre un pansement, etc.) sont difficilement praticables.

L'accès à l'hygiène est très restreint pour les personnes à la rue, comme l'a montré l'enquête HYTPEAC : elles peuvent prendre moins de douches que les personnes hébergées en centres, moins souvent faire des lessives et changer de vêtements et ne peuvent pas se brosser les dents quotidiennement⁸. Ceci dit, l'enquête pour le Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées montre que 38 % des usagers critiquaient le manque d'hygiène dans les centres d'hébergement d'urgence et 58 % souhaitaient disposer de davantage de lieux d'hygiène⁹.

De manière plus fondamentale, c'est l'accès à l'eau qui devient aujourd'hui préoccupant pour les populations les plus précaires. Selon les résultats d'une étude menée par Médecins du Monde en 2014 auprès des bénéficiaires de 7 CASO, plus d'un ménage sur 10 s'approvisionne en eau grâce aux bornes-fontaines des villes. Ce mode d'approvisionnement concerne majoritairement les personnes à la rue, en bidonville ou en squat.

Les disparités sont fortes selon les municipalités dans l'accès effectif à l'eau. Bien que toutes les villes enquêtées disposent de points d'accès à l'eau potable et aux bains/douches, leur nombre reste largement insuffisant pour couvrir les besoins des populations.

- **Des conditions sanitaires particulièrement dégradées en bidonville**

En décembre 2015, l'« état des lieux des campements illicites » réalisé par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) recensait 582 bidonvilles et squats occupés par 17 929 personnes, dont environ

⁸ Rapport sur l'Hygiène de la tête aux pieds : ectoparasitoses et affections cutanées, Observatoire du Samu social de Paris, 2011.

⁹ Sur un échantillon de 255 personnes.

4 000 enfants. Les bidonvilles, généralement situés dans les interstices urbains ou sur des friches, présentent souvent des risques sanitaires du fait de leur localisation (proximité d'échangeurs d'autoroute ou de décharge, pollution des sols liée à leur passé industriel). Les acteurs de terrain constatent la recrudescence de certaines épidémies comme la tuberculose, ou l'apparition de pathologies comme le shigelle, proches de celles qu'on trouve dans les camps de réfugiés, ainsi que des problématiques psychiques. La mortalité néonatale en bidonville serait huit fois supérieure à la moyenne française selon un rapport de Médecins du Monde¹⁰ et la mortalité infantile cinq fois supérieure. L'espérance de vie s'y établirait entre 50 et 60 ans.

Les habitants de bidonvilles souffrent de plus, de la rareté — voire de l'inexistence — des infrastructures de base. Selon la DIHAL, au moins 1 300 personnes vivent dans des bidonvilles ne disposant d'aucune forme de traitement des déchets et plus de 3 700 personnes dans des bidonvilles sans point d'eau. **De fait, les autorités sont généralement réticentes à mettre en place des dispositifs d'accès à l'eau potable, pour éviter d'après elles l'installation pérenne des populations.** L'absence de ramassage des déchets occasionne également un amoncellement d'ordures propice à la prolifération des rongeurs.

D'après un rapport de Médecins du Monde en 2011¹¹, l'absence d'eau potable, de toilettes et de ramassage des déchets sur la majeure partie des terrains « *engendre des problèmes d'hygiène avec des pathologies dermatologiques et digestives potentiellement graves (dermatoses infectieuses, surinfections de plaies, parasitoses intestinales, diarrhées...)* ». L'association Première urgence Internationale (PUI) le confirme : « *Les douches, c'est très compliqué en hiver, car il faut transporter et réchauffer l'eau dans des bassines, donc il y a pas mal de soucis liés à la gale et des problèmes gynécologiques liés au manque d'hygiène* ».

L'absence d'électricité et de chauffage contraint à des installations artisanales (bougies, poêles à bois, etc.) présentant des risques d'émanations toxiques et occasionnant de nombreux problèmes respiratoires liés à l'utilisation de matériaux traités avec des produits toxiques. Les habitants des bidonvilles se retrouvent aussi exposés à des incendies fréquents, se soldant parfois par des drames : deux enfants sont morts ainsi en juin 2015, l'un dans les Yvelines et l'autre dans le Nord.

L'extrême précarité des conditions de vie, combinée à une absence ou à un recours tardif aux soins médicaux, génère également des situations potentiellement dangereuses en termes de diffusion des maladies comme la tuberculose, l'hépatite, la gale, la rougeole. Cette situation est d'autant

¹⁰ « La santé des Roms en France : une urgence sanitaire ? », synthèse du forum du 25 février 2010, Médecins du Monde.

¹¹ Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations Roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France, juillet 2011.

plus alarmante que la couverture vaccinale des occupants des bidonvilles est faible (8 à 12 % des personnes suivies en 2009 par Médecins du Monde).

APRÈS PLUSIEURS ÉVACUATIONS, LA FAMILLE C. PARTAGE UN TERRAIN AVEC 80 AUTRES PERSONNES

Arrivée en France il y a environ 3 ans, la famille C., composée de deux parents et 6 enfants âgés de 7 à 14 ans, a d'abord vécu dans un squat puis s'est installée sur un terrain dont elle a été évacuée au bout d'un an. Suite à cette évacuation, elle s'est installée sur un autre terrain qu'elle occupe depuis 8 mois maintenant, avec près de 80 autres personnes. La famille occupe une petite cabane de 12 m² environ. Pour s'éclairer, elle utilise un petit générateur électrique mais n'a pas toujours les moyens d'y mettre de l'essence.

La famille n'a pas non plus accès à l'eau courante. Pour boire et se laver, les membres de la famille vont chercher de l'eau aux fontaines du parc, à 300 mètres du bidonville. Ils remplissent 3 ou 4 bidons de 10 litres qu'ils transportent sur des chariots de supermarché. Ils vont chercher de l'eau environ 3 fois par jour.

Pour se laver, la famille utilise la plupart du temps des bassines avec de l'eau qu'elle fait chauffer l'hiver. L'une des filles précise alterner les douches entre le bidonville et une association dans laquelle elle se rend deux fois par semaine. L'absence de douches demeure un problème quotidien, tant du point de vue du bien-être (« *J'aimerais pouvoir prendre une douche normale quand je rentre de l'école* ») que de celui de l'hygiène et de la santé : « *On a besoin de douches, mon frère s'est blessé et a eu une infection car il ne pouvait pas bien nettoyer son pied.* ». Aménagées par les occupants eux-mêmes sur le terrain, deux toilettes sèches sont utilisées par les 80 occupants du terrain.

Source : FORS Recherche sociale pour Grenoble Alpes Métropole, enquête sur l'expérimentation d'accès social à l'eau.

Si les évacuations de bidonvilles sont monnaie courante, la circulaire du 26 août 2012 est loin d'être toujours respectée dans ses dispositions en matière d'accompagnement social des personnes. En l'absence de solutions de relogement, **les évacuations contribuent à renforcer la vulnérabilité sociale et sanitaire des occupants.** Expulsées d'un terrain sans solutions de logement ou d'installation pérenne sur un autre site, les familles se retrouvent à la rue, s'éparpillent ou se regroupent, se réinstallant sur d'anciens terrains ayant déjà fait l'objet d'une expulsion, ou rejoignent des bidonvilles déjà existants.

Les évacuations de bidonvilles s'avèrent de fait inefficaces, voire dangereuses pour la santé des occupants. Elles interrompent les démarches d'ouverture de droits ainsi que les opérations de prévention et de soins engagées. Du fait des expulsions, les parcours de soins sont donc au mieux chaotiques, au

pire inexistants : « *On a eu le cas d'un monsieur atteint d'un cancer sur un bidonville de Créteil, qui a pu obtenir une prise en charge avec des séances de radiothérapie dans une clinique de Thiais. Il a eu 2 ou 3 séances, puis il a été expulsé et s'est retrouvé à Nanterre, avant d'être à nouveau expulsé et de se retrouver à Marne-la-Vallée, donc trop loin pour faire trois séances de radiothérapie par semaine* » (Association PUI).

Les évacuations s'avèrent particulièrement néfastes pour les enfants, notamment dans la lutte contre les maladies infantiles ou la prévention du rachitisme : « *Comme les carnets de santé sont perdus au fil des expulsions, les enfants manquent de vaccins ou, au contraire, sont sur-vaccinés. Tout le suivi PMI qui a pu être fait avant est interrompu, sachant que les médecins de PMI sont débordés.* »

Paradoxalement, alors que les expulsions/évacuations peuvent être réalisées au nom même de la santé publique, elles contribuent directement à la propagation de maladies contagieuses parfois graves : « *Dans un bidonville de Pantin où il existait des suspicions de tuberculose et de cas de rougeole, on préparait une opération de vaccination avec les services de santé du Conseil général, mais le camp a été expulsé le matin même de l'opération ! Tous les CRS portaient des masques anti-virus, donc cette problématique était connue des services publics* » (Médecins du Monde).

Plusieurs sources indiquent enfin un « affaiblissement » progressif des occupants de bidonvilles, aussi bien physique que psychique. Selon le rapport de l'Observatoire régional de la santé (ORS), se mêlent chez eux une souffrance psychologique liée à la honte de l'exclusion et du rejet, ainsi que le stress permanent lié à la peur des expulsions et des contrôles, à l'incertitude des ressources et à la crainte des risques occasionnés par les conditions de vie.

Quand le logement rend malade

« *Les logements réputés insalubres se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants.* » Cet extrait de la loi de 1850, qui a délimité les premiers contours juridique de la notion d'insalubrité, montre bien que les liens entre santé et mal-logement ont été établis très tôt en France. Selon le Code de la santé publique, est défini comme insalubre « *tout logement (...) constituant soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé ou exploité, un danger pour la santé des occupants ou des voisins* ». L'insalubrité s'analyse après une visite technique des lieux

¹² Les SCHS se réfèrent à une liste de critères tels que des murs fissurés, une humidité importante, la présence de plomb, une dangerosité des accès, l'absence de raccordement aux réseaux d'électricité ou d'eau potable, l'absence de système d'assainissement...

par les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS)¹² ou les Agences régionales de santé (ARS). Selon la gravité des désordres et l'importance des travaux à effectuer, elle est qualifiée de remédiable¹³ ou d'irremédiable¹⁴.

D'une manière générale, **l'habitat indigne est à l'origine de nombreux troubles sur le plan sanitaire, les principaux risques étant les intoxications (plomb, monoxyde de carbone, radon¹⁵...) et les pathologies allergiques ou respiratoires** imputables en particulier à l'humidité du logement. Dans le Val-de-Marne¹⁶, une enquête réalisée par Médecins du Monde auprès de ménages en habitat indigne a révélé l'existence chez les enfants de maux tels que les rhinites, maux de gorge et otites (48 %), les atteintes de la peau comme l'eczéma (17 %), l'asthme (17 %) et les troubles du sommeil (17 %). Chez les adultes, ces symptômes sont aussi très présents (plus de 30 %), mais l'impact sur la santé mentale semble chez eux prévaloir : plus de la moitié (57 %) déclarent manifester des troubles de l'humeur (tristesse, colère, perte d'énergie, etc.) et plus du quart présente des symptômes de fatigue dont une partie peut sans doute être attribuée aux troubles du sommeil (22 %).

L'habitat indigne a bien des conséquences sur le plan social et psychique : dégradation de l'image de soi — liée à la dévalorisation du patrimoine et à la remise en cause du sentiment de sécurité dans le logement — et repli sur soi du ménage, avec le développement d'un sentiment de « honte » qui concerne aussi bien les adultes que les enfants. Ces symptômes sont également très présents parmi les ménages vivant dans des logements non décents, notamment dans les « micro-logements ». La privation d'un éclaircissement naturel des habitations, par exemple, notamment pour les personnes vivant dans des caves, garages, appentis ou combles peut avoir des conséquences dommageables¹⁷ pour le bien-être des ménages.

¹³ Lorsqu'elle est remédiable, le Préfet prescrit par arrêté les mesures à mettre en œuvre et fixe un délai pour réaliser les travaux. Si nécessaire, il peut interdire le logement à l'habitation jusqu'à l'achèvement des travaux, et imposer de fait au propriétaire l'hébergement temporaire des occupants.

¹⁴ L'insalubrité est qualifiée d'irremédiable lorsque les travaux nécessaires à sa résorption seraient plus coûteux que la reconstruction. Dans ce cas, le Préfet prononce par arrêté l'interdiction définitive d'habiter les lieux, voire ordonne la démolition du bâtiment. Le logement des occupants est à la charge du propriétaire. S'il y a carence du propriétaire dans la réalisation des travaux et/ou l'hébergement ou le logement des occupants, l'autorité publique peut se substituer à lui.

¹⁵ Le radon, gaz très présent dans les sous-sols granitiques ou volcaniques, est un des agents responsables du cancer du poumon. Il peut s'accumuler dans les espaces clos, notamment dans les maisons de certains territoires particulièrement touchés comme la Bretagne, l'Auvergne, la Corse, ou la Lozère. D'après le Plan régional santé-environnement 2011-2015, le radon serait responsable d'environ 200 décès par an en Bretagne.

¹⁶ Enquête menée dans le cadre de la Mission saturnisme de Médecins du Monde, auprès de 54 familles composées de 93 adultes et 119 enfants. L'objectif de cette enquête était d'examiner l'ensemble des pathologies liées à l'insalubrité du logement.

¹⁷ ARS Pays-de-Loire, Delmas, « L'éclaircissement naturel des locaux d'habitation ». Les effets sont insidieux et moins quantifiables que pour les autres critères puisqu'essentiellement physiologiques et psychologiques : effets cognitifs (la lumière naturelle est un stimulant sain pour la concentration et les performances) ; effets physiologiques (un manque de lumière naturelle peut causer des dérèglements hormonaux, liés à la sécrétion de mélatonine et sérotonine, qui ont un impact sur les cycles de sommeil et d'énergie) ; effets psychologiques (la lumière naturelle réduit les dépressions et préserve notre énergie).

- **Le saturnisme infantile¹⁸ : une problématique ancienne mais toujours vivace**

Alors que les risques étaient connus depuis le début du siècle, il a fallu attendre le décès de deux enfants souffrant d'une encéphalopathie saturnine par intoxication au plomb dans leur logement en 1986, pour que le saturnisme infantile devienne une priorité affichée par les pouvoirs publics. Une série d'actions associatives a permis de la faire émerger dans le débat public¹⁹, et l'Association des familles de victimes du saturnisme (AFVS) a particulièrement contribué à son inscription dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui impose le signalement des cas de saturnisme aux autorités sanitaires et implique des travaux dans le logement et les parties communes²⁰.

Le saturnisme affecte particulièrement les enfants qui portent à leur bouche et s'intoxiquent avec des écailles ou des poussières de peinture au plomb. Il peut entraîner des troubles graves et irréversibles : retards de croissance, retards intellectuels, troubles du langage, troubles du comportement, maladies rénales, retards psychomoteurs... Stocké dans les os, le plomb reste présent à 50 % encore vingt ans après l'intoxication et le risque de transmission aux enfants des fillettes contaminées est donc important. Alors qu'il n'existe pas de traitement du saturnisme²¹, le dépistage demeure difficile dans la mesure où les signes d'intoxication peuvent être confondus avec d'autres troubles. Le test de dépistage mesure en outre le taux de plomb présent dans le sang, alors que 90 % du plomb est stocké dans les os.

L'appréciation de l'ampleur du phénomène aujourd'hui, et de ses conséquences sanitaires à moyen et long terme, reste un enjeu prégnant pour les professionnels qui accompagnent les ménages (corps médical, services techniques municipaux, services sociaux...). En 2010, l'Institut de Veille sanitaire (InVS) montrait que la prévalence du saturnisme chez les enfants âgés de 1 à 6 ans était évaluée à 0,11 % en 2008-2009, soit 5 333 enfants, contre 2,1 % en 1995-1996²². Des disparités importantes sont toutefois constatées en matière de dépistage selon les territoires : l'Île-de-France comptait 64,3 % des enfants testés pour la première fois en 2005-2007, tandis que moins de 100 plombémies ont été effectuées dans certaines régions.

¹⁸ Le saturnisme est une intoxication du sang par le plomb, ses vapeurs ou ses sels, qui pénètrent dans l'organisme par voie digestive ou respiratoire. L'intoxication au plomb est reconnue à partir d'une plombémie supérieure à 100 mg/L (seuil universellement adopté d'après les recommandations des *Centers for Disease Control d'Atlanta* aux États-Unis en 1991). Depuis le 8 juin 2015, le seuil de la déclaration obligatoire du saturnisme a été abaissé à 50 µg/L. Il s'agit cependant d'un seuil d'intervention, et non d'un seuil toxicologique, les recherches récentes ayant mis en évidence des effets neurotoxiques sans effet de seuil.

¹⁹ Création d'un collectif anti-plomb en 1988, actions d'envergure menées par l'ALPIL et Médecins sans Frontières à Lyon et en région Île-de-France, création d'une « mission saturnisme » à Paris par Médecins du monde en 1993 et publication d'un rapport alarmiste sur la question...

²⁰ L'intégration du dispositif de lutte contre le saturnisme au code de santé publique en 2004 a permis de formaliser plusieurs obligations, notamment en matière de relogement des occupants pendant la réalisation des travaux.

²¹ Dans les cas les plus graves, une désintoxication de l'organisme des métaux nuisibles est prescrite (chélation), mais elle permet uniquement de réduire le niveau de plomb dans le sang, et non pas dans les os, et ne permet pas de restaurer les fonctions cognitives.

²² « Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009 », *BEHWeb* n°2, mai 2010.

Il est donc possible que le saturnisme soit sous-évalué faute de recherche active. Ainsi, une campagne de dépistage à Béziers a permis de faire émerger cette question sur un territoire qui se croyait jusque-là épargné. Sur 165 plombémies réalisées, 26 enfants (16 %) présentaient une plombémie comprise entre 50 et 99 µg/L (imprégnation saturnine). 12 autres (7 %) un saturnisme à déclaration obligatoire ($\geq 100\mu\text{g/L}$) dont deux nécessitaient un traitement médical d'urgence, alors qu'ils n'avaient pas suscité d'interrogation clinique jusqu'alors²³.

LES ENFANTS DE LA FAMILLE N. ONT DES SYMPTÔMES VISIBLEMENT LIÉS À L'INSALUBRITÉ OU AU PLOMB

Monsieur N. vit depuis 2004 dans un logement locatif privé à Gentilly, dans le Val-de-Marne, où sa femme l'a rejoint avec leurs trois enfants sept ans plus tard : « *On est cinq personnes dans 27 m², en rez-de-chaussée. Quand je suis arrivée, le logement était pratiquement inhabitable : les fenêtres ne marchaient pas, il n'y avait pas d'aération, la peinture tombait, les toilettes étaient tout le temps cassées. Il y avait des problèmes avec l'électricité aussi : il n'y avait pas de prise de terre.* »

Les impacts sanitaires de ces conditions de logement s'observent chez tous les membres de la famille, sur le plan somatique comme psychologique : « *Quand on a emménagé, mon plus jeune avait 11 mois, l'autre 2 ans et ma fille avait 11 ans. Ils ont été très malades, et c'est alors qu'on s'est aperçu qu'il y avait du plomb. Mes deux petits ont des otites chroniques. Ma fille a la drépanocytose, c'est un problème dans les globules rouges, elle a des crises de douleur qui peuvent être mortelles. Avant, elle avait une crise par an ; depuis qu'on est dans ce logement, elle en a quatre par an, c'est trop. Quand elle a une crise, elle doit être hospitalisée en réanimation pendant une semaine, et rester dix à douze jours à l'hôpital. Les médecins ont écrit au préfet, pour qu'on soit relogé, parce que c'était trop dangereux pour ma fille. Moi je fais de l'hypertension maintenant et des crises d'angoisse ; et j'ai des maux de tête tout le temps, des maux de ventre. Mon mari a aussi des maux de tête et des crises d'angoisse parce qu'il pense pouvoir gérer la situation, mais bon voilà...* »

La famille N. habite toujours dans ce logement, malgré les nombreux témoignages de médecins et associations et les diverses démarches entreprises par le ménage : « *En 2012, j'ai fait une demande de logement social auprès de la préfecture. L'ARS est venue voir le logement, ils ont vu le plomb. On est allé à la mairie, on a fait valoir la loi Dalo. Nous sommes allés au tribunal pour attaquer la préfecture. Le juge a condamné le préfet : s'il ne nous logeait pas avant février 2015, il devait nous donner 1 000 euros par mois. Mais l'argent ne nous a pas été versé ; pour*

²³ Arlette Vincent, « Débusquer le saturnisme infantile par une recherche localisée : l'exemple de Béziers », CIRE Languedoc-Roussillon, *Bulletin de veille sanitaire* n°4, décembre 2011.

avoir l'argent, il fallait un avocat pour la plainte, mais on n'avait pas les moyens. À chaque fois que j'appelle la préfecture, ils me disent que les enfants ne doivent pas toucher la peinture, ils ne doivent pas toucher les portes, mais on ne peut pas leur interdire. Comment ils vont faire pour aller aux toilettes ? Et je ne peux pas toujours être là à regarder, à leur interdire, ce sont des enfants... »

Après 4 ans, en octobre 2015, le ménage a reçu une proposition de la DRIHL pour un quatre pièces. En attendant, l'état de santé des enfants comme des parents continue de se dégrader : « *Mon fils, le plus petit, il saigne tout le temps. On est allé voir un ORL, il a fait la cautérisation, mais il a continué à saigner. À l'hôpital Necker, ils ont dit que c'était à cause de l'étouffement, parce qu'il n'y a pas d'aération dans la chambre. Il y a une fenêtre mais il n'y a pas d'aération au-dessus. Et on ne peut pas l'ouvrir parce qu'on est au rez-de-chaussée.* »

• Les moisissures dans l'habitat, conséquence de la pollution de l'air intérieur

Si les liens entre problématiques de santé et de logement sont clairement établis en matière d'insalubrité et de saturnisme, la situation est très différente pour de nombreuses autres problématiques de mal-logement. Tant que l'état du logement n'est pas qualifié d'« insalubre », il est rare que des démarches soient enclenchées en présence d'une forte humidité et de moisissures par exemple, malgré des conséquences sur la santé des personnes attestées parfois par des médecins (à travers des courriers visant à soutenir une demande de relogement ou de travaux...). Les acteurs intervenant sur l'habitat indigne déplorent un déficit de reconnaissance institutionnelle du lien entre mal-logement et problème de santé.

La qualité de l'air intérieur est dégradée dans les logements trop humides, un problème qui, quantitativement, excède largement celui des logements insalubres. D'après l'enquête nationale Logement 2013, 5,8 millions de ménages (soit 20,7 % des ménages) se plaignent de signes d'humidité sur les murs.

Depuis les années 1980, de nombreuses études²⁴ ont permis de prendre conscience de l'importance de la qualité de l'air intérieur dans les logements sur l'état de santé des personnes. En France, cette problématique a été reconnue comme une priorité de santé publique au début des années 2000, et inscrite parmi les actions du 1^{er} Plan national santé environnement 2004-2008²⁵.

²⁴ Notamment en Europe et en Amérique du Nord sur les liens entre la qualité de l'air respiré, l'humidité, les moisissures et la santé respiratoire.

²⁵ Dr Fabien Squinazi, « Polluants de l'air intérieur et impacts sur la santé », 2^e rencontres nationales de l'hygiène et de la santé. Certains effets sanitaires renvoient à des pathologies spécifiques (légionellose, tuberculose, rhinite, asthme, urticaire...), d'autres à des symptômes aux origines multiples.

Des études épidémiologiques ont permis d'établir que la prévalence de l'asthme ou de symptômes respiratoires était associée à la présence de moisissures dans les espaces intérieurs²⁶. Outre les pathologies allergiques, les moisissures produisent de nombreuses substances potentiellement irritantes, susceptibles d'agir comme agents inflammatoires de la peau et des muqueuses (yeux, nez, gorge)²⁷. Les mycotoxines sécrétées par certaines moisissures peuvent être responsables d'une exacerbation de l'asthme, de symptômes généraux d'une intoxication (maux de tête, de gorge, diarrhée, fièvre...)²⁸, voire d'infections pulmonaires qui touchent spécifiquement les sujets immunodéprimés.

Malgré la multiplication récente des recherches scientifiques, les liens de causalité entre pollution de l'air intérieur et troubles de santé restent complexes à établir. Les pathologies les plus fréquemment observées dans les logements humides ou pollués ne sont pas propres à un polluant donné et l'absence d'indicateurs fiables empêche de déterminer un seuil à partir duquel l'effet sur la santé est avéré. L'OMS concluait toutefois en 2009 que les preuves épidémiologiques étaient suffisantes pour montrer une association avec plusieurs effets sur la santé, et en particulier le développement et l'exacerbation de l'asthme, des infections respiratoires, plusieurs symptômes des voies respiratoires hautes (toux, sifflements, dyspnée)²⁹. De manière plus générale, une analyse économétrique menée par l'OFCE a montré que, toutes choses égales par ailleurs, un ménage vivant dans un logement humide développait 40 % de plus de risques de se plaindre d'un mauvais état de santé³⁰.

LE FILS DE MME M. SOUFFRE D'ASTHME AIGU DEPUIS LEUR EMMÉNAGEMENT DANS UN LOGEMENT INSALUBRE, HUMIDE ET REMPLI DE MOISSURES

En 2008, Mme M. a emménagé dans un logement du parc privé de Montreuil, avec son mari et ses deux enfants (âgés alors de 4 et 9 ans). Rapidement, l'état du logement – qui avait été fraîchement repeint – se dégrade : « *C' était un ancien garage transformé en habitation, en rez-de-chaussée au fond de la cour. Il faisait 27 m², avec une toute petite cuisine. La douche et les toilettes étaient dans la chambre des enfants, qui n' avait pas de fenêtre. C' était un taudis plein d' humidité, de moisissures, le plafond qui tombait, des inondations... Des fois, les canalisations étaient bouchées pendant une semaine ; on allait chez le voisin prendre notre douche et faire nos besoins. Il y avait un trou dans un mur du salon, par*

²⁶ Cf. Bush RK, Portnoy JM, Saxon A, Terr AI et Wood RA. « The medical effects of mold exposure ». *Journal, of Allergy Clinical Immunology*, 2006.

²⁷ R. Gaudibert, « Les urticaires et œdèmes de Quincke aux moisissures atmosphériques », *Revue Française d' Allergologie*, vol. 12, n°1, January–March 1972 ; Walidner R, Ernstgard L, Johanson G, Norback D, Venge P et Wieslander G., « Acute effects of a fungal volatile compound », *Environmental Health Perspective*, 2005.

²⁸ Hodgson MJ et Dearborn DG. « Literature on mycotoxins and human health at the time of the ACOEM report », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2009.

²⁹ World Health Organization, « Dampness and mould », 2009.

³⁰ OFCE, « La mesure du coût économique et social du mal-logement », octobre 2015.

lequel entraient toutes sortes de bêtes, notamment des limaces. Il y avait des champignons à côté de la fenêtre. Pendant l'hiver, je me souviens que la neige fondait sur moi à travers le toit pendant que je dormais dans le salon. »

Au bout de trois mois, « *le petit a commencé à être malade ; il avait de l'asthme. Il se réveillait le matin avec les yeux rouges. L'école appelait le Samu et les pompiers plusieurs fois par semaine.* » Les conséquences sont lourdes, tant sur la situation professionnelle de Mme M. que sur la scolarité de son fils et la vie de famille : « *J'étais toujours à l'hôpital. Je n'en pouvais plus, j'étais fatiguée. Quand la crise arrive à 22 h, on va à l'hôpital. On y reste parfois jusqu'à 3 h du matin. Je laissais mes deux filles à la maison : la grande, qui avait alors 10 ans, gardait la plus petite, née en 2009, et je prévenais les voisins. Le lendemain, mon fils n'allait pas à l'école. C'était pas possible... Moi j'ai dû arrêter de travailler. En fait, je travaillais à mi-temps dans la restauration et on n'a pas renouvelé mon contrat. C'est normal, je comprends, on m'appelait tout le temps pendant le boulot pour que j'aille à l'hôpital.* » La dégradation et l'humidité du logement ont également des conséquences sur la santé des autres membres de la famille : « *J'avais des rhumes tout le temps. Quand elle était bébé, j'emmenais tout le temps ma petite dernière chez le kiné pour des bronchiolites ; j'avais peur qu'elle ait aussi de l'asthme, comme son frère. Les médecins ne comprenaient pas pourquoi elle était si souvent malade. Je leur ai montré le dossier et les photos du logement, et ils ont compris.* »

Mme M. a rapidement informé son propriétaire des problèmes d'humidité dans le logement. En l'absence de réponse, elle s'adresse en 2011 au Service d'hygiène et de santé de la Ville de Montreuil, qui oblige son propriétaire à faire des travaux : « *Il a refait plusieurs fois les peintures, mais c'était du cache-misère.* » Les moisissures réapparaissant rapidement, Mme M. sollicite de nouveau le SCHS. À l'occasion de cette nouvelle visite, des prélèvements sont effectués qui révèlent la présence de moisissures très toxiques. Entre 2011 et 2014, le Service d'hygiène de Montreuil effectue des visites régulières dans le logement. Il appuie la demande de logement social faite dès 2010 par Mme M. La famille se voit attribuer un logement en juin 2014, quelques mois avant que le préfet n'émette un arrêté d'insalubrité impliquant l'interdiction d'occuper le logement. En novembre 2014, Mme M. a emménagé dans son nouveau logement (74 m², refait à neuf) avec ses trois enfants. L'impact de ce déménagement sur la santé de son fils est immédiat : « *Maintenant, il a une crise de temps en temps. En un an, on n'est allé qu'une fois à l'hôpital et ça fait du bien. Ça va beaucoup mieux qu'avant, il est moins fatigué.* »

• Les impacts sanitaires de la précarité énergétique

D'après la loi du 12 juillet 2010, est en situation de précarité énergétique « toute personne qui éprouve dans son logement des **difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires** en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat ». En 2013, 4 767 000 ménages, soit 11 026 000 personnes, se sont plaints d'avoir eu froid d'après l'enquête nationale Logement de l'Insee (voir « Les chiffres du mal-logement »).

Alors que l'ORS Île-de-France indique que « *peu d'études ont permis de montrer une association entre un chauffage insuffisant et/ou une mauvaise efficacité énergétique du logement et des effets sur la santé* ³¹», **la Fondation Abbé Pierre a initié une étude sur les impacts sanitaires de la précarité énergétique**, qui a confirmé la perception plus forte d'une santé dégradée par les personnes exposées à la précarité énergétique, une fréquence accrue de pathologies chroniques (bronchites, arthrose, anxiété, dépression, maux de tête...) et aiguës (rhumes, angines, grippe, diarrhées...) ainsi que des symptômes associés (sifflements respiratoires, crises d'asthme, rhumes des foins, irritations oculaires...). Parmi les adultes exposés à la précarité énergétique, 48 % souffraient de migraines et 41 % d'anxiété et dépression (contre respectivement 32 % et 29 % chez les ménages non exposés) ; chez les enfants, l'exposition à la précarité énergétique conduit à multiplier par quatre les symptômes de sifflements respiratoires³². Toujours d'après l'étude économétrique de l'OFCE, le fait d'habiter dans un logement difficile à chauffer accroît de 50 % le risque de se déclarer en mauvaise santé³³.

³¹ Sabine Host, Dorothée Grange, Lucile Mettetal, Ute Dubois, « Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France », ORS IDF, 2014.

³² La méthode retenue consistait à comparer deux groupes de personnes défavorisées : un groupe de personnes exposées à la précarité énergétique et un groupe de personnes non exposées. Bernard Ledéret, CREAL-ORS, « Liens entre précarité énergétique et santé : analyse conjointe des enquêtes réalisées dans l'Hérault et le Douaisis », 2013. Fondation Abbé Pierre, « Quand c'est le logement qui rend malade. Précarité énergétique et santé. Actes du colloque au CESE », décembre 2013.

³³ OFCE, « La mesure du coût économique et social du mal-logement », octobre 2015.

Problèmes de santé développés chez les ménages, en fonction de leur exposition à la précarité énergétique

	Ménages exposés	Ménages non exposés
Adultes		
Bronchite chronique	22,1 %	10,3 %
Anxiété, dépression	40,8 %	28,7 %
Migraine, maux de tête	47,7 %	31,6 %
Grippe	28,7 %	17,7 %
Diarrhée	34,0 %	21,7 %
Crise d'asthme	12,0 %	3,6 %
Enfants		
Rhume, angine	83,8 %	59,3 %
Sifflements respiratoires	29,8 %	7,1 %
Yeux qui piquent	23,4 %	7,2 %

Source : Fondation Abbé Pierre, d'après CREAI/ORS, 2013.

• Quand les problématiques se cumulent : des conséquences en cascade

En matière de mal-logement, différentes problématiques se cumulent bien souvent, comme l'ont montré diverses études menées outre-Atlantique et en Europe³⁴. L'insalubrité du logement et son impact sur la santé apparaissent de fait étroitement liés à l'efficacité énergétique, à la qualité du bâti et aux conditions d'occupation de l'habitat. À travers les situations de précarité énergétique, en l'occurrence, on mesure le risque de dégradation des conditions de vie du ménage par effet cumulatif de différentes problématiques.

Des chauffages inadaptés ou des installations défectueuses peuvent ainsi être utilisés par les ménages pour remédier à la sensation de froid, avec le risque d'intoxication au monoxyde de carbone (CO). Celui-ci peut d'ailleurs être accentué par l'absence d'aération ou le défaut d'entretien des équipements. Environ 1 000 épisodes d'intoxications accidentelles au CO sont déclarés chaque année, exposant en moyenne 3 000 personnes, avec des conséquences sur le sommeil, la mémoire et l'humeur, mais aussi l'apparition de maux de tête, nausées et vertiges, des troubles cardiovasculaires, arythmie, œdèmes, atteintes neurologiques, convulsions, coma, voire décès. La précarité énergétique peut également dégrader la salubrité de l'habitat, en favorisant l'apparition (ou l'augmentation) d'humidité et moisissures par phénomène de condensation. Ce qui peut à son tour favoriser l'accessibilité au plomb éventuellement contenu dans les peintures et accroître le risque de saturnisme.

³⁴ Notamment l'étude LARES menée en 2005 par le bureau européen de l'OMS. « Large Analysis and Review of European housing and health Status », séminaire Villes et Santé, Rennes, octobre 2005.

Le surpeuplement constitue un autre facteur indéniable de risque — ou d'aggravation du risque — sanitaire. L'exiguïté du logement peut aggraver l'humidité et l'apparition de moisissures, en lien avec le nombre élevé de personnes respirant dans un espace restreint et la sur-utilisation des équipements (douche, cuisinière...). Le surpeuplement engendre par ailleurs difficultés quotidiennes et promiscuité, avec des effets sur la santé mentale, des risques d'accidents domestiques, etc.³⁵. Les situations de confinement de bébés sont fréquemment pointées par les professionnels de la petite enfance en lien avec l'exiguïté du logement, ce qui peut conduire à une altération de la motricité et engendre fréquemment des troubles du sommeil : « *Une famille avec deux jeunes enfants, un bébé et un enfant de deux ans, occupait un studio. L'exiguïté du logement a conduit la mère à laisser constamment le plus âgé dans son lit pour éviter qu'il ne fasse mal au bébé. Ne distinguant plus la nuit et le jour, cet enfant connaissait des troubles du sommeil. Ce sont des enfants qui régressent ou qui dépriment* »³⁶.

D'après une étude de l'OFCE, le surpeuplement augmente de 40 % le risque pour une personne de se déclarer en mauvaise santé, toutes choses égales par ailleurs³⁷.

Tableau : Les conséquences du mal-logement sur la santé

Composantes	Sur-occupation	Logement difficile à chauffer	Présence d'humidité	Présence de bruit
Rapport de chance	1,4	1,5	1,4	1,4

*Lecture : Un individu déclarant habiter dans un logement trop humide a toutes choses égales par ailleurs 1,4 fois plus de chance de se déclarer en mauvais ou très mauvais état de santé qu'un individu résidant dans un environnement sain*³⁸.

Le nombre d'accidents domestiques est particulièrement élevé en France : 11 500 décès par an (chutes, défenestrations, électrocutions, suffocation, incendie) et 2,73 millions de blessés chaque année (données 2004) d'après l'InVS. Si les personnes âgées sont les premières concernées, les accidents domestiques sont la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans (350 décès par an) notamment par défenestration (environ 250 victimes par an, en particulier chez les enfants de moins de 10 ans). De mauvaises conditions d'habitat constituent à cet égard un risque supplémentaire, l'exiguïté des lieux ou le manque de confort pouvant conduire à des situations dangereuses (déplacement des meubles sous les fenêtres, utilisation de chauffages d'appoint...). Mme M. dans son logement humide et insalubre en témoigne : « *Un jour ma fille m'a réveillée en me disant qu'il y avait de l'eau dans le salon. Je me suis levée en courant. Le chauffage électrique était juste là, à côté d'elle...* »

³⁵ Luc Ginot, Catherine Peyr, « Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social. », *Santé Publique* 5/2010, vol. 22.

³⁶ Source : FORs, Recherche sociale n°204, « Les coûts sociaux du mal-logement », octobre-décembre 2012.

³⁷ OFCE, « La mesure du coût économique et social du mal-logement », octobre 2015.

³⁸ *Ibid.*

Un halo de fragilités liées à l'habitat qui affectent la santé

Au-delà des problématiques de mal-logement les plus alarmantes et aux conséquences sanitaires les plus manifestes, il convient de porter une attention particulière aux situations qui témoignent de fragilités à la fois sur le plan du logement et de la santé. La question des déterminants sociaux de la santé implique également de prendre en compte les inégalités environnementales et territoriales.

• Précarité sociale et résidentielle : des impacts sur la santé des ménages

L'instabilité résidentielle des ménages a des conséquences non-négligeables sur la santé. C'est ce qu'a montré par exemple l'enquête ENFAMS³⁹. Alors que les familles sans domicile enquêtées (dans des centres d'hébergement ou hôtels) ont déménagé en moyenne 4,3 fois tout au long de leur parcours d'hébergement, cette mobilité est associée à des problèmes de santé plus importants : les familles concernées se perçoivent ainsi en moins bonne santé que la population en général. L'insécurité alimentaire est d'autant plus forte que le ménage a dû déménager souvent : près de 8 familles sur 10 souffrent d'insécurité alimentaire et même 10 % d'une insécurité alimentaire « sévère », impliquant des privations de nourriture, 50 % des mères et 38 % des enfants souffrent d'anémie et l'obésité touche plus d'un tiers des mères. Un quart des enfants sont en surpoids, soit une prévalence supérieure de 10 points à la population générale. Un trouble dépressif est repéré chez 29 % des mères (soit 4 fois plus qu'en population générale) ; ces dernières vivent plus souvent seules que les femmes ne souffrant pas de dépression et ont déménagé en moyenne plus souvent (4,2 déménagements contre 2,8). Chez les enfants, les troubles de santé mentale suspectés sont plus de deux fois supérieurs à la population générale (19 % contre 8 %).

Les charges financières liées au logement influent également sur l'état de santé des individus. Lorsque le ménage doit dépenser plus de 30 % de ses ressources pour se loger, il se voit contraint de réduire ses dépenses de santé de 35 euros par mois par rapport à un ménage qui y consacre moins de 10 %, d'après un rapport du Credoc de 2011⁴⁰, 44 % des personnes qui éprouvent des difficultés à faire face à leurs dépenses de logement déclarent devoir s'imposer des restrictions en matière de soin. L'étude indique, par ailleurs, que la proportion de personnes souffrant d'insomnies et de nervosité est aujourd'hui beaucoup plus forte chez les personnes en prise avec des difficultés financières de logement que dans le reste de la population, alors que cet écart n'était pas si marqué dans les années 1980⁴¹.

³⁹ Observatoire du Samu social, « Enfants et famille sans logement », octobre 2014.

⁴⁰ CREDOC, « Les dommages collatéraux de la crise du logement sur les conditions de vie de la population », décembre 2011.

⁴¹ Cet effet est confirmé par des analyses statistiques raisonnant « toutes choses égales par ailleurs ».

Dans les situations de fragilité financière les plus graves et notamment en cas de menaces d'expulsion, l'état de santé des personnes est directement impacté⁴². La procédure d'expulsion peut provoquer des troubles importants (perte d'appétit, troubles du sommeil, symptômes d'anxiété...) dont témoigne par exemple cet homme célibataire, dans le Pas-de-Calais : « *La nuit, ça me travaille beaucoup, à tel point que je voulais me flinguer.* » Ayant le sentiment de ne rien maîtriser, une femme expliquait s'être enfoncée peu à peu dans un profond découragement, et coupée du monde extérieur : « *À ce moment-là, je n'osais plus ouvrir mon courrier, ma porte... Le téléphone sonnait, je ne décrochais plus. Ça s'accumule, et au bout d'un moment, on ne réalise même plus... On ne sait pas par quel bout prendre la situation. Je ne dormais plus... Je crois que j'en étais arrivée au point de dire « tant pis, on verra ce qui arrivera ». Je ne réagissais plus... ».* Les conséquences peuvent être lourdes sur le déroulement de la procédure d'expulsion : incapacité des personnes à se défendre, à effectuer les démarches administratives, à chercher des solutions... Ces événements ont aussi des conséquences sur les enfants : difficultés à l'école, humeurs inhabituelles, comportements colériques... « *Mon fils de 16 ans pétait les plombs de voir tout cela, il faisait de grosses colères... il n'allait pas bien, il voulait arrêter l'école, il a fallu que je le suive de près [...]. Ça l'a beaucoup perturbé, il faisait n'importe quoi. Puis il est parti et je ne l'ai plus vu pendant un moment. Il ne voulait plus venir dans cet appartement et il ne voulait plus entendre parler de tout ça. [...] Ma petite fille de 6 ans a mal vécu tout cela aussi, c'est une petite fille nerveuse maintenant... elle a trop entendu parler de tout ça... »* (Mère de famille à Marseille).

• Le lieu d'habitation, reflet et facteur des inégalités sociales de santé

Environnement dégradé, nuisances sonores⁴³, pollution atmosphérique... la localisation de l'habitat a également un impact majeur sur l'état de santé des personnes. Si des études récentes ont montré l'importance des déterminants sociaux et environnementaux, certains territoires concentrent de toute évidence les difficultés. D'après le Haut Conseil de la Santé publique, « *Les questions d'environnement soulignent le double mécanisme qui affecte la santé des populations défavorisées, d'une part plus exposées à des environnements délétères et de l'autre plus sensibles à leurs effets. Plusieurs études montrent que les populations défavorisées habitent à plus faible distance des sources de pollutions environnementales, physiques ou chimiques (usines, autoroutes à fort trafic, sites d'incinération) que les populations aisées* »⁴⁴.

⁴² FAP/FORS, « Les conséquences psychologiques et sociales de la procédure d'expulsion », *Les cahiers du mal-logement*, octobre 2004, pp. 24-26.

⁴³ Le bruit est un facteur de risque pour la santé trop souvent sous-estimé. Or, l'OMS le considère comme la deuxième source de maladies dites environnementales après la pollution atmosphérique, avec de nombreux effets sur la santé, physiologiques ou psychologiques, à court mais surtout à long terme. D'après une étude économétrique menée par l'OFCE pour l'Onpes et le PUCA à partir de l'enquête Santé de l'Insee 2002, toutes choses égales par ailleurs, un ménage exposé au bruit à domicile présente 40 % de plus de risques de se plaindre d'un mauvais état de santé (OFCE, « La mesure du coût économique et social du mal-logement », octobre 2015. D'après l'enquête nationale Logement 2013, 738 000 ménages signalent des bruits « très fréquents » la nuit, avec des conséquences dommageables sur la qualité du sommeil.

⁴⁴ HCSP, « Les inégalités sociales de santé », 2009.

Les inégalités sociales de santé peuvent être considérables à l'échelle de certaines régions. C'est le cas par exemple en Île-de-France où l'on vit deux années de plus en moyenne dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Avec 11 % de bénéficiaires de la CMU (contre 5,5 % en Île-de-France), le département se distingue par un taux de mortalité infantile particulièrement élevé (5,2 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 3,5 pour la France) et des diagnostics tardifs sur certaines pathologies. C'est en outre le seul département français où la tuberculose n'a pas reculé entre 2000 et 2010 (avec un taux de contamination quatre fois supérieur à la moyenne). Loin de réduire ces inégalités, les moyens humains et financiers attribués au département apparaissent très insuffisants. La densité des professionnels de santé y est faible (128 généralistes pour 100 000 habitants, contre 158 en Île-de-France⁴⁵), ce qui entraîne un engorgement des hôpitaux publics.

FROID, SURPEUPLEMENT, INSALUBRITÉ... :

APERÇU DES PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS UNE COPROPRIÉTÉ AVANT RÉNOVATION

Alors qu'ils accueillent de nombreux ménages en situation de fragilité sociale, les quartiers d'habitat populaire concentrent des situations de grave détresse, mais souvent cachées. Elles peuvent se révéler à l'occasion d'enquêtes sociales, réalisées dans le cadre de projets de rénovation urbaine. Ce fut le cas d'une grande résidence des Hauts-de-Seine où vivent plus de 600 ménages en location, sociale ou privée, ou en copropriété.

- Madame D est locataire privée dans cette résidence depuis six ans. Enceinte, elle vit seule avec ses cinq enfants (17, 13, 8, 6 et 4 ans) dans un F3... Son logement est peu entretenu par le propriétaire. L'humidité a imprégné les murs, on peut apercevoir des tâches noires à certains endroits et la peinture des murs s'écaille. Madame D. tente tant bien que mal de s'organiser au quotidien avec ses enfants dont l'un (6 ans) est handicapé (atteint de drépanocytose) et suivi en milieu hospitalier. Cette maladie génétique qui nécessite la prise d'un traitement médicamenteux provoque anémie, crises douloureuses (gonflement des extrémités : mains, pieds), avec accentuation des symptômes par le froid. Or d'importants problèmes de chauffage ont été constatés dès l'entrée dans les lieux sans être résolus. Madame a dû acheter un convecteur électrique pour éviter l'aggravation des crises de son fils. La famille manque d'espace dans son logement et le fils handicapé ne le supporte plus. Les cinq enfants dorment dans la même pièce, alors qu'il serait recommandé que son fils handicapé ait sa propre chambre. Madame a peu de revenu et perçoit le RSA. Elle a déposé une demande de logement social pour obtenir un logement plus grand, il y a plusieurs années, mais n'a à ce jour obtenu aucune proposition.

• Monsieur et Madame G sont locataires Hlm depuis 11 ans. Ils étaient auparavant copropriétaires dans cette résidence et leur situation s'est dégradée suite aux problèmes de santé de Madame (en invalidité) et à la perte d'emploi de Monsieur (ancien agent de sécurité dans le bâtiment). Leurs dettes se sont accumulées et ils ont dû revendre leur logement au bailleur social qui gère la résidence et revenir au statut de locataire. Encore aujourd'hui, ils ont des difficultés pour régler leur loyer, compte tenu de leurs faibles ressources (452 euros auxquels s'ajoutent 800 euros de pension d'invalidité et 300 euros d'APL). Le couple a 5 enfants (30, 28, 22, 18 et 13 ans) et la famille vit à sept dans un F4. Ils souhaiteraient déménager dans un logement plus grand et ont fait des démarches auprès de leur bailleur social mais sont toujours en attente d'une proposition. Ils se plaignent d'humidité et de la présence de cafards dans leur logement, mais n'ont pas les moyens de financer des travaux pour le rafraîchir et atténuer le problème.

Par ailleurs, différentes études ont montré que **le fait de résider dans des Zones urbaines sensibles (ZUS) augmente — toutes choses égales par ailleurs — la probabilité de se déclarer en mauvaise santé**⁴⁶ : cette situation est associée à un risque 1,4 fois plus élevé de présenter des symptômes de dépression et à un risque d'obésité 2,3 fois supérieur⁴⁷. Le rapport 2014 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) consacré à « l'état de santé des adultes en ZUS en 2012 », présentait les conclusions suivantes :

- Les habitants des ZUS se déclarent moins fréquemment en bonne ou très bonne santé (59 % contre 66 % hors ZUS),
- La population des ZUS se caractérise par un surpoids plus fréquent (+ 6,3 points par rapport aux autres quartiers), en particulier chez les femmes (+ 12,9 points),
- Le renoncement aux examens de santé et aux soins est plus fréquent (en particulier aux soins dentaires, ce qui concerne un quart des habitants des ZUS contre 18 % pour les autres quartiers), et s'explique à la fois par des raisons financières et des difficultés pour accéder à l'offre de soins : déficit de l'offre (en 2012, la densité des omnipraticiens en ZUS était inférieure de 16 % à celle observée dans les agglomérations urbaines), difficultés de transport (+ 2 points), délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous (+ 5 points). Dans ce contexte, le recours aux urgences est plus fréquent,
- Les habitants des ZUS disposent moins souvent d'une couverture maladie complémentaire (12,4 % n'en bénéficient pas contre 6,1 % hors ZUS).

⁴⁶ Irdes, Analyse des données de l'enquête décennale santé 2002-03.

⁴⁷ « Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005 » in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°35-36, 23 septembre 2008.

Le logement est une question de santé publique

Une récente étude du Crédoc⁴⁸ a montré également que les personnes qui disent vivre ou travailler dans un quartier « sensible » se sentent en moins bon état de santé que le reste de la population, déclarent plus souvent souffrir de maux de dos, d'insomnies, de nervosité, renoncent plus souvent à se soigner et considèrent que l'on est mieux soigné lorsqu'on a de l'argent et des relations.

Tableau : La souffrance psycho-sociale dans les quartiers « sensibles »

	Parmi les habitants des quartiers sensibles	Dans la population générale
Doit s'imposer des restrictions budgétaires sur les soins médicaux	31 %	18 %
A souffert au cours des quatre dernières semaines d'insomnies	48 %	35 %
A souffert au cours des quatre dernières semaines de maux de dos	61 %	49 %
A souffert au cours des quatre dernières semaines de nervosité	51 %	40 %
Pense qu'on est mieux soigné quand a des relations et de l'argent	46 %	36 %
Pas satisfait de son état de santé comparé aux personnes du même âge	8 %	4 %

Source : CREDOC, enquête « Conditions de vie et aspirations », début 2014.

Quand les problèmes de santé génèrent ou aggravent des difficultés de logement...

Si les problèmes de logement ont des conséquences indéniables sur la santé des habitants, il arrive à l'inverse que les problèmes de santé soient l'élément déclencheur (ou aggravant) d'une spirale d'exclusion et de difficultés en matière de logement. C'est ce qu'a pointé, par exemple, le rapport de 2009 sur la santé des personnes sans chez soi : « *Si le contexte de vie dans la rue est une situation à risque de développer et d'aggraver certaines pathologies, certaines pathologies en retour, mettent les personnes dans des situations à risque de perdre leur logement*⁴⁹ ».

On peut penser par exemple aux difficultés pour accéder à un logement en cas de handicap, de perte d'autonomie, de maladie... Vouloir accéder à la propriété, même après une longue maladie peut s'apparenter à un véritable parcours du combattant lorsqu'il s'agit de demander un prêt bancaire. Les discriminations dans l'accès au logement pour cause de handicap ou en raison de l'état de santé sont également loin d'être anecdotiques : parmi l'ensemble des réclamations logement déposées auprès du Défenseur des droits depuis 2005⁵⁰, 21 % relèvent de ces motifs. Les difficultés sont bien sûr d'autant plus

⁴⁸ Crédoc, Collection des rapports, « Évolution du regard sur les quartiers « sensibles » et les discriminations entre 2009 et 2014 », avril 2015.

⁴⁹ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi », novembre 2009.

⁵⁰ D'après le rapport d'activité 2014 du Défenseur des droits qui fait état de 2 780 réclamations reçues depuis 2005 (57 % relevant de discriminations dans l'accès au parc privé et 43 % au parc social).

lourdes que l'on dispose de revenus modestes, ou que l'on est en situation de vulnérabilité et d'isolement.

Des difficultés pour se maintenir dans son logement peuvent apparaître dans le sillage des problèmes de santé (et des dépenses imprévues qu'ils occasionnent). Ceux-ci constituent un élément déclencheur important de difficultés pour les ménages accompagnés par la Fondation Abbé Pierre dans le cadre de ses « appels de détresse ». Les problèmes de santé apparaissent ainsi comme la première cause des demandes d'aides financières. 24 % des demandes reçues entre 2011 et 2014 correspondent à des situations d'invalidité ou à des aggravations brutales de la santé qui conduisent à des dettes importantes quand les dispositifs n'apportent pas une indemnisation assez rapidement. Les problèmes de santé sont également très présents dans les motifs évoqués par les ménages en impayés qui appellent la plateforme « Allô prévention expulsions » : 15 % d'entre eux ont évoqué des problèmes de santé comme éléments déclencheurs de leurs difficultés entre octobre 2014 et septembre 2015. Au sein des Commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX), ces motifs sont également très fréquents dans les dossiers des ménages en impayés.

Il n'est pas rare, par ailleurs, que des personnes sortant d'une hospitalisation relativement longue se retrouvent sans logement à l'issue d'une accumulation d'impayés et d'une procédure d'expulsion qu'ils n'ont pas été en capacité de suivre. L'association Droits d'Urgence rapporte ainsi le cas d'une mère hospitalisée depuis 6 mois : « *Les travailleurs sociaux s'adressaient à la fille qui souffrait elle-même mais était dans le déni. La mère n'a jamais pu être destinataire des courriers envoyés. Elle a tout perdu sans avoir participé, sans avoir compris. Aujourd'hui elle va sortir, mais elle a tout perdu* ». Les services sociaux des hôpitaux témoignent également de ces situations fréquentes, qui peuvent conduire à des situations de surendettement et même souvent à la perte du logement lorsque les frais d'hospitalisation deviennent trop importants. C'est ainsi que le Samu social de Paris a dû accueillir en 2014 une vingtaine de personnes en Lits halte soins santé (LHSS) parce qu'elles se retrouvaient sans logement à la sortie de leur hospitalisation.

« ON A EU TOUT EN MÊME TEMPS, NOS ENFANTS, LA MALADIE DE MON MARI. ON NE POUVAIT PAS ASSUMER LE LOYER, LA MUTUELLE NE REMBOURSAIT PAS ASSEZ... »

M. et Mme J. occupent un logement du parc social (T4) depuis 1985. Leur loyer s'élève à 700 € et ils paient environ 200 € de charges courantes. Madame, 56 ans, est mère au foyer tandis que Monsieur, 62 ans, est retraité depuis 2005 mais a repris une activité salariée depuis 2006-2007 pour compléter sa retraite (1 400€). Actuellement, il travaille dans une école pour enfants handicapés (contrat de 20 h) et perçoit un salaire mensuel de 600 € environ.

Leur fils de 22 ans vit toujours à leur domicile et souffre de troubles psychiques. Il fréquente un hôpital psychiatrique de jour depuis près de 3 ans. Âgée de 39 ans, leur fille est atteinte de schizophrénie. Sa prise de traitement étant irrégulière, elle fait plusieurs « rechutes » et finit par perdre son emploi. Ne pouvant plus assumer le paiement de son loyer, elle revient au domicile de ses parents il y a 2 ans : « *Mon mari lui a dit, « On te prend à la maison, à condition que tu te soignes ». Depuis qu' elle a un traitement ça va. »*

Alors que le couple se retrouve à nouveau avec leurs deux enfants à charge, un cancer du poumon est diagnostiqué à M. J. Le couple doit alors faire face à de nombreuses dépenses (mutuelle et frais médicaux des enfants) et doit avancer une bonne partie des frais (scanners...). Très préoccupés par les maladies de leurs enfants, M. et Mme J. déclarent oublier leurs propres difficultés : « *On s'oublie. On ne s'occupe pas de nos propres maladies. »* Non connecté aux circuits d'aide sociale, le couple s'enlise dans les difficultés : « *On était complètement paumés, on avait trop de choses à payer mais on ne demandait rien. Mon mari, ce n'est pas quelqu'un qui demande de l'aide... »*. Il accumule un retard de 2 mois d'impayés : « *On a eu tout en même temps, nos enfants, la maladie de mon mari. On ne pouvait pas assumer le loyer. La mutuelle ne remboursait pas assez. »*

Un travailleur social de l'hôpital les informe de la possibilité de faire une demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) pour leurs enfants. Leur fille et leur fils bénéficient désormais d'une pension de 700 € environ. Dans le même temps, le couple change de forfait de mutuelle pour être davantage remboursé et moins avancer de frais. Un plan d'apurement a été mis en place avec le pôle social du bailleur. Leur fille a fait une demande de logement social dont elle pourra payer le loyer grâce à l'AAH.

De réelles difficultés de logement apparaissent également — ou s'accroissent — avec l'apparition d'un handicap ou de la dépendance. L'inadaptation du logement face à la perte d'autonomie constitue alors un facteur aggravant, qui vient renforcer la fragilité des personnes, en particulier quand elles sont âgées. Une enquête sociale réalisée dans un quartier d'habitat populaire en Île-de-France montrait ainsi des situations très préoccupantes de personnes souffrant de troubles moteurs (liés à des pathologies ou à leur vieillissement) mais qui continuaient de vivre dans des bâtiments sans ascenseur ou dans des appartements en duplex et « souplex » : difficultés de mobilité, pénibilité des déplacements, voire isolement forcé faute de pouvoir monter ou descendre les marches étaient leur lot quotidien.

UNE SOLUTION DE CHRS INADAPTÉE AU HANDICAP PHYSIQUE

Monsieur et Madame M., 39 et 34 ans, ont vécu neuf ans dans un appartement insalubre du parc privé, à Mulhouse. Sans autres ressources que l'AAH versée à Monsieur M., ils se sont trouvés pris au piège de cet appartement inadapté à son handicap physique et où le propriétaire refusait d'intervenir : « *Avant, mon mari marchait à peu près correctement ; une de ses jambes étant encore valide. Finalement, il s'est retrouvé en fauteuil roulant. On l'a dit au propriétaire, mais il n'a pas fait les travaux d'adaptation du logement. Alors on faisait comme on pouvait : je descendais d'abord la chaise, puis lui.* »

Les démarches qu'ils effectuent pour trouver un autre logement plus adapté dans le parc privé n'aboutissent pas : « *On n'avait pas de cautionnaire et les propriétaires ne voulaient pas d'un handicapé, explique Monsieur M. On nous l'a dit comme ça.* » La demande de logement social déposée début 2014 auprès de deux bailleurs n'avait donné lieu à aucune proposition après un an : « *Il y a très peu de logements adaptés, et quand il y en a, ce sont des logements neufs et le loyer est trop cher.* »

En attendant, Monsieur et Madame M. ont obtenu une place en CHRS au printemps 2014. Mais le F3 qui leur est attribué est en duplex, ce qui les contraint à vivre et dormir dans le salon situé au rez-de-chaussée. En outre, les sanitaires ne sont pas adaptés : « *J'ai fait plusieurs chutes en arrière, à cause du carrelage glissant dans la salle de bain. Malheureusement, on reste ici tant qu'on n'a pas de proposition de logement.* »

Ensuite, les troubles de santé mentale peuvent également avoir des répercussions importantes sur les conditions d'habitat. Le syndrome de Diogène en est un exemple particulièrement emblématique, même s'il concerne un nombre limité de patients⁵¹. Plus répandue, la problématique de l'incurie dans l'habitat⁵² renvoie selon le Dr Jean Furtos à un syndrome global « d'auto-exclusion »⁵³. L'incurie dans l'habitat prend différentes formes et se caractérise par une occupation inadéquate du logement, une « manière d'habiter » empêchant l'usage de certaines pièces du fait d'un encombrement excessif ou d'une extrême dégradation de la pièce. L'accumulation peut

⁵¹ D'après le psychiatre Thomas Knecht, il concerne des « *patients négligés, en état d'incurie, généralement âgés, dont la symptomatologie dominante consiste à amasser et à entasser des objets inutiles, parfois même des déchets. Dans de nombreux cas, il existe à la base un trouble de la personnalité, une évolution vers une démence, une psychose endogène, une névrose obsessionnelle-compulsive* », in Thomas Knecht, *Le syndrome de Diogène : un phénomène d'accumulation des déchets du point de vue psychiatrique*, Forum Med Suisse 2007.7 : 839-84.

⁵² D'après l'ORSPERE-ONSMP de Lyon, « *L'incurie dans l'habitat apparaît comme une négligence pouvant conduire à une accumulation d'objets hétéroclites et/ou de déchets, pouvant aboutir dans les cas extrêmes à des situations d'insalubrité (fuites d'eau, de gaz, nuisances olfactives, destruction ou impossibilité d'utiliser le mobilier, les appareils ménagers, les sanitaires, dégradation des lieux, accumulations d'objets rendant impossible ou difficile la circulation dans le logement, présence d'animaux domestiques problématique...)*. »

⁵³ Jean Furtos, « *Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires* », Direction de la prospective et de la stratégie d'agglomération du Grand Lyon, 2009/01/30.

rendre inutilisables certains espaces (salle de bain, etc.), provoquer des odeurs ou la présence de nuisibles et générer des risques à différents niveaux, pour l'occupant et ses voisins⁵⁴. D'une manière plus générale, les troubles de la santé psychique peuvent avoir des conséquences très dommageables sur les conditions de vie des personnes et se répercuter sur l'habitat. C'est ainsi que certains troubles (angoisses, dépressions...) peuvent venir freiner des démarches en matière d'accès aux droits.

Les personnes souffrant de maladie mentale peuvent aussi se trouver fragilisées par rapport aux solutions d'hébergement ou de logement temporaires qui jalonnent leur parcours : « *Les troubles neurologiques qui génèrent des pertes de mémoire à court terme constituent une réelle difficulté. Certaines personnes atteintes de ces troubles peuvent perdre leur place en hébergement car elles ne se souviennent plus qu'on leur a donné une place* » (Samu social Lille). Un véritable effet boule de neige peut alors s'enclencher.

MONSIEUR B., 35 ANS, SANS DOMICILE ET NE PARVENANT PAS À S'INSCRIRE DANS UN PARCOURS DE SOINS

Monsieur B., 35 ans, vit fréquemment à la rue. Contactée par l'église devant laquelle il reste souvent, l'équipe mobile de santé mentale communautaire entre en contact avec lui et l'aide à rouvrir ses droits. Disposant alors de ressources, il loue une chambre d'hôtel. Il est en conflit avec le gérant de l'hôtel, ce qui alimente sa fragilité psychique et ses troubles de persécution et active sa consommation de produits stupéfiants : « *Pour se calmer, il consommait beaucoup de produits* », explique le psychiatre.

Actuellement à la recherche d'un logement, il est hébergé chez des tiers. L'instabilité de sa situation vis-à-vis du logement a un impact fort sur son traitement et met à mal le principe de « continuité des soins ». Sans logement et en recherche permanente d'un lieu où dormir, ses rendez-vous médicaux passent au second plan : « *Il n'est plus hébergé par sa mère car c'est compliqué pour elle. Parfois, il galère tellement la nuit pour trouver un endroit où dormir qu'il est trop fatigué et ne vient pas au rendez-vous.* »

⁵⁴ Notamment des risques biologiques liés aux moisissures et bactéries, insectes, animaux et vermines..., des risques chimiques liés à la toxicologie environnementale (pénétration d'agents toxiques par les poumons, la peau, les voies digestives, alimentation avariée, eaux souillées, intoxication au CO, allergies aux produits chimiques...), des risques d'accidents ou d'incendies liés à l'accumulation de papiers, mauvais entretien des conduits électriques... ainsi qu'un inconfort physique (odeurs nauséabondes, aspect visuel, etc.) pouvant avoir des conséquences sur la santé mentale : anxiété, troubles de l'humeur... Bensliman Rachida, *Le syndrome de Diogène*. Revue de la littérature scientifique, Forest Quartiers Santé, 2011.

S'il n'est pas toujours simple d'identifier ce qui est à l'origine du processus de fragilisation pour les personnes vulnérables, force est de constater que **les problèmes de logement et de santé s'alimentent mutuellement. Dégradation du logement et de l'état de santé se répondent, entraînant les personnes dans une spirale d'exclusion.**

DES PRISES EN CHARGE SOCIALE ET MÉDICALE QUI S'IGNORENT

Comme on vient de le voir, les difficultés des parcours de soins et de logement entraînent les personnes en situation précaire dans un cercle vicieux où ces deux problématiques s'alimentent mutuellement. Alors que, pour schématiser, « le mal-logement rend malade » autant que « la maladie rend mal-logé », les dispositifs publics censés y remédier restent, quant à eux, trop souvent hermétiques.

Symboliquement, l'État l'a acté en 2009, avec la disparition des Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la création des Agences régionales de santé (ARS), qui a renforcé la coupure entre le social et le médical. Les ARS s'occupent désormais du médico-social d'un côté tandis que les DRIHL-DDCS sont en charge des questions de logement-hébergement, sans que ces deux mondes parviennent — au niveau local ou national — à se retrouver régulièrement autour d'une même table pour résoudre des problèmes qui, dans le parcours chaotique et toujours singulier des personnes, ne connaissent pas la même étanchéité.

Quand les conditions de logement font obstacle aux soins

Si la précarité des conditions d'habitat relègue au second plan le souci de la santé et des soins — y compris bien souvent pour des personnes atteintes de maladie grave —, d'autres freins viennent entraver l'accès aux soins des plus fragiles. Le coût financier peut constituer à cet égard un motif de renoncement, sachant qu'un sans-domicile sur dix déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et un quart d'aucune complémentaire santé⁵⁵. Les « sans-abri » y sont davantage confrontés dans la mesure où ils ont peu (à 57 %) recours aux travailleurs sociaux⁵⁶. De même que les sans-domicile de nationalité étrangère qui sont plus nombreux à ne pas avoir de couverture maladie (16 %) ou de complémentaire santé (29 %). La méconnaissance de leurs droits, l'absence de domiciliation ou encore la difficulté à rassembler l'ensemble des pièces administratives peuvent constituer des obstacles à

⁵⁵ DREES, « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 », septembre 2015.

⁵⁶ Anne Legal, « Le recours aux prestations et services de protection sociale des personnes sans domicile », in DREES, « Minima sociaux et prestations sociales », 2015.

l'ouverture des droits sociaux, empêchant de fait le remboursement des actes de santé.

Le refus de domiciliation génère une « **inexistence légale** » des occupants de bidonvilles, qui constitue un obstacle majeur à toute ouverture de droits en matière d'accès aux soins : « *On ne reconnaît ni les lieux de vie, ni les personnes. Sans domiciliation, sans adresse, ces gens n'existent pas* » (Médecins du Monde). Ainsi, **90 % des personnes en bidonvilles qui ont été accueillies par Médecins du Monde⁵⁷, en consultations de médecine générale et vaccinations en 2009, n'avaient pas de droits ouverts à l'Aide Médicale d'État (AME), que ce soit par complications administratives ou par méconnaissance des dispositifs.** Dans ces conditions, les retards de soins sont conséquents puisque 35 % des maladies soignées auraient dû être prises en charge plus tôt.

- **Des pathologies aggravées par les difficultés d'accès aux soins chez les personnes sans domicile**

La vie à la rue transforme les repères et besoins des personnes⁵⁸. Les problèmes du quotidien : se nourrir, trouver un endroit où passer la nuit constituent les préoccupations premières des personnes sans chez-soi. Dans cette perspective, l'accès au soin et à l'hygiène passe « au second plan ». Ce rapport au corps distancié n'exclut pas toutefois l'expression d'un **sentiment de gêne ou de honte chez les personnes, freinant alors le recours aux soins.** Ces réticences à se soigner sont également liées à une inquiétude, la peur de ne pas savoir « *ce qu'on va leur faire* ». Un professionnel du Samu social de Lille rapporte cette situation : « *J'ai l'exemple d'un monsieur qui refusait le soin du fait de son état d'hygiène. Il avait honte de montrer ses pieds. Quand vous n'avez pas pu prendre de douche, devoir se déshabiller c'est difficile. Il y a aussi l'angoisse de l'amputation, la peur de l'hôpital, les personnes se demandent ce qu'on va leur faire. C'est rare qu'ils aillent d'eux-mêmes aux urgences. Il y en a même qui ne veulent jamais y aller.* »

D'une manière générale, « **l'accès aux soins est d'autant plus complexe que la personne est dans le déni de son état.** *C'est le propre des personnes très désocialisées, comme si elles étaient détachées de leur enveloppe corporelle. On est estomaqué devant des plaies ou des purulences. Elles ne les sentent même plus* »⁵⁹, témoigne le directeur de l'association Alynéa. D'après de nombreux spécialistes, l'attention au corps et le ressenti du message douloureux s'altèrent chez les personnes très désocialisées.

Un rapport sur « la santé des personnes sans chez-soi »⁶⁰ indique que celles-ci « **font appel au système de soins plus tardivement que la population générale,**

⁵⁷ *Ibid.* Intervention du docteur Bernard Moriau.

⁵⁸ Anne-Françoise Dequière, « Le Corps des sans-domicile fixe. De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle », *Recherches & éducatives*, septembre 2010.

⁵⁹ Interview, *Le lien social*, 5 janvier 2012.

⁶⁰ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi », novembre 2009.

quand les pathologies sont plus avancées et que la situation est plus grave. Elles ont rarement un médecin traitant et donc peu de possibilités d'être soignées en amont des urgences ». Dans son rapport 2015 de l'Observatoire de l'accès aux soins, Médecins du Monde note ainsi que 43 % des personnes sans abri ayant consulté en 2014 accusaient un retard de recours aux soins et près de 30 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente.

Si une récente publication de la DREES⁶¹ a montré que près de neuf sans-domicile sur dix ont consulté un médecin en 2012 (avec d'importantes variations selon le sexe et lieu d'hébergement)⁶², la consultation de spécialistes apparaît plus difficile malgré des pathologies souvent très lourdes. En matière de soins dentaires, 7 % des sans-domicile ont déclaré ne s'être jamais rendus chez le dentiste. Par ailleurs, une étude réalisée auprès de personnes accueillies par Emmaüs Solidarité⁶³ a montré que l'accès aux soins optiques reste une exception pour cette population, malgré les problèmes de vue importants voire des handicaps visuels graves : parmi les personnes souffrant d'une déficience visuelle handicapante, 94 % n'avaient pas d'équipement optique ou un équipement obsolète. Dans 8 cas sur 10, cette situation engendre des difficultés dans la vie quotidienne, que ce soit en matière de mobilité, d'intégrité physique ou de (ré)insertion sociale et professionnelle.

MONSIEUR T. A PERDU LA VUE À 40 ANS, QUAND IL VIVAIT DANS LA RUE

Âgé de 47 ans, Monsieur T. occupe actuellement un Lit halte soins santé (LHSS) du Samu Social depuis février 2015. Il y a été admis à la suite d'une tuberculose, traitée durant 7 mois au sanatorium de Bligny-en-Essonne. Aujourd'hui guéri, Monsieur T. doit trouver une autre solution de logement adaptée à ce qui reste son principal problème de santé : à 40 ans, il a perdu la vue progressivement, à la suite d'une infection de son premier puis de son deuxième œil.

« À l'époque, je dormais dans le métro Buzenval. Un matin, je me suis levé et j'avais mal à l'œil, très mal. J'ai cru que j'avais pris un coup, que c'était une agression. Et puis je suis allé prendre mon café au Jean Bart comme tous les matins et j'y ai retrouvé mes amis. Comme j'avais toujours mal, ils ont fini par appeler les pompiers. Ils m'ont emmené à l'Hôtel-Dieu. Ils m'ont soigné et mon œil droit fonctionnait toujours. L'œil gauche a fini par infecter l'œil droit. Ils auraient dû m'opérer plus tôt. Après deux semaines d'hospitalisation, je suis retourné à la rue. »

⁶¹ Études et recherches n°0933 « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 », septembre 2015.

⁶² D'après la DREES, en 2012, seules 6 % des femmes déclarent ne pas avoir vu de médecin dans l'année, contre 21 % des hommes. Par ailleurs, l'enquête HYTPEAC indique qu'un tiers des personnes dormant dans l'espace public avait consulté un médecin pour la dernière fois moins d'un mois avant l'enquête, tandis qu'un quart ne l'avait pas fait depuis plus de 2 ans. À l'inverse, parmi les personnes rencontrées dans les centres, plus de la moitié avait consulté un médecin il y a moins d'un mois et moins de 10 % il y a plus de 2 ans.

⁶³ Emmaüs solidarité, « Précarité et accès à la santé visuelle », étude menée auprès de 112 personnes en avril 2015.

La vie à la rue devient alors de plus en plus difficile : « *Quand je voyais, je me débrouillais très bien tout seul mais maintenant, rien que pour aller aux douches municipales je mets une demi-journée. Je reste beaucoup dans le 5^e. J'y ai mes repères. Les copains m'accompagnent souvent quand je veux aller quelque part ou alors je demande aux passants. Mais c'est la galère. Je vais aux douches municipales, rue Lacépède. Là-bas, il y a des trucs adaptés pour les handicapés, c'est bien. Mais parfois j'ai à peine le temps de me laver car il faut rester 20 minutes maximum et j'ai pas le temps de tout faire. Je mets du temps à me déshabiller. J'ai plusieurs épaisseurs.* »

L'accès aux soins reste ainsi compliqué pour les publics les plus précaires, malgré le développement de structures et services dédiés, comme les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)⁶⁴. Mises en place depuis 1998 au sein des établissements de santé, les PASS ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge les personnes en situation de précarité exclues du droit commun (en raison de l'absence ou de l'incomplétude d'une couverture sociale, ou d'autres raisons d'ordre social)⁶⁵. Ces permanences sont animées par des équipes associant travailleurs sociaux, médecins et infirmiers. Plus de 15 ans après leur mise en place, de nombreuses études en dressent un bilan en demi-teinte : affluence et diversification des besoins, en lien notamment avec l'augmentation des publics migrants, manque de moyens humains, financiers et techniques, insuffisance du temps médical à proprement parler... Leur grande hétérogénéité de fonctionnement constitue par ailleurs un frein à la visibilité du dispositif et rend plus difficile la mise en œuvre au niveau local de partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. « *Les PASS n'ont pas les moyens de répondre à la demande. À chaque consultation, une quarantaine de personnes font la queue. Mais il s'agit de situations généralement complexes, donc le médecin consacre environ une heure par personne. On est obligé de renvoyer les gens. Il faut aussi courir après l'interprétariat, qu'on ne nous accorde qu'au compte-goutte. Les enveloppes pour les médicaments sont insuffisantes.* ⁶⁶»

- **Quand l'accès aux soins des personnes migrantes se heurte à des complications administratives**

Les personnes migrantes ou étrangères en situation de précarité souffrent de conditions d'habitat douloureuses, alors que leur état de santé est souvent dégradé. « *La violence, la torture, l'exil et l'émigration provoquent chez l'être humain des traumatismes importants, dont le traitement suppose relation, reconnaissance et réparation. Or, dans un contexte de crise de l'hospitalité et*

⁶⁴ Les PASS ont été créées par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

⁶⁵ En 2013, on dénombrait plus de 410 PASS, majoritairement situées dans les établissements publics de santé, et dans les agglomérations de taille moyenne à grande. Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit la création de 10 PASS supplémentaires dans sa feuille de route 2015-2017.

⁶⁶ Réseau Santé Solidarité Marseille, projet Accès aux soins des personnes sans abri.

*du droit d'asile en France et en Europe, l'exclusion et la précarité aggravent l'état de santé des exilés, migrants/étrangers en situation précaire. Ces multiples facteurs de vulnérabilité, au pays d'origine puis en pays d'accueil, favorisent la survenue et la sévérité de la maladie*⁶⁷ », souligne le Comité médical pour les exilés (COMEDE). Leurs conditions d'hébergement sont très précaires⁶⁸ et l'embolie du dispositif d'hébergement d'urgence semble n'épargner personne, des femmes enceintes aux mineurs isolés étrangers en passant par les malades et les handicapés.

Ces conditions d'habitat fragilisent considérablement leur état de santé (stress et fatigue, mauvaise alimentation, promiscuité et logements insalubres et surpeuplés) et peuvent déclencher, aggraver ou permettre la propagation de certaines pathologies (VIH, hépatites, tuberculose, maladies immunodépressives, maladies chroniques, etc.). Les personnes accueillies dans les permanences de Médecins du Monde sont avant tout affectées de pathologies respiratoires (25 % des patients), digestives (25 %) et ostéo-articulaires (21%). 58 % souffrent d'une pathologie chronique (nécessitant un suivi au long cours) et 57 % d'une affection aiguë. En 2014, un trouble d'ordre psychologique a été repéré pour près de 12 % des patients. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux ou dépressifs. Parmi les étrangers, le fait d'être sans domicile, demandeur d'asile ou encore d'avoir été victime de violences est associé à une prévalence plus élevée des troubles d'ordre psychologique.

Les migrants sont en outre confrontés à de nombreux obstacles dans l'accès aux soins. Nombre d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie⁶⁹ en raison de restrictions légales mais également en raison de la complexité des procédures (notamment en matière de domiciliation), voire des demandes de pièces abusives pour l'obtention d'une couverture maladie et la méconnaissance du système de santé français par ces populations, sans compter la barrière linguistique. Ainsi, parmi les personnes reçues dans les CASO relevant d'un régime de couverture maladie en France (CMU pour les demandeurs d'asile et AME pour les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue en France supérieure à 3 mois⁷⁰), moins de 15 % ont des droits ouverts au jour de leur première visite. D'après la réglementation, une simple déclaration d'adresse suffit,

⁶⁷ Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015. Guide pratique pour les professionnels. Comede, INPES.

⁶⁸ 87 % des 4 000 bénéficiaires des permanences téléphoniques du Comede en 2013 n'avaient pas de chez soi ; dans les CASO de MDM, seuls 9 % des 28 500 personnes reçues en 2015 disposaient d'un logement personnel, 57,5 % sont hébergées (le plus souvent par de la famille ou des amis ou parfois par un organisme ou une association), 13,5 % vivent dans un environnement précaire tel qu'un squat ou un campement illégal. Enfin, 20 % n'ont aucune solution de logement et vivent à la rue ou sont accueillies en hébergement d'urgence pour de courtes durées.

⁶⁹ D'après une récente publication de la DREES, les sans-domicile étrangers sont plus nombreux à ne disposer d'aucune couverture maladie (16 % d'entre eux en 2012, contre 10 % pour les sans domicile en général) ou de complémentaire santé (29 % contre 25 % pour les sans domicile en général).

⁷⁰ Depuis une circulaire de 2007, les ressortissants européens inactifs résidant en France peuvent prétendre à la CMU sous certaines conditions, en l'occurrence disposer d'une assurance maladie et de ressources suffisantes pour ne pas être une « charge pour le système d'assistance sociale ». Faute de remplir ces conditions, les ressortissants européens se trouvent en situation irrégulière de séjour et ne peuvent bénéficier que de l'Aide Médicale d'État (AME).

mais dans la réalité, de nombreuses caisses continuent d'exiger abusivement un certificat d'hébergement ou à défaut une domiciliation administrative. Nombre d'hébergés ne peuvent fournir un tel certificat car leurs hébergeurs craignent des retombées sur leur propre situation. Les CCAS doivent quant à eux pouvoir réaliser la domiciliation administrative, mais beaucoup la conditionnent au critère de rattachement à la commune. C'est ce que soulignent des professionnels de PASS, comme à Créteil, qui constatent que « *très souvent l'orientation vers un psychologue ne fonctionne pas tant que la problématique du logement n'est pas réglée. On essaie de les orienter vers un cabinet de ville, mais tant qu'ils n'ont pas de véritable ancrage géographique, c'est difficile.* »

Concernant plus particulièrement les demandeurs d'asile, leurs conditions d'accueil se sont dégradées sur une période récente, avec des conséquences très dommageables sur leur santé, notamment mentale. En 2014, 64 811 demandes d'asile ont été déposées en France. Pendant l'instruction de leur demande, les demandeurs d'asile doivent être hébergés en CADA⁷¹ (ou à défaut une autre solution d'hébergement) ou bénéficier de l'Allocation pour demandeur d'asile (ADA). Depuis plusieurs années, la Coordination française pour le droit d'asile souligne néanmoins la dégradation des conditions d'accueil de ces derniers : l'accès à la procédure d'asile est un vrai parcours du combattant, tandis que la pénurie d'offre d'hébergement spécifique — seuls 37 % des demandeurs d'asile disposaient d'une place en CADA en 2013 — conduit les demandeurs d'asile à recourir à des solutions précaires. Ainsi, en 2014, parmi les demandeurs d'asile reçus dans les CASO de Médecins du Monde, seuls 25 % indiquent être hébergés par un organisme ou une association. Les autres (un tiers) sont hébergés chez un tiers, 29 % sont à la rue et 8 % vivent dans un squat ou un campement⁷².

Or les CADA pâtiennent depuis plusieurs années d'une réduction des moyens qui se fait particulièrement sentir au niveau de l'accompagnement des personnes, et notamment de la prise en charge des problèmes de santé mentale : « *Beaucoup de structures ont dû faire face à des suppressions de postes ou de prestations extérieures, notamment de psychologues. Le taux d'encadrement en CADA est passé de 1 pour 10, à 1 pour 15 aujourd'hui. La capacité des équipes pour accompagner est donc diminuée de même que celle à prendre soin des plus fragilisés. De ce fait il y a moins d'accompagnement social. (...) À l'exil, au parcours difficile, au traumatisme souvent vécu dans le pays d'origine, s'ajoute une désaffiliation, un risque de désarrimage social... Le lien au groupe se trouve attaqué* ⁷³ ».

⁷¹ Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) sont des structures d'accueil et d'hébergement pour demandeurs d'asile. C'est à partir de ces structures qu'il est envisageable d'accompagner correctement les demandes, durant le temps de la procédure d'instruction qui peut être longue...

⁷² Médecins du monde, « Observatoire de l'accès aux soins », 2015.

⁷³ Halima Zeroug-Vial, Yvan Couriol, Nicolas Chambon. « Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale », *Rhizome*, 2014, pp. 57-60.

MONSIEUR R. DÉBOÛTÉ DU DROIT D'ASILE ET ATTEINT D'UN CANCER DE LA MÂCHOIRE

Fuyant la Russie, Monsieur R. (58 ans) arrive seul à Lyon en janvier 2014 et dépose une demande d'asile auprès de l'Office Français de Protection des Étrangers et Apatrides (OFPRA). Peu de temps après son arrivée, un cancer de la mâchoire lui est diagnostiqué. Sa femme (55 ans) le rejoint alors en mai 2014. Ils sont hébergés dans un CADA. Souffrant de dépression réactionnelle, Monsieur R. est également suivi par un psychologue. Il bénéficie de l'Aide Médicale d'État, ce qui lui permet de suivre son traitement, en particulier ses séances de radiothérapie. À l'été 2015, il obtient une carte d'invalidité. En revanche, le couple se voit débouter de sa demande d'asile et est contraint de quitter le CADA dans lequel il est hébergé. S'ils savent qu'ils vont pouvoir bénéficier de la prise en charge par la préfecture de 5 nuitées hôtelières, « *ils ne savent pas où aller* » ensuite. En attente d'une réponse à leur demande de titre de séjour pour raison médicale (déposée en janvier 2015), le couple est sans solution de logement.

D'une manière générale, le stress et la fatigue liés à l'incertitude de la durée d'hébergement et aux mauvaises conditions de vie sont un terreau fertile à l'émergence d'autres problèmes de santé : problèmes de dos, maux de têtes récurrents, impossibilité de suivre un traitement sur le long terme... Ce chargé de mission d'une association lyonnaise (ALPIL) en témoigne: « *La rupture de prise en charge et les parcours de vie sont sources de stress et peuvent être déstructurants. On voit des gens pris en CADA puis remis à la rue, qui vont ensuite en squat puis qui bénéficient d'un plan froid, qui vont ensuite en village mobile puis qui retournent à la rue... Dès qu'ils se posent quelque part, il y a une date de fin ou alors on ne leur dit rien. Une non-réponse, c'est encore pire. Tout ça, ce sont des freins pour se projeter. Il y a des gens qui nous disent qu'ils préfèrent arrêter de faire appel au 115. Ils vivent dans des conditions très précaires mais au moins ils savent où ils sont* ».

- **Quand la continuité des soins est rendue impossible par les problèmes de logement**

L'absence de prise en compte de leurs problèmes sociaux peut avoir des conséquences importantes sur le parcours de santé des personnes sans domicile. Lorsqu'elles sont sans lieu de convalescence à leur sortie d'hospitalisation, ces personnes sont parfois contraintes de retourner à la rue, ce qui peut affecter leur rétablissement : « *Les personnes à la rue passent à l'hôpital mais ressortent comme vous et moi. Elles n'ont pas les moyens de se soigner après les urgences, ce qui entraîne une aggravation de leurs pathologies. Elles ne comprennent pas toujours ce qu'on leur dit à l'hôpital. Elles se retrouvent avec des fils, par exemple, et ne savent pas comment les enlever. Elles n'ont pas le réflexe de consulter et n'ont pas toujours de droits.* » (Samu social Lille).

Dès lors, l'auto-administration ou la prise d'un traitement à heure régulière devient particulièrement difficile (oublis, abandons...). Et la prise de traitements exigeant des moyens de conservation spécifiques apparaît quasiment impossible : « *Quand un patient est à la rue et qu'on lui dit de prendre un cachet avec 3 repas par jour et de l'eau, ce n'est pas facile. Comment peut-on conserver de l'insuline quand on a du diabète et qu'on est à la rue ? Il y a des infirmiers qui se déplacent, mais ça reste assez rare* ».

Des soins nécessaires sont aussi empêchés lorsque les personnes vivent dans des conditions d'habitat très précaires, comme le montre la situation tragique de Mme C. en attente d'une transplantation (voir encadré ci-dessous). Dans certains cas, les traitements médicaux ou interventions à domicile seraient inefficaces en raison des caractéristiques du logement. Comment traiter correctement des pathologies chroniques ou handicapantes dans des logements inadaptés ? Comment assurer le suivi de personnes immuno-déprimées alors qu'elles vivent dans une habitation indigne ? Des professionnels de santé ou médico-sociaux refusent parfois même d'intervenir, lorsque les personnes ne disposent pas de sanitaires dans leur logement ou que leur accès est problématique pour l'acte professionnel. L'association des Compagnons Bâisseurs en Île-de-France rapporte le cas suivant : « *Je me souviens d'un monsieur, très malade, qui habitait dans une copropriété à Clichy. Suite à une opération, il avait une canule dans la trachée pour lui permettre de respirer, qu'il fallait changer tous les jours. Mais aucun personnel médical ne souhaitait monter au 10^e étage de sa tour, dont l'ascenseur était toujours en panne. C'est sa femme, qui n'avait aucune qualification médicale, qui lui changeait tous les jours, avec l'angoisse quotidienne de le tuer en faisant un mauvais geste.* »

MME C. ATTEND UNE TRANSPLANTATION QUI LUI EST REFUSÉE EN RAISON DE SES CONDITIONS D'HABITAT, NON ADAPTÉES AUX SOINS DE SUITE⁷⁴

Handicapée suite à une attaque cérébrale à l'âge de 18 ans, Mme C. occupe un petit F2 à Aubervilliers, suivi dans le cadre du Plan local de lutte contre l'habitat indigne. Situé au 3^e étage sans ascenseur, le logement présente des problèmes de moisissures causées par des infiltrations d'eau (fissures sur façade, taux d'humidité à 85 %). Les escaliers sont étroits (1,70 m de hauteur sous plafond) et irréguliers.

Souffrant d'insuffisance cardiaque grave, Mme C. attend une transplantation depuis plusieurs années, mais celle-ci a déjà été refusée par les médecins en raison de ses conditions de logement : non adaptées aux soins de suite nécessaires, celles-ci pourraient mettre en péril les chances de réussite de l'opération.

Faute de solution de logement adapté, des professionnels de la santé en viennent à prolonger les durées d'hospitalisation. Spécialisé en soins de suite et de réadaptation, l'hôpital pédiatrique Bullion est chaque année confronté à des difficultés pour préparer le retour à domicile d'une quinzaine d'enfants accueillis (sur 140 enfants accueillis). Les situations les plus fréquemment rencontrées concernent l'exiguïté des logements, quand la maladie de l'enfant nécessite par exemple une chambre personnelle. L'insalubrité du logement est en cause dans au moins une situation rencontrée par an et empêche le retour au domicile d'enfants immunodéprimés (mucoviscidose, attente de greffe, maladies chroniques lourdes...). Les conséquences sont douloureuses, avec des séjours prolongés et des surcoûts importants pour la famille, contrainte à de nombreux déplacements.

MARO, ATTEINTE DE LEUCÉMIE⁷⁵

Maro habite seule avec sa mère à Villeneuve-le-Roi. Le logement, un T1, est extrêmement humide avec des moisissures importantes sur l'ensemble des murs, l'immeuble étant entièrement fissuré côté façade. De plus, le logement est envahi par les rats et les cafards. Deux cages d'escaliers sont frappées d'un arrêté de péril depuis près de trois ans, entraînant la suspension de l'obligation de paiement des loyers. Cependant, aucun d'entre eux n'en a été informé. La mère de Maro paie un loyer de 420 euros charges comprises, pris en charge par l'APL.

En novembre 2009, Maro, 10 ans, atteinte de leucémie, est hospitalisée pour une chimiothérapie nécessitant une prise en charge totale. Réactive au traitement, elle va mieux et un retour au domicile est envisagé en avril dans le but de favoriser le rapprochement avec sa mère. Alertée par la mère sur les conditions de logement, l'assistante sociale de l'hôpital Bullion réalise une visite à domicile et constate son insalubrité. Face à cette situation dangereuse, les permissions de Maro sont interrompues, contraignant sa mère, seul parent, à de nombreux allers-retours entre son logement et l'hôpital, isolé en forêt de Rambouillet.

Malgré la multiplication des démarches effectuées par l'assistante sociale auprès du secteur, de la préfecture, du maire et finalement un signalement à l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance, Maro est maintenue à l'hôpital jusqu'en août 2010. Le 8 août 2010. En l'absence de solution, il est alors décidé de la renvoyer dans son logement afin de provoquer, dans l'urgence et au bout d'une semaine, une réponse de la part des pouvoirs publics. Maro et sa mère sont aujourd'hui logées dans une structure d'hébergement temporaire, en attente d'un logement pérenne.

⁷⁵ Témoignage issu de FORs, *Recherche sociale* n°204, « Les coûts sociaux du mal-logement », 2012.

- Périnatalité et sorties de maternité : « le 115 pour berceau » ?

Parmi les patients en grande précarité sociale, la présence de nombreuses femmes enceintes ou sortant de maternité sans solution de logement adapté, interpelle les professionnels du secteur social et sanitaire. « Ces situations nous inquiètent, elles conduisent à des problèmes de santé chez les femmes enceintes et du coup à des grossesses difficiles. Ces femmes manquent de repos, elles sont stressées », témoigne une sage-femme de l'hôpital Delafontaine en Seine-Saint-Denis. En effet, différentes études ont prouvé que la précarité sociale des femmes enceintes entraîne trois fois plus de naissances prématurées que dans la population générale, deux fois plus de nouveau-nés de petit poids (indépendamment de la prématurité) et deux fois plus de césariennes en urgence. Pour les professionnels de santé du Réseau Périnatal du Val-d'Oise, « La situation d'errance d'une femme enceinte conduit automatiquement à une grossesse à caractère pathologique ». Sans compter les conséquences parfois dramatiques sur les nouveau-nés : mortalité périnatale et infantile accrue, difficultés du lien mère-enfant, risques pour le développement psychologique de l'enfant...

Une étude sur le suivi des grossesses des femmes sans logement (en CHRS, hôtels sociaux, CADA, CHU...) a été réalisée par Médecins du Monde en 2012-2013 : 61 % n'avaient jamais eu de consultation prénatale et, parmi les femmes accompagnées, 42 % avaient un retard dans le suivi de leur grossesse. Après accouchement, les conditions de vie de ces femmes ne s'améliorent pas : l'hébergement chez des tiers est plus difficile (passant de 19 % des solutions mobilisées avant accouchement, à moins de 4 % après) et le recours à l'hôtel se développe davantage (de 53 % à 71 %) bien que ces solutions ne soient pas adaptées à l'arrivée d'un bébé.

En sortie d'hospitalisation, des places en structures d'accueil peuvent être sollicitées par les services sociaux de l'hôpital, mais la pénurie est particulièrement importante dans certains territoires. Dans le Val-d'Oise, le SIAO indique par exemple un ratio d'une place pour 5 à 6 demandes en moyenne, mais de seulement une place pour 20 demandes de femmes enceintes isolées, bien qu'elles fassent partie des publics prioritaires du 115. « Lorsqu'on s'adresse à une structure d'hébergement qui accueille des femmes seules ou des personnes isolées, ils nous disent non car ils n'ont pas d'agrément pour accueillir la future maman et son bébé. Lorsqu'on s'adresse à des structures d'hébergement qui accueillent des familles, c'est également compliqué puisque les travailleurs sociaux nous rétorquent que la place prise par une femme seule et enceinte, c'est une place en moins pour une famille ».

Lorsque le 115 ne trouve aucune solution de logement, l'hôpital peut décider de prolonger les hospitalisations, comme l'indique cette sage-femme de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis : « On les garde 15 jours maximum, le temps que le 115 trouve une solution. Le problème, c'est que ça bloque des places pour d'autres femmes ayant également des grossesses pathologiques.

À une époque, le service de médecine nous proposait très occasionnellement des places pour nos patientes sans logement pour une durée d'un mois afin de libérer des places dans la maternité, mais aujourd'hui ça n'est plus vraiment possible ».

Une enquête a été réalisée en 2010 dans 13 maternités de Paris et de la Petite couronne par l'APHP⁷⁶ sur une durée de 15 jours : au cours de cette période, le service social de l'APHP a dû solliciter 122 fois le Samu social pour des sorties de maternités très difficiles. Une autre enquête réalisée par les associations Interlogement 93 et Idée 93 a montré que la Seine-Saint-Denis était particulièrement touchée par cette problématique : en 2013, 160 femmes avaient dû faire appel au 115 en sortant de la maternité Delafontaine à Saint-Denis, et 387 étaient « sans solution pérenne » d'hébergement ou de logement en sortant de l'hôpital André-Grégoire à Montreuil, soit trois fois plus qu'en 2011⁷⁷.

AVEC UNE GROSSESSE À RISQUE, MADAME N. SANS DOMICILE PERSONNEL A UN SUIVI MÉDICAL COMPLIQUÉ

Enceinte de 7 mois, Madame N., en couple avec un enfant de 2 ans, se trouve dans une situation de grande précarité. Elle est hébergée avec son fils chez des amis, tandis que son conjoint l'est chez d'autres connaissances. Sur le plan médical, Madame présente une pathologie cardiaque complexe qui nécessite un suivi très attentif dans une maternité adaptée. Sa grossesse est à haut risque. Mais sa solution d'hébergement est de courte durée, et elle se retrouve rapidement sans solution avec son fils. Son conjoint et elle font appel au 115 pour être hébergés ensemble, mais aucune place n'est disponible à Paris. Le 115 leur propose un hébergement à Savigny-le-Temple (77), qui apparaît trop éloigné de la maternité de suivi. Adressée par son assistante sociale au réseau SOLIPAM⁷⁸, la famille obtient une chambre d'hôtel à Paris pour Madame et son fils uniquement et le suivi médical est remis en place.

Cependant, la situation s'aggrave : Madame N. oublie de prendre son traitement, elle est épuisée par la garde de son fils et la gestion du quotidien ne lui permet pas d'observer le repos nécessaire à sa pathologie. Face au risque d'une nouvelle hospitalisation, SOLIPAM réalise que la présence de Monsieur est indispensable pour assurer la sécurité physique et psychique de Madame. Au 8^e mois de grossesse, le

⁷⁶ Sabine Pirrovani, Patrice Fleury, Livre Blanc « Le 115 pour berceau » mai 2012. Idée 93, Interlogement 93, « Collaborons pour ne plus laisser des nouveau-nés et des jeunes vulnérables en errance ».

⁷⁷ Sabine Pirrovani, Patrice Fleury, Livre Blanc « Le 115 pour berceau » mai 2012. Idée 93, Interlogement 93, « Collaborons pour ne plus laisser des nouveau-nés et des jeunes vulnérables en errance ».

⁷⁸ Le réseau de santé SOLIPAM (Solidarité Paris Mamans) a été créé en 2006. Dédié aux femmes en situation de grande précarité et d'errance, il travaille en collaboration avec de nombreux partenaires issus du secteur médical et social : Hôpitaux-maternités, Réseaux périnatalité, PMI, CAFDA, Samu social de Paris, SIAO, etc.

réseau obtient une place d'hébergement en CHRS pour toute la famille, permettant de stabiliser la situation sur le plan médical. Depuis, Madame M. a donné naissance à sa petite fille, finalement née à terme et en bonne santé malgré ce parcours chaotique.

• Entre problèmes de santé et de logement, l'hôpital au cœur des enjeux pour les précaires

Cette faible couverture médicale conjuguée à un moindre souci de soins peut expliquer **un recours plus fréquent aux soins hospitaliers**. Une étude réalisée par l'INED en 1995 rapportait ainsi un taux d'hospitalisation 2 à 4 fois plus élevé pour les sans-domicile que la moyenne.

Un professionnel de l'APHP explique que « *Pour les plus précaires, les urgences sont la porte d'entrée vers les soins. C'est sans rendez-vous, ils s'y rendent souvent la nuit, et la nuit tous les chats sont gris... On ne leur fait pas de difficultés administratives* ». 17 % des sans-domicile n'ayant aucune couverture maladie se sont rendus aux services d'urgence d'un hôpital pour leur dernière consultation, soit près du double de ceux ayant une mutuelle (9 %) ⁷⁹.

Les services des urgences hospitalières sont sur-sollicités par les personnes sans domicile alors que leur fonctionnement ne leur permet pas d'apporter un soin continu et global à ces ménages, comme en témoigne ce médecin de PASS : « *Les gens en situation de précarité demandent une attention toute particulière. C'est-à-dire qu'ils demandent un accompagnement qu'on ne peut pas demander aux médecins des urgences parce que ce n'est par leur travail, qu'ils n'ont pas le temps de le faire...* ⁸⁰»

Ces personnes peuvent se heurter alors à la méfiance du personnel hospitalier des urgences qui exprime des réticences à les soigner, ou craignent parfois que leur sollicitation ne dissimule en réalité un besoin d'hébergement.

Si les personnes sans domicile recourent plus fréquemment aux urgences hospitalières, **la question qui se pose ensuite est celle de la durée d'hospitalisation et de leur sortie**. Une récente étude de la DREES ⁸¹ a mis en évidence un allongement des durées de séjour pour des patients précaires (+ 16 %). L'allongement des durées de séjour est particulièrement marqué pour les personnes sans abri (+ 40 %).

⁷⁹ Source : INED, INSEE, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas, 2012

⁸⁰ Source : Observatoire National de Fin de Vie, Rapport 2014 « Fin de vie et précarités ».

⁸¹ Engin YILMAZ et Denis RAYNAUD (DREES), « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? », Panorama des établissements de santé, 2010.

Dans un contexte de restriction budgétaire, de nombreux établissements de santé cherchent à raccourcir les durées de séjour à l'hôpital pour les sans-abri. C'est ce que rapporte par exemple ce travailleur social du Réseau social Rue Hôpital : « *Il n'y a plus d'hospitalisation à motif social. Avant, on gardait le SDF jusqu'à ce qu'on lui trouve une maison de retraite ou une maison de convalescence. Il y a cinq ans, un SDF pouvait rester deux à trois mois sur un lit d'hôpital. Maintenant, il reste trois jours. La durée moyenne de séjour est très courte. C'est une des conséquences de la tarification à l'acte*⁸² ».

Si l'hôpital n'a pas vocation à assurer l'hébergement des personnes sans domicile, certains établissements ont toutefois une certaine tolérance, avec la mise à l'abri des personnes en détresse sociale. C'est le cas par exemple à l'APHP pour des familles avec enfants qui ne nécessitent pas de soins : « *Depuis le mois de septembre 2015, les difficultés sont croissantes. Sur ce seul mois, l'APHP a comptabilisé 175 nuitées de mise à l'abri des familles, pour 122 adultes et 148 enfants, essentiellement dans les hôpitaux de l'Est parisien et de sa banlieue. Ils dorment dans les halls et les couloirs, ce qui peut poser des difficultés de cohabitation.* »

• Une offre en soins résidentiels insuffisante

La difficulté de prise en charge par les professionnels de santé des personnes sans domicile, dont les problématiques entremêlent des questions sociales, médicales et/ou psychologiques, a conduit les pouvoirs publics à développer des dispositifs médico-sociaux spécifiques permettant d'assurer conjointement un hébergement et des soins ou un suivi thérapeutique. Pour les personnes en situation de précarité (sans domicile, en hébergement ou logement précaire, et quelle que soit leur situation administrative), l'offre en « soins résidentiels » s'est ainsi étoffée au cours de la dernière décennie. Regroupée sous l'appellation d'Établissements et services médicaux sociaux (ESMS), son objectif est d'assurer la prise en charge des personnes qui n'ont pas — ou plus — besoin d'une prise en charge hospitalière, mais de prestations de soins adaptées et coordonnées, d'un suivi médical et d'un accompagnement social. Il existe trois catégories d'ESMS :

- les Appartements de coordination thérapeutique⁸³ (ACT), essentiellement destinés aux personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites évolutives...),
- les Lits Halte Soins Santé (LHSS)⁸⁴, pour les personnes en grande exclusion

⁸² Source : « La santé déléguée aux équipes mobiles », *Lien social*, n°1044, janvier 2012.

⁸³ Créés dans les années 1990 puis pérennisés en 2002, les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, en apportant une coordination des soins, l'observance des traitements, un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils accueillent désormais des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives...).

⁸⁴ Les LHSS ont été créés en 2005 après l'expérimentation des lits-infirmiers par le Samu social de Paris. Entre 2006 et 2011, 1 171 LHSS ont été créés dans 106 structures (sur 114 sites). Le maillage du territoire par le dispositif est cependant très inégal, puisque trois régions (Île-de-France, PACA et Nord-Pas-de-Calais) concentrent la moitié des places, majoritairement situées au sein de communes de plus de 10 000 habitants. Il s'agit généralement de structures de petite taille (moins de 10 lits), portées par des associations qui ont pour activité principale l'hébergement ou le logement adapté.

dont l'état de santé nécessite une prise en charge sociale et sanitaire ou un temps de repos et de convalescence (tuberculose, angine, suites opératoires...), sur une durée théoriquement limitée à deux mois,

- les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), destinés aux personnes atteintes de pathologies chroniques graves ne pouvant accéder aux structures de droit commun, ont été expérimentés entre 2009 et 2012 et reconnus ESMS en 2013. Ils visent à permettre aux personnes en situation de grande précarité, atteintes de pathologies chroniques (de pronostic plus ou moins sombre), de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté.

Alors que les LHSS ont été conçus comme un dispositif d'accueil temporaire, **le contexte actuel de blocage général du système d'hébergement et de logement rend les sorties de plus en plus difficiles**. C'est ainsi qu'une part importante de personnes quittent la structure sans projet d'hébergement/logement et retournent à la rue. Le Samu social de Paris alerte sur ces difficultés dans son rapport d'activité 2014 : 68 % des sorties de LHSS se sont faites directement à la rue au cours de l'année, tandis que 15 % des personnes sont orientées vers un centre d'hébergement d'urgence (CHU) pour une durée courte (une à trois nuits) et seulement 10 % vers des centres de stabilisation.

Il est aussi constaté que **de nombreuses personnes y restent finalement plus longtemps que prévu**. 30 % des LHSS du Samu social de Paris seraient ainsi occupés par des personnes en attente d'une place adaptée en structure médico-sociale, ne nécessitant plus de soins aigus. En outre, la durée moyenne du séjour en LHSS tend à s'allonger, passant de 40 à 50 jours en moyenne. L'absence de droits ouverts en est parfois une des raisons, alors que le séjour en LHSS doit être l'occasion de traiter également l'urgence sociale des personnes.

Les sorties de LHSS sont également difficiles car les patients accueillis présentent plus souvent des pathologies chroniques lourdes avec plusieurs comorbidités. On observe une recrudescence de la tuberculose et une aggravation des troubles psychiques. Enfin, le vieillissement d'une partie du public accueilli complexifie la recherche de solutions de sorties, du fait du manque de places adaptées (notamment en EHPAD). Certains publics se heurtent également à des difficultés de prise en charge d'autant plus importantes qu'*« ils ne rentrent dans aucune case, comme le pointe une association. Ils sont «trop psy», «trop addict»... »*

Outre l'insuffisant développement d'une offre adaptée en amont et en aval, l'ARS Île-de-France indique que *« la sortie des ESMS est également freinée par le manque de coordination entre dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires »*.

Quand la réforme de la psychiatrie ignore la question du logement

L'émergence de profonds questionnements autour de la problématique de la santé mentale n'est pas récente. Dès 1995, le rapport du professeur Lazarus rendait compte de cette « *souffrance que l'on ne peut plus cacher* » et qui interpelait fortement les acteurs sociaux, le plus souvent démunis pour la prendre en charge. Différents travaux académiques⁸⁵ ont contribué à faire émerger ce champ d'analyse et de réflexion pour les pouvoirs publics en France, en écho à une préoccupation internationale dont l'OMS s'est saisie⁸⁶.

La santé mentale est un domaine dans lequel les interdépendances entre santé et logement, particulièrement fortes, soulèvent des questions spécifiques : si les besoins de logement des personnes avec un handicap (mental, cognitif ou psychique) apparaissent plus clairement qu'auparavant — en raison notamment du recul du nombre de lits en hôpital psychiatrique et d'une précarisation croissante de ces publics —, les réponses apportées restent très insuffisantes.

• La désinstitutionnalisation de la psychiatrie n'a pas été accompagnée d'un développement suffisant d'alternatives à l'hospitalisation

Un tournant majeur s'est opéré dans le champ de la psychiatrie avec la mise en œuvre de la « désinstitutionnalisation » au cours des années 1970 : « *la plupart des pays européens sont passés d'un modèle de prise en charge de la maladie mentale excluant les patients de leur milieu de vie pour les traiter dans les asiles du 19^e siècle à un modèle promouvant l'intégration sociale du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité* »⁸⁷. C'est sur le principe de la « sectorisation » que s'est alors structurée l'offre de soins psychiatriques en France sur la base d'une organisation territoriale s'appuyant sur la proximité, la continuité et la globalité des soins pour les personnes, sur un panel d'interventions larges allant de l'ambulatoire à l'hospitalisation.

Si la fréquence et la durée des hospitalisations en milieu spécialisé ont ainsi été réduites⁸⁸, les malades ont eu besoin de prises en charge alternatives diversifiées hors de l'hôpital. « *L'hôpital psychiatrique assurait autrefois un hébergement de long terme, voire définitif*, rappelait en 2003 un rapport du HCLPD. *Il a ainsi vu son rôle évoluer vers des séjours dont la durée est*

⁸⁵ Voir notamment le rapport « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » du Professeur Lazarus en 1995, le rapport « Psychiatrie et Grande exclusion » du docteur Patris en 1996, le rapport « Souffrance psychique et exclusion sociale » du Professeur Parquet en septembre 2003 ou encore le « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » CLERY-MELIN, septembre 2003.

⁸⁶ Organisation mondiale de la santé, « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », 2013.

⁸⁷ Magali Coldefy, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences » in *Questions d'économie de la santé*, n°180, octobre 2012.

⁸⁸ La transformation de la psychiatrie lourde par les neuroleptiques puis les antipsychotiques y a contribué.

limitée à la seule prise en charge de la période de crise aiguë. Cependant si les soins prodigués à l'hôpital permettent de stabiliser la situation des malades mentaux, ils n'assurent pas, en règle générale, leur guérison. Les personnes qui quittent l'hôpital psychiatrique sont toujours des malades, elles nécessitent des soins permanents et disposent d'une autonomie sociale qui peut être variable selon les individus, mais toujours relative⁸⁹ ».

L'offre actuelle de soins en psychiatrie se répartit en trois segments : les hospitalisations complètes en services aigus (près de 19 millions de journées en 2010, soit 11 % des patients), les alternatives à ces hospitalisations à temps complet (2 millions de journées) ou à temps partiel (7,2 millions) et enfin les prises en charge ambulatoires institutionnelles, qui concernent 68 % des patients. Le nombre de lits en hospitalisation à temps plein s'est réduit de moitié en 50 ans, passant de 120 000 à 55 000. Mais **une des difficultés majeures apparue avec la mise en œuvre de la désinstitutionnalisation est l'insuffisance de l'offre alternative, qui ne s'est pas développée à la hauteur des besoins**. Un rapport de la Cour des Comptes⁹⁰ indique que si le nombre de places en hospitalisation *partielle* a connu dans la dernière décennie une progression, il n'en est pas de même pour le développement d'alternatives à l'hospitalisation en matière de prise en charge à temps *complet* : + 500 places en placement familial thérapeutique⁹¹ entre 2000 et 2010, - 500 places en appartement thérapeutique⁹² et + 910 places en hospitalisation à domicile⁹³. Par ailleurs, on déplore une insuffisance notoire de l'offre médico-sociale destinée à améliorer la prise en charge des personnes reconnues handicapées psychiques mais ne nécessitant pas une hospitalisation complète : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)⁹⁴, offre d'hébergement spécifique (telle les résidences-accueil⁹⁵ par exemple).

⁸⁹ 9e rapport du HCLPD, « Droit au logement : construire la responsabilité », 2003.

⁹⁰ Cour des Comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », rapport public thématique, décembre 2011.

⁹¹ L'accueil familial thérapeutique dans des familles volontaires et rémunérées par l'hôpital est destiné aux patients dont la prise en charge n'est plus intensive, mais pour lesquels un retour à domicile ou dans leur famille ne paraît pas encore possible

⁹² Les « appartements thérapeutiques » visent une réinsertion sociale, avec une présence intensive de soignants pour un séjour de durée en théorie limitée ; ils sont gérés par le service hospitalier de secteur et ne peuvent être considérés comme le domicile du patient. Une des déclinaisons possibles est l'appartement associatif à visée thérapeutique mis à la disposition de patients pour des durées limitées et ne nécessitant pas une présence soignante aussi importante que dans les appartements thérapeutiques. Le patient doit être suffisamment stabilisé et autonome et faire l'objet d'un suivi médical régulier au CMP.

⁹³ L'hospitalisation à domicile, récente en psychiatrie, permet une prise en charge au domicile du patient plus intensive que les visites organisées par les centres médico-psychologiques situés en ville (CMP) présentés infra : les soins y sont réguliers, voire quotidiens

⁹⁴ Les SAMSAH et les SAVS sont des services médico-sociaux issus de la loi du 11 février 2005. S'adressant à des adultes en situation de handicap, ils contribuent à la réalisation de leur projet de vie par un accompagnement adapté favorisant ainsi leur insertion en milieu ordinaire.

⁹⁵ Les résidences accueil ont été envisagées comme une alternative au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques (cf. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 - ministère des Affaires sociales et de la Santé). Elles s'adressent aux personnes ayant un handicap psychique (même si celui-ci n'est pas reconnu par les MDPH), dont l'état de santé est suffisamment stabilisé et le niveau d'autonomie suffisant pour leur permettre de vivre en habitat semi-collectif. Tout en faisant partie des pensions de famille, les résidences accueil ont des modalités de fonctionnement spécifiques : elles disposent d'un personnel qualifié et organisent systématiquement des partenariats avec les secteurs de la psychiatrie et les services médico-sociaux pour un meilleur accompagnement et un suivi sanitaire et social des publics accueillis.

L'évaluation des besoins en logement spécifique ou adapté demeure néanmoins difficile, dans la mesure où de nombreux malades et leurs familles restent dans l'ombre ou sont dans le déni de la maladie. Par ailleurs, les personnes présentant des troubles psychiques ont souvent des besoins très évolutifs en matière d'accompagnement, la maladie psychique se caractérisant par des successions de périodes stables et de crises souvent non prévisibles. Or les dispositifs actuels, bornés dans le temps, ne permettent pas de répondre aux besoins, avec pour conséquence des ruptures de parcours, des retours réguliers en CHRS, séjours à l'hôpital et, dans le pire des cas, une période d'errance à la rue. Alors que toutes les études montrent que la maladie mentale n'est pas prédictive d'une « capacité à habiter », il n'est pas rare que des personnes soient accueillies en CHRS faute de solutions de logement, alors que beaucoup d'entre elles n'auraient pas besoin d'un passage par le collectif mais d'un étayage assez important dans leur logement. Certaines sorties d'hospitalisation sont réalisées directement dans le logement mais sans suivi éducatif, conduisant à l'échec et à une ré-hospitalisation souvent plus longue et coûteuse.

- **Le manque de solutions alternatives à l'hospitalisation a des effets pervers pour les personnes en souffrance psychique**

De toute évidence, **les crises du logement et de la psychiatrie se sont alimentées conjointement**⁹⁶. Dès lors, l'accès limité à une offre d'hébergement ou de logement spécifique (en alternative ou en aval des soins hospitaliers) a de multiples conséquences, de l'hospitalisation prolongée ou inadéquate au risque de (retour à) la rue en passant par des formes d'hébergement contraint par la famille souvent démunie pour prendre en charge la maladie : « *Certains vivent au domicile de leurs parents âgés vieillissants, d'autres sont hébergés « en dépannage », d'autres encore vivent dans leur voiture et, pour les plus isolés d'entre eux, ils ont trouvé « asile » à l'hôpital* » (association LOGICIEL).

La continuité des soins est aussi fortement mise à mal par la mise en œuvre du principe de la sectorisation en psychiatrie⁹⁷. Alors qu'elle devait permettre de développer la prise en charge « psychiatrique » hors des murs de l'hôpital en rapprochant le patient de son lieu de vie habituel, la politique de sectorisation en psychiatrie s'est révélée dans la pratique souvent défavorable aux personnes sans domicile. Les personnes sans adresse fixe dépendent parfois de Centres Médico-Psychologiques (CMP) très éloignés de leur lieu de vie, ce qui constitue aux yeux des professionnels un obstacle supplémentaire : « *C'est déjà hyper dur d'aller aux soins pour ces publics, donc s'il y a un éloignement géographique, c'est encore pire.* » témoigne un psychiatre en équipe mobile. À Marseille, alors que les CMP du centre-ville recevaient un nombre jugé trop important de personnes sans domicile, une règle a été instaurée par les hôpitaux de la ville pour assurer une

⁹⁶ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi », novembre 2009.

⁹⁷ Les secteurs de psychiatrie ont été créés par la circulaire ministérielle de mars 1960.

répartition de la « charge » équitable entre les différents CMP : le critère de la date de naissance a été retenu (en fonction de leur mois de naissance, les sans-domicile ou personnes vivant en squat sont orientés vers tel ou tel établissement de la ville, qui peut être très éloigné, dans de grandes villes comme Marseille), ce qui peut constituer un gros obstacle, comme le montre la situation de Monsieur T.

MONSIEUR T., JEUNE SANS-ABRI SUIVI DANS UN CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ÉLOIGNÉ DE SON LIEU DE VIE

Âgé de 25 ans, Monsieur T. est atteint de schizophrénie. Repéré par l'équipe mobile de santé mentale communautaire de Marseille, il est hospitalisé, son comportement se caractérisant par une mise en danger de lui-même : « *Il marchait pieds nus, des fois très près du métro* », explique son psychiatre. Sans-domicile fixe et donc sans adresse, il est pris en charge par le centre hospitalier Valvert sur la base de sa date de naissance : « *On a dû l'hospitaliser à l'autre bout de Marseille, alors qu'il avait plein de repères sur le quartier.* » Il reste deux mois à l'hôpital. Sans solution de logement à sa sortie, l'hôpital l'envoie dans une clinique où il reste « par défaut » près de trois mois. Pendant ces mois d'hospitalisation, un lien se noue avec l'équipe mobile, ses droits sont ouverts (Sécurité sociale, Allocation Adulte Handicapé), des recherches de logement entamées... Toutefois, ses droits sont suspendus du fait d'un problème administratif (envoi d'une attestation sans mention de la date de validité).

Il sort finalement de la clinique et retourne à la rue puis est hébergé chez un tiers. Dans l'attente que sa situation se régularise, il est contraint de vivre deux mois sans ressources financières et suspend ses recherches de logement. Rattaché au centre hospitalier Valvert, il ne s'y rend pas régulièrement pour prendre son traitement, « *car il n'a pas ses habitudes là-bas* » explique le psychiatre. Toujours sans logement, Monsieur T. ne peut pas être transféré dans un CMP plus proche de ses lieux de vie. Sa situation par rapport au logement étant temporairement « bloquée », son suivi médical l'est tout autant.

Pour répondre à ces difficultés, des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont été créées en 1995 mais restent insuffisantes.

Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Créées en 1995, les EMPP se sont développées à partir de 2005 suite au plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Leur objectif est d'intervenir sur les lieux de vie des personnes en situation de précarité, dans la rue ou au sein des établissements sociaux. Elles ont pour principe d'action d'« aller vers »

les personnes sans chez soi lorsqu'elles sont en souffrance psychique ou présentent des pathologies psychiatriques et de travailler en réseau avec le secteur social⁹⁸.

D'après un rapport d'évaluation⁹⁹, les EMPP sont au nombre de 118 en 2014. Elles sont généralement composées d'un infirmier et/ou d'un psychiatre, et/ou d'un psychologue. On note une moindre représentation des acteurs de l'action sociale (les fonctions d'assistant social, d'éducateur ou d'assistant socio-éducatif sont présentes dans moins de la moitié des équipes). Malgré une utilité reconnue, les EMPP souffrent d'une insuffisance de moyens au regard des besoins. D'une part, si certaines EMPP gèrent directement quelques places dédiées dans des structures d'hébergement, leur disponibilité est très faible en raison de longues durées de séjour. D'autre part, les 3,7 ETP en moyenne par établissement ne suffisent pas à assurer l'appui-soutien, les échanges cliniques et les formations croisées avec les acteurs de première ligne.

Faute d'alternative, les professionnels de la santé constatent une augmentation des hospitalisations sans consentement, qu'il s'agisse d'hospitalisations à la demande d'un tiers qui ont augmenté de 44 % entre 2006 et 2011, ou d'hospitalisations d'office (à la demande du préfet ou du maire) qui ont augmenté de 41 % sur la même période¹⁰⁰. Cette augmentation semble toutefois traduire un recours souvent abusif pour pouvoir obtenir une place en urgence dans un dispositif engorgé, comme l'explique la Cour des Comptes: *« L'absence de place en cas d'urgence conduit parfois à recourir à l'hospitalisation sans consentement, pour contraindre à admettre des personnes qui n'en relèvent pas, car elles ne présentent pas de danger pour autrui ou pour elles-mêmes. Un tel dévoiement de cette procédure entraîne, outre une perception erronée des statistiques y afférentes, des restrictions infondées de la liberté de patients¹⁰¹ »*.

Du côté des hôpitaux, on déplore **la prolongation excessive des séjours** pour certains patients, qui s'accompagne de risques de « chronicisation », perte d'autonomie et aggravation des difficultés en matière de réinsertion sociale (pour des patients qui y étaient initialement aptes). L'Hôpital Le Vinatier en témoigne : *« Il y a une vraie problématique autour du parcours du patient. On a certains patients dits « inadéquats » qui sont hospitalisés par défaut. En 2011, ça représentait environ 130 personnes sur 800 (...) Plus la personne reste hospitalisée et plus on aura du mal à la réinsérer »*. À Paris, on estime à 200 le nombre d'hospitalisations inadéquates par an pour des personnes qui

⁹⁸ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi », op. cité.

⁹⁹ DGOS, « Évaluation des EMPP. Note de synthèse », avril 2015.

¹⁰⁰ On compte 63 345 hospitalisations à la demande d'un tiers et 14 967 hospitalisations d'office en 2011.

¹⁰¹ Op. cité.

seraient mieux aidées dans des structures médico-sociales de type Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) ou Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)¹⁰².

Les cohabitations prolongées en famille se sont développées, suite à la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, en l'absence de structure adaptée ou spécialisée. Ce serait le cas de 47 % des personnes rencontrant un problème de santé psychique selon l'Unafam¹⁰³. Les besoins en logement de ces personnes ne sont actuellement pas pris en compte alors qu'ils peuvent renvoyer à des conditions de vie très difficiles. D'après l'association Orloges, « *les cohabitations en famille sont souvent dues à un manque de solutions très larges. Parfois, des personnes se retrouvent à vivre en famille car personne autour d'elles n'est en capacité de porter une demande de logement social par exemple, ou alors il y a une problématique d'emprise familiale* ». Sur le long terme, ces situations de cohabitations prolongées (voire subies ou forcées) comportent un certain nombre de risques :

- une usure de l'entourage familial, d'autant plus que les parents avancent en âge. Parmi les situations signalées à l'équipe mobile d'Aurore, beaucoup sont des « couples » mères-fils (80-55 ans) dysfonctionnels, avec ou sans handicap psychique,
- à l'inverse, un ménage présentant des troubles psychiques peut se retrouver démuné et sans solution de logement suite au décès d'un proche,
- des risques de rupture des liens familiaux,
- une problématique d'invisibilisation aux yeux des institutions (par sentiment de honte ou, dans le pire des cas, par volonté d'emprise d'une personne sur une autre), ce qui maintient la personne malade en dehors de toute logique de soins.

Pour les **personnes en souffrance psychique qui continuent de vivre dans un logement autonome**, des difficultés importantes apparaissent si elles ne bénéficient pas d'un soutien durable. « *Les difficultés dans le logement sont liées à l'isolement, à la variabilité dans le temps de la maladie. C'est la question du lien relationnel, ne pas s'enfermer chez soi, ne pas non plus avoir de liens trop fusionnels avec l'extérieur. La plupart ne travaillent pas, ne peuvent pas travailler ou travaillent en milieu protégé. Les traitements ont beaucoup évolué, mais la maladie est toujours présente et varie dans le temps. Si la personne n'a pas admis sa maladie, n'est pas en soin, ça ne tient pas* », résume l'association Orloges.

¹⁰² Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont des structures d'hébergement et de soins accueillant des adultes dont le(s) handicap(s) les rend(ent) inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants. Ces deux types d'établissements médico-sociaux présentent plusieurs particularités. Les FAM sont des structures plus petites que la MAS, et bien que l'internat soit le principal mode d'accueil dans les deux établissements, les profils des usagers diffèrent. Dans les FAM, les usagers sont plus autonomes physiquement et intellectuellement, et plus âgés. Voir Yara MAKDESSI (Drees), « Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », *Document de travail, Série études et recherche*, n°123, octobre 2012.

¹⁰³ L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) est une association qui accueille, soutient et informe les familles confrontées aux troubles psychiques.

Faute d'accompagnement ou de repérage des difficultés, nombre de personnes souffrant de maladies mentales se retrouvent également en difficulté pour se maintenir dans leur logement ; en cas d'endettement locatif ou pour troubles du voisinage, elles finissent souvent par connaître l'expulsion et se (re)trouver à la rue. 30 % des personnes qui sont actuellement expulsées de logements sociaux le seraient en raison de troubles du comportement¹⁰⁴. L'association Droits d'Urgence rapporte cette situation : « *Un monsieur travaillait mais souffrait de troubles non diagnostiqués. Il était à l'origine d'importants troubles de voisinage et accumulait les impayés (jusqu' à 15 000 euros). Les plaintes des voisins se sont multipliées. Il a fini par être hospitalisé d'office après avoir mis le feu à son appartement (il y faisait un barbecue). Puis, durant son hospitalisation, il s'est retrouvé sous le coup d'une procédure d'expulsion. Comme il est maintenant suivi, il se rend compte de ce qu'il a fait. L'objectif aurait été d'éviter l'expulsion pour qu'il puisse bénéficier de soins infirmiers à domicile* ».

Pour d'autres personnes souffrant de troubles psychiques ou de maladie mentale, c'est le retour à la rue qui se produit, ou une orientation vers des centres d'hébergement (type CHU et CHRS) qui ne permettent pas une prise en charge adaptée. Depuis de nombreuses années, les acteurs de l'hébergement voient ainsi augmenter dans leurs structures le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques. Dans une étude réalisée par le CREAI Bretagne sur les parcours des personnes en CHRS¹⁰⁵, 26 CHRS de la région sur 29 déclaraient avoir accompagné entre 100 et 200 personnes sortant d'établissement psychiatrique, ou en démarche de soins pour des troubles psychiques. Au-delà de ces personnes pour lesquelles la problématique psychique est identifiée, 27 CHRS déclaraient avoir repéré des personnes pour lesquelles une démarche de soins aurait été nécessaire mais non mise en place (soit entre 130 et 190 personnes supplémentaires). À Paris, on compte environ 140 places en centre d'hébergement de stabilisation (CHS) et CHRS qui proposent un hébergement et une prise en charge adaptés aux personnes en souffrance psychique. Un nombre largement insuffisant au regard des besoins : pas moins de 227 demandes de personnes suivies en CMP étaient enregistrées par le SIAO insertion de Paris en 2014... Si certains établissements admettent des personnes dont la pathologie a été diagnostiquée et le suivi enclenché, *quid* de celles qui sont non diagnostiquées ou non suivi ?

Enfin, force est de constater **la présence en nombre de personnes présentant des troubles psychiques dans les prisons**. Il existe peu de données récentes sur la santé mentale en prison. La dernière enquête d'ampleur, qui remonte à 2006, était plus qu'inquiétante : de 35 à 42 % des détenus sont considérés comme « *manifestement ou gravement malades* ». 8 hommes détenus sur 10 et plus de 7 femmes sur 10 « *présentent au moins un trouble psychiatrique*,

¹⁰⁴ Etienne Pinte, Mission parlementaire sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, auprès du Premier Ministre, 2008.

¹⁰⁵ CREAI Bretagne, Étude « Profils et parcours des personnes accueillies dans les CHRS en Bretagne », pour le compte de la DRJSCS de Bretagne, juillet 2015.

la grande majorité cumulant plusieurs troubles ». À la lumière des différents travaux menés, un rapport du Sénat souligne que « *la proportion des personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves — schizophrénie ou autres formes de psychose — pour lesquelles la peine n’a guère de sens, pourrait être estimée à 10 % de la population pénale*¹⁰⁶ ».

Quand les difficultés de santé interpellent les acteurs de l’hébergement et du logement

Depuis plusieurs années, les acteurs du logement et de l’hébergement témoignent de difficultés importantes pour répondre aux besoins des personnes souffrant de pathologies et troubles, notamment psychiques, qu’il s’agisse de favoriser leur accès à une place d’hébergement (y compris dans une simple logique de « mise à l’abri ») ou à un logement adapté, d’apporter des réponses à des personnes mal-logées et malades, d’éviter l’expulsion pour « troubles du comportement » à des personnes en souffrance psychique... En l’absence de coordination suffisante avec les acteurs du champ de la santé et du médico-social, les professionnels de l’hébergement et du logement se disent souvent « démunis » face à des problématiques qu’ils ne maîtrisent pas, percutés de plein fouet dans leurs pratiques, tandis que les structures sont (re)questionnées sur leur fonctionnement et leurs projets.

• L’accès à une place d’hébergement : être malade ne suffit plus

Le rapport 2015 de la Fondation Abbé Pierre¹⁰⁷ a montré une dégradation sans précédent des réponses apportées aux personnes sur le front de l’accueil d’urgence et de l’hébergement pour les plus vulnérables. L’heure n’est plus à se demander si une personne jeune, en bonne santé et sans enfant pourra obtenir satisfaction à sa demande d’hébergement en urgence en été, mais bien souvent si une personne à la rue (qu’il s’agisse d’un adulte ou d’un enfant) sera considérée comme « suffisamment malade » pour ne pas y rester...

D’après le code de l’action sociale et des familles pourtant, **toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d’hébergement d’urgence**¹⁰⁸. En février 2012, le Conseil d’État a reconnu que la carence du dispositif de veille sociale « *constitue une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale* », ouvrant ainsi une nouvelle voie de recours. Le « référé liberté », consistant à obtenir une décision de justice dans les 48 heures pour se voir attribuer une place d’hébergement en urgence, est une avancée

¹⁰⁶ Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani et Bruno Falissard, « Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison », 2004.

¹⁰⁷ Fondation Abbé Pierre, « Vivre aux portes du logement. Détresse des personnes, défaillances des dispositifs », rapport sur “L’État du mal-logement en France” 2015.

¹⁰⁸ L. 345-2-2 du code de l’Action sociale et des familles.

juridique et indéniable, mais l'efficacité de cette procédure s'avère de plus en plus relative.

De fait, cette jurisprudence apparaît peu favorable aux personnes vulnérables¹⁰⁹. La détresse médicale n'a pas été établie dans de nombreux cas parmi lesquels : une pathologie cardiaque doublée d'une carte d'invalidité, « une maladie congénitale rare nécessitant un traitement médical quotidien », « un état de santé grave nécessitant des soins médicaux continus », une grossesse, des troubles psychiatriques, « une infection pulmonaire ainsi qu'un diagnostic d'hépatite B », ou encore la présence de très jeunes enfants (quelques mois) ou souffrant d'épilepsie... Bien souvent, la situation de détresse n'est pas reconnue, malgré la présence de certificats médicaux. Parfois même, c'est la situation administrative de la personne (présence irrégulière sur le territoire national) qui prend le dessus sur son problème de santé¹¹⁰.

Du côté des travailleurs sociaux, la situation apparaît également compliquée dans un contexte de restriction croissante des critères d'accueil, comme en témoigne ce chargé de mission : « *Moi je ne sais pas si une personne peut faire un référé ou pas ; par contre si elle a l'air vulnérable, je peux l'orienter vers un avocat. C'est difficile d'évaluer une situation quand on n'est pas médecin. On essaie de porter la demande, de faire en sorte que les droits de la personne soient respectés* ». Dans un contexte de mise en concurrence entre des ménages tous prioritaires, la vulnérabilité de la personne devient un objet de discussion important au sein des commissions de sélection des demandes : « *Le travailleur social se retrouve à devoir juger, interpréter des certificats médicaux alors qu'il n'est pas formé pour ça. On « trie » par la problématique de santé. C'est très subjectif de démontrer cette urgence. L'État a dit : « On prendra en priorité les personnes avec des problèmes de santé, les femmes enceintes, etc. ». Et ces critères se sont durcis. On doit juger des situations prioritaires mais, par exemple, qui est plus prioritaire entre une personne qui a du diabète et une femme enceinte ? La santé peut aussi devenir un sujet de méfiance, par exemple par rapport aux demandeurs d'asile qui font des recours santé. Certains élaborent des stratégies et mettent en avant leurs problèmes de santé. C'est frappant de voir des gens donner leurs certificats médicaux avant de montrer leur récépissé.* »

Une hiérarchisation abusive des situations de détresse s'est ainsi mise en place, ouvrant la voie à une remise en cause du principe d'inconditionnalité — pourtant clairement affirmé dans la loi — et à un alignement de l'obligation de l'administration sur les moyens qu'elle veut bien mobiliser. Et renvoyant

¹⁰⁹ Il convient à cet égard de pointer le contrôle minimum des diligences de l'administration et la faiblesse des moyens engagés.

¹¹⁰ Ces décisions doivent être d'autant plus dénoncées que la Cour européenne des droits de l'Homme vient de reconnaître un traitement inhumain et dégradant dans l'absence d'hébergement d'une famille avec deux enfants mineurs, dont la fille aînée est handicapée moteur et cérébrale et souffre de crises d'épilepsie. CEDH, V.M. et autres c. Belgique, n° 60125/11, 7 juillet 2015, *Regard sur le mal-logement en Europe*, Fondation Abbé Pierre et Feantsa, 2015.

les personnes en détresse vers des procédures juridictionnelles toujours plus complexes, dont l'urgence, joue de plus en plus en leur défaveur.

- **Quand l'acuité des problèmes de santé perturbe le fonctionnement des structures d'hébergement**

Au sein des structures d'hébergement, également, la question de la santé des personnes accueillies est prégnante. Les problèmes somatiques interpellent aujourd'hui fortement les acteurs de l'hébergement qui se trouvent démunis pour apporter des réponses adaptées, faute de relais avec les structures de soins et de personnel qualifié en interne. De fait, l'offre intermédiaire de structures au croisement des secteurs sociaux et médico-sociaux a connu un développement bien trop limité et les services de soin à domicile « classique », telles que les SSIAD¹¹¹, interviennent très rarement dans les lieux de vie accueillant les publics en précarité. Les SSIAD et Hospitalisations à domicile (HAD) seraient, selon le SIAO Urgence de Paris, deux dispositifs actuellement insuffisants, alors qu'ils permettraient de rassurer les centres d'hébergement hésitant à accepter les personnes qu'ils ne sauraient pas prendre en charge.

Le manque de structures adaptées est patent, notamment pour certaines catégories de publics précaires et souffrant de problèmes de santé. C'est le cas des personnes avec un handicap moteur ou sensoriel qui se heurtent, d'une part, à des structures d'accueil médico-sociales (de type ESAT) peu adaptées à des personnes désocialisées, de l'autre, à des CHRS qui proposent peu de places « adaptées » au handicap. *« Les structures spécialisées dans le handicap s'adressent à des familles ou à des équipes qui peuvent suivre le dossier. C'est déjà arrivé qu'une structure d'hébergement ait une réponse positive pour quelqu'un pour intégrer un foyer d'accueil médicalisé mais, sans nouvelle de la personne, la place est attribuée à quelqu'un d'autre. La vie de rue permet difficilement de répondre aux règlements des structures dans le domaine du handicap. Une fois que les gens ont connu la rue, ils ont du mal à supporter certaines contraintes »* (Samu social Lille). C'est le cas également des personnes souffrant d'addictions (consommation d'alcool, substances psychotropes, jeux, conduites à risques...) ou très désocialisées, qui se confrontent souvent au fonctionnement rigide de certains établissements : *« Si les publics les plus marginaux veulent aller dans un foyer ou en CHRS, on leur pose des exigences, il faut respecter des horaires... À chaque étape, il faut qu'ils fassent leurs preuves »*, témoigne ce responsable d'association. Est également pointé le manque d'établissements adaptés pour personnes souffrant d'addictions et vieillissantes : *« Aucune maison de retraite n'accepterait qu'une personne s'alcoolise »*.

Les personnes précaires en fin de vie (malades ou vieillissantes) sont également confrontées à un déficit important de lieux adaptés pouvant

¹¹¹ Services de soin infirmiers à domicile.

répondre à leurs besoins sociaux et de santé : en France, moins de 10 EHPAD accueillent spécifiquement des personnes sans domicile ou en situation de grande précarité financière. Par défaut, les CHRS deviennent ces lieux de fin de vie comme en témoigne ce directeur rapportant la situation d'une personne accompagnée : *« Pour (elle), on nous a dit à l'hôpital : j'ai fait ce que j'avais à faire mais je ne guérirai pas son cancer. Quand elle est en crise, on l'hospitalise. Mais le reste du temps, elle reste chez elle, c'est-à-dire chez nous. Or chez nous, nous n'avons rien de vraiment adapté. »*

L'Observatoire national de la fin de vie a mené récemment une enquête auprès de 109 CHRS¹¹² : 1,5 résident par CHRS en moyenne avait une maladie grave en phase avancée ou terminale connue de l'établissement ; 132 décès sont survenus entre 2012 et 2013, dont 67 % suite à une maladie connue du centre et 23 % de morts violentes (suicides, overdoses, accidents, etc.). Si les décès surviennent à l'hôpital dans 50 % des cas, près d'un tiers surviennent au sein même du CHRS. Plus de la moitié des centres ayant répondu à l'enquête considèrent que leur établissement n'est pas en capacité d'assurer des accompagnements de fin de vie et 50 % estiment que cet accompagnement ne relève pas d'un CHRS. L'enquête montre que seules 19 % des équipes déclarent avoir un ou plusieurs professionnels sensibilisés et/ou formés. Les dispositifs d'accompagnement de fin de vie sont souvent méconnus des CHRS (les réseaux et équipes mobiles de soins palliatifs et les bénévoles d'accompagnement de fin de vie sont peu mobilisés) et réciproquement. Les résidents ayant eu une maladie grave en phase avancée ou terminale connue du CHRS n'ont été que 13 % à faire appel à un réseau de soins, 12 % à un SSIAD et 6 % à une équipe d'Hospitalisation à domicile (HAD).

Le directeur de l'association Alynéa¹¹³ témoigne des questionnements soulevés par la présence de personnes en fin de vie dans son CHRS à Carteret : *« un grand nombre d'hébergés ont des pancréatites aiguës ou sont dans des phases terminales de cancer dû à l'alcool ou au tabac. Leur pronostic vital est engagé mais ils sont à Carteret. Nous avons des partenaires médicaux qui viennent nous visiter. Mais le temps qu'ils nous consacrent n'est plus en adéquation avec les besoins. Aujourd'hui, nous sommes financés pour une prise en charge uniquement sociale. Comme si on pouvait saucissonner une personne ! Le projet doit être médico-psycho-social. Devons-nous aller jusqu'à proposer à une équipe mobile en soins palliatifs d'intervenir pour accompagner la personne en fin de vie, l'équipe et les autres hébergés ? Nous avons besoin, a minima, de compétences médicales à demeure. »*

Par ailleurs, **les maladies et troubles de la santé mentale sont devenus une source de préoccupation très importante pour les acteurs de l'hébergement et du logement**. Les centres d'hébergement sont ainsi considérés par certains

¹¹² Observatoire National de la Fin de Vie, Rapport 2014 « Fin de vie et précarités ».

¹¹³ *Lien social*, 5 janvier 2012. *Op.cit.*

comme les « nouveaux asiles psychiatriques »¹¹⁴, ce qui n'est pas sans poser des difficultés dans leur fonctionnement.

Bien qu'accueillant un public jugé plus autonome, les résidences sociales ne sont pas épargnées par ces questionnements¹¹⁵. En outre, sans doute plus qu'en CHRS, elles sont confrontées au manque de moyens en accompagnement social tandis que le principe de la mixité des publics, très présent dans ces structures, peut générer des conflits. Une personne souffrant de troubles psychiques peut être jugée inquiétante par les autres résidents et faire l'objet de rejets, ou à l'inverse être victime de violences si elle montre des signes de vulnérabilité. Elle peut également être à l'origine de troubles de voisinage.

• Les acteurs du logement face aux problèmes de santé

Mêmes alertes du côté des acteurs du logement souvent en très grande difficulté face aux problèmes de santé chez les ménages qu'ils accompagnent. Particulièrement lorsqu'il s'agit de santé mentale, avec une difficulté d'intervention supplémentaire liée à l'« *abolition de la capacité de la demande* »¹¹⁶ pour reprendre les termes du psychiatre Jean Furtos.

Pour les acteurs du logement, qu'il s'agisse de bailleurs Hlm, d'agences immobilières à vocation sociale ou d'acteurs du logement d'insertion, la question est celle de l'impact des troubles de santé mentale sur la gestion quotidienne de leur parc. Il n'est pas rare, en effet, que des bailleurs sociaux observent des phénomènes d'isolement et de retrait chez leurs locataires, qui peuvent être révélateurs de troubles psychiques. Situations d'impayés qui s'enlisent, troubles du voisinage ou comportements occasionnellement agressifs, les problèmes de santé mentale en habitat diffus sont rendus visibles dès lors qu'ils posent soucis, ce qui implique par conséquent une prise en charge souvent plus tardive et complexe.

Parmi les problématiques d'habitat rencontrées, dans le parc Hlm comme dans le parc privé, les situations d'incurie peuvent accaparer les professionnels sur des périodes très longues. Ces situations peuvent générer un sentiment de désarroi et d'impuissance, ainsi qu'un morcellement de la prise en charge, le traitement de l'incurie relevant de compétences d'acteurs variés dans le secteur social, médical ou de la lutte contre l'habitat insalubre. De fait, qu'il s'agisse des communes, Agences régionales de santé (ARS), Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), services des préfectures ou encore des Directions départementales des territoires (DDT), les professionnels

¹¹⁴ Pour reprendre le titre d'un numéro de la revue Lien Social daté de 2011.

¹¹⁵ La question de la fin de vie se pose avec une acuité particulière lorsque l'accueil des personnes est sans limitation de durée, comme c'est le cas notamment dans les Pensions de famille. C'est pourquoi des séances d'analyse de la pratique sont organisées par une psychologue au sein de la Fondation Abbé Pierre pour permettre aux professionnels de son réseau de Pensions de famille d'échanger sur les expériences vécues, souvent très douloureuse, pour les résidents comme pour les équipes qui les accompagnent.

¹¹⁶ Jean FURTOS, « Habitat insalubre et absence de souci de soi », *Les actes du Colloque international sur le thème Habitat insalubre / santé*, 20 et 21 mai 2005.

intervenant dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne peinent à résoudre les situations d'incurie avec les outils juridiques et techniques qu'ils mobilisent habituellement...

Des difficultés de collaboration sont pointées, par exemple, par ce bailleur social : « *Contrairement au secteur social, on a du mal à trouver le bon relais sur le volet médical. On est perçu comme un interlocuteur moins légitime. Dans le médical, surtout la psychiatrie, on ne parle pas le même langage, on n'a pas les mêmes codes, il y a le secret médical... Même avec les assistantes sociales du CMP on a du mal. La psychiatrie a du mal à s'ouvrir. C'est aussi lié au fait que c'est un secteur qui est peu développé sur certains territoires.* »

Lorsque les situations sont repérées et prises en charge, les acteurs font état de procédures particulièrement chronophages et lourdes, sachant que les démarches d'accompagnement ne sont pas toujours bien acceptées par les ménages, comme en témoigne cet acteur associatif : « *J'ai l'exemple d'une dame qui a plein d'animaux chez elle. Elle a 10 hamsters, 10 chats, 2 chiens, un serpent... Elle garde tout, même un bout de tasse... Elle ne veut pas se séparer de ses animaux. On a fait 3 sacs poubelle en 3 matinées. On essaie de la persuader, mais il faut tout négocier, ça n'avance pas. Elle voit mon collègue psychologue. Elle est fragile, tout est sujet à lui provoquer une dépression. Elle est fixée sur ses positions et c'est dur de faire bouger les lignes.* »

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉS PAR L'ALPIL¹⁴⁷ DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE MONSIEUR E., EN SITUATION D'INCURIE

Âgé d'une soixantaine d'années, Monsieur E. réside en maison-relais. L'ALPIL a été alertée par la structure à l'été 2012 en raison de la dégradation de sa situation : son logement est rempli d'objets (détritus, appareils électroménagers neufs et emballés) atteignant le plafond et empêchant l'ouverture des fenêtres. Les risques sanitaires sont nombreux du fait du volume d'entassement, de la présence de cafards et des odeurs émanant du logement. Monsieur E. est régulièrement en conflit avec les autres locataires, incommodés par les objets qu'il dépose dans la cour commune. Par ailleurs, son état de santé physique (diabète) et psychique semble se dégrader. Des contacts sont alors établis avec une Équipe mobile psychosociale (EMP). Ses premières démarches sont toutefois freinées par l'hospitalisation de Monsieur E. Amputé d'un orteil à cause de son diabète, Monsieur E. n'est pas orienté vers un service de soin en psychiatrie à sa sortie d'hôpital et rentre chez lui.

La prise de contact est difficile pour l'équipe de l'ALPIL : Monsieur E. reconnaît son problème d'entassement mais déclare préférer le gérer par ses propres moyens. Une première visite en présence d'un médecin et d'un infirmier de l'EMP se déroule relativement bien, mais Monsieur E.

¹⁴⁷ Action Lyonnaise pour l'Insertion Sociale par le Logement.

refuse toute idée de soin ; il accepte une nouvelle visite. Au fil des mois, sa situation semble s'améliorer et l'entassement dans son logement diminue. L'ALPIL se rapproche d'une association gérant des ACT¹¹⁸ en vue d'un éventuel relogement et d'un projet de soin.

En avril 2013, l'ALPIL est à nouveau interpellée par le bailleur : les entassements ont repris. La situation est tendue au sein de la maison-relais et Monsieur E. risque l'expulsion. Les échanges entre Monsieur E., très agité et les autres partenaires (EMP, association gérant les appartements thérapeutiques) sont également tendus. Ces derniers considèrent qu'une hospitalisation psychiatrique est nécessaire avant d'envisager tout relogement. Début juillet, face au refus de Monsieur E., l'EMP renonce à l'accompagner dans un parcours de soins psychiatriques. Dans le même temps, un voisin signale à nouveau la situation de Monsieur E. au service communal d'hygiène et de santé (SCHS). L'ALPIL se rend à nouveau au domicile de Monsieur E. qui exprime le souhait d'être assisté par une aide-ménagère et réitère son souhait de changer de logement. L'ALPIL prend contact avec le SCHS. Hospitalisé durant l'été, Monsieur E. rentre à son domicile début septembre. À la suite d'une visite, le SCHS constate l'état d'accumulation dans le logement. Malgré ses engagements à débarrasser son logement, Monsieur E. ne répond plus au téléphone. Face à son refus d'accompagnement, la situation est bloquée.

D'une manière générale et quelle que soit la nature des troubles rencontrés chez les personnes mal-logées, l'amélioration des conditions de logement est un enjeu majeur, pour éliminer à la source une des causes — ou facteurs aggravants — des problèmes de santé. Or à cet égard, les interventions des acteurs du logement ne peuvent ignorer la relative fragilité des personnes qu'ils accompagnent dans leur relogement ou l'amélioration de leur cadre de vie.

¹¹⁸ Appartements de coordination thérapeutique.

DÉCLOISONNER LES RÉPONSES

L'enchevêtrement des problèmes de santé et de logement complique leur prise en charge par des professionnels souvent démunis, les problématiques étant traitées de manière séparée par des acteurs qui coopèrent peu. « *On est face à une imbrication de difficultés auxquelles on ne peut pas répondre simultanément : renouer les soins prend un mois mais trouver une solution de logement adapté va prendre des mois, voire des années. La prise en charge globale de la personne est en quelque sorte bloquée par la question du logement* » (un intervenant dans le cadre des Ateliers Santé Ville).

Bousculés par l'imbrication des difficultés et la massification des besoins, **les professionnels et les institutions se renvoient la responsabilité de leur prise en charge : du médical vers le social, et réciproquement.** Avec deux conséquences majeures : celle de complexifier les parcours d'insertion par le logement d'une part, et le traitement des problèmes de santé de l'autre.

Comment sortir de ce cercle vicieux ? Pour développer une réponse adaptée et décroiser les approches médicales et sociales, certains registres d'intervention et principes d'action sont à promouvoir :

- Se donner les moyens de détecter et d'intervenir de manière précoce auprès des personnes qui en ont besoin, dans la logique de l'« aller vers » afin de faire émerger la demande de soin,
- Partir de la situation des personnes et de leurs besoins, pour adapter les dispositifs plutôt que l'inverse,
- Développer l'accompagnement pluridisciplinaire et les partenariats entre le monde médical et les acteurs du logement, privilégier un traitement global et durable des problématiques, dans une logique de prévention et de promotion de la santé, en intervenant à la fois sur le logement et les besoins de ses occupants.

Un certain nombre d'évolutions rendent aujourd'hui une meilleure coordination des approches logement et santé d'autant plus nécessaire. C'est le cas en particulier du **développement de la médecine ambulatoire**. Engagé dès les années 1970 dans le champ de la psychiatrie, le virage ambulatoire est amorcé depuis quelques années dans le secteur de la médecine somatique et se voit renforcé par la loi HPST. À travers le développement des soins ambulatoires, il s'agit principalement d'écourter et même d'éviter les séjours en milieu hospitalier en délivrant davantage de services au plus près des milieux de vie (développement de l'hospitalisation à domicile et plus généralement des

soins à domicile) et en privilégiant le recours aux soins primaires. Ce « virage » s'inscrit dans un contexte où le système de santé est confronté à de nouveaux défis liés aux évolutions médico-sociales de la société, comme l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (principalement le cancer, le diabète, l'asthme et les maladies psychiques) accentuée par l'allongement de la durée de vie. Aussi, **la prise en compte des plus démunis dans ce système de soins en pleine évolution doit faire l'objet de toutes les attentions**, alors que la tendance qui se dessine conduit au contraire à les exclure de ce mode de prise en charge, du fait de leur précarité sociale (isolement et absence d'hébergement fixe ou décent).

De l'hébergement au logement, proposer des réponses adaptées

Le virage ambulatoire impose de coordonner l'action médicale et sociale et requiert des savoirs-faire particuliers au regard notamment de la faible expression de leurs besoins par les personnes en situation d'exclusion. À défaut de prise en charge par d'autres structures sanitaires et sociales, des dispositifs médico-sociaux spécifiques variés, de l'hébergement « à bas seuil » à l'appartement associatif, permettent d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique.

- **Adapter l'offre d'hébergement pour intégrer les problématiques de santé**

Certaines structures tentent de s'adapter en faisant évoluer leurs conditions d'accueil et de fonctionnement. C'est le cas au CHRS « Accueil Carteret » à Lyon, géré par l'association Alynéa, qui accepte les personnes sans condition, avec leurs addictions ou leurs animaux de compagnie, ou du CHU Milada dans le Val-d'Oise. L'adaptation aux besoins et au rythme de la personne est au cœur du projet de ces structures « à bas seuil » d'exigence.

LE CHU MILADA DANS LE VAL-D'OISE, POUR SORTIR DE L'URGENCE

Le Centre d'hébergement d'urgence (CHU) Milada — ou maison Milada — a été créé en 2006, sur décision du chef de service des urgences de l'époque de l'hôpital de Pontoise, suite à un drame survenu en 2006. « *De nombreux SDF venaient directement aux urgences sans passer par le 115. Une nuit, l'un d'entre eux est décédé dans le couloir des urgences sans que personne ne s'en aperçoive. Le chef de service a alors décidé de mettre à disposition des locaux vides et a proposé à l'association « Espérer 95 » de gérer la structure de manière expérimentale* » (directrice du CHU). L'expérience a été satisfaisante et la capacité d'accueil est aujourd'hui de 17 places.

Sur orientation du service des urgences ou d'autres services du centre hospitalier, Milada se donne pour missions d'accueillir, stabiliser voire insérer des personnes vivant à la rue depuis de nombreuses années et présentant des graves problèmes de santé physique (cancer, cirrhose...) ou mentale. Pour 15 places, la durée du séjour varie de quelques jours à quelques mois (voire années), en fonction des souhaits des résidents. Les deux dernières places sont réservées à de courts séjours de quelques jours pour des personnes orientées par la Maraude.

La Maison Milada est une structure « à bas seuil ». Son fonctionnement reste adaptable et informel. Le règlement intérieur est appliqué de manière souple selon le parcours de la personne, sa situation et les règles qu'il peut intégrer.

Si la plupart des CHRS bénéficient au moins ponctuellement de l'intervention de professionnels de santé dans la structure (médecins libéraux, EMPP, CMP) d'autres, plus rares, ont réussi à établir des conventions de partenariat, organisant l'intervention plus régulière et formalisée d'un infirmier, par exemple. Cela permet, en outre, d'instaurer un relais facilité avec les structures de droit commun et l'accès aux soins des personnes, de sensibiliser et d'accompagner les professionnels des deux bords.

De même, bien que les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent rarement dans les centres d'hébergement, des « SSIAD précarité » se développent parfois. C'est le cas à Lille, à l'initiative de l'ARS Nord-Pas-de-Calais en 2013, dans le but d'éviter les hospitalisations à répétition et de permettre à des personnes éloignées des soins d'y accéder et de suivre correctement leur traitement.

• Le Logement d'abord, étape du processus de rétablissement

L'hébergement toutefois n'est pas un passage obligé. Dans le prolongement du rapport sur « la santé des personnes sans chez-soi » de 2009, les ministres du Logement et de la Santé ont lancé l'**expérimentation « Un chez-soi d'abord »**, qui s'inspire du programme « Housing First » mis en œuvre aux États-Unis et au Canada, et vise à favoriser l'accès direct et le maintien dans un logement des personnes privées de domicile personnel et atteintes de troubles psychiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) ou présentant des addictions. S'inscrivant dans le cadre de la politique du « logement d'abord », l'expérimentation renverse la logique du parcours logement traditionnel consistant à rechercher en premier lieu un hébergement pour aller progressivement vers le logement temporaire puis durable. *« L'idée est que le logement a en soi des vertus sécurisantes et thérapeutiques »* (coordinateur Paris du programme « Un chez soi d'abord »).

L'EXPÉRIMENTATION « UN CHEZ-SOI D'ABORD »

À partir de 2012 et pour une durée de 3 ans, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » est lancée à **Paris, Lille, Marseille et Toulouse**. Sur chaque territoire, le programme est mis en œuvre par des **porteurs associatifs et hospitaliers**, en lien avec des partenaires locaux (Préfectures, Directions départementales de la cohésion sociale — DDCS —, ARS, collectivités locales, acteurs du logement et associations).

Les logements sont captés dans le parc public ou privé par l'association locale, qui sous-loue le logement au bénéficiaire. À terme, les logements offrent une perspective de glissement de bail permettant au ménage sous-locataire d'en devenir titulaire. Le dispositif se veut sécurisant pour les bailleurs qui ont la garantie du paiement des loyers et de la remise en état du logement.

Repérés par les acteurs de terrain (EMPP, CMP, centres d'accueil de jour, etc.), **700 ménages en itinérance et souffrant de troubles psychiques sévères** participent à l'expérimentation. Sur chaque territoire d'expérimentation, 2 cohortes de 100 ménages ont été définies pour chaque secteur (2 fois 50 à Paris) : **100 ménages « bénéficiaires »** de l'expérimentation et **100 ménages « témoins »**, sans accompagnement particulier, soumis au droit commun.

Les ménages bénéficiaires se voient proposer **un accompagnement assuré par une équipe médico-sociale**, composée de professionnels de santé (infirmier, médecin, psychiatre, addictologue), de professionnels de l'action sociale, du logement ou encore de médiateurs de santé-pairs (ayant connu la rue ou présentant des troubles psychiques). **Le ratio est d'un professionnel pour 10 patients**, permettant une fréquence d'accompagnement élevée : jusqu'à 2 rencontres par jour, 6 jours sur 7, 12 heures par jour. Un système d'astreinte permet d'intervenir en cas d'urgence, sans contrainte de soin ni de traitement. « *La notion de choix est essentielle car elle permet de travailler sur les freins pour rester dans le logement* » (coordinateur Paris).

Dans l'attente du bilan, plusieurs enseignements peuvent être tirés :

- 750 personnes ont été incluses dans l'expérimentation dont 350 logées,
- L'un des enseignements majeurs est **le caractère non prédictif de la capacité à habiter des personnes. La pathologie ne prédétermine pas la réussite ou non du relogement**. En décembre 2014, la DIHAL précisait qu'après 2 ans d'expérimentation, **86 % des personnes logées occupaient toujours leur logement** après avoir connu des parcours très chaotiques, alors que toutes souffrent d'une pathologie mentale sévère et 90 % d'addictions,
- Les parcours de soin et la qualité de vie des personnes s'améliorent significativement (« *on diminue les symptômes* »),

- Enfin, il faut souligner le faible nombre d'incidents (notamment en lien avec le voisinage) constatés en trois ans. Les bailleurs n'ont pas plus de problèmes avec cette population qu'en moyenne, à condition d'être réactif en cas de problème,
- Certaines difficultés ont néanmoins émergé, en particulier la difficulté à mobiliser une offre de logements sociaux, les organismes Hlm étant parfois rétifs à entrer dans l'expérimentation.

La stratégie de soins se fonde sur le concept de « rétablissement¹¹⁹ », au centre duquel se trouve la participation des usagers, à l'organisation des soins aussi bien qu'à des activités communautaires. Le processus de rétablissement revendique le « pouvoir d'agir » des patients. Au-delà de la maîtrise des symptômes, il s'agit pour ceux-ci de retrouver un rôle valorisant et une estime de soi. Ce concept est devenu un principe d'organisation des soins et de prise en charge de la maladie dans différents services de santé mentale aux États-Unis et au Royaume-Uni. Dans le cadre de l'expérimentation nationale, l'implication des usagers en tant que « médiateurs de santé-pairs » ou encore dans le comité de pilotage et de recherche de l'expérimentation nationale, répond à cet objectif.

« L'idée du rétablissement, c'est de mettre la personne au centre (...). La maladie mentale c'est une chose mais pour aller mieux, la personne a aussi besoin d'un travail, de voir sa famille... Pour ça, il faut que la personne soit soutenue, en tant que personne et non en tant que malade. Il faut que la personne retrouve son pouvoir d'agir. » (psychiatre, équipe mobile de Marseille)

« On est partenaire de cette personne. La logique est inversée. C'est à elle d'établir ses priorités, de les exprimer. Pour certains participants, c'est aussi un pas de côté par rapport à l'accompagnement qu'ils ont connu auparavant. On leur dit : « vous exprimez une difficulté, c'est à vous de voir comment vous pouvez faire ». On n'apporte pas forcément une réponse. On propose des choix. » (coordinateur Paris du programme « Un chez soi d'abord »)

La singularité des parcours et leur imprédictibilité obligent à mettre la personne au cœur et partir de ses besoins. Le sociologue Christian Laval interroge à cet aune le rôle parfois ambigu de l'accompagnant, chargé de juger de la « capacité à habiter » des personnes. *« Tantôt juge, tantôt avocat des bénéficiaires, (...), ce double jeu pose question. Comment ne pas soumettre*

¹¹⁹ Apparu aux États-Unis dans les années 1970, ce concept émane d'abord de mouvements d'usagers de la psychiatrie considérant que les personnes atteintes de troubles psychiques sévères étaient soumises à une « double peine » : les symptômes de la maladie et ses conséquences sociales (stigmatisation, isolement, etc.). Les chercheurs Rob Whitley et Robert Drake ont défini cinq dimensions au rétablissement : la dimension clinique (rémission des symptômes), la dimension fonctionnelle (avoir un travail, être indépendant), la dimension sociale (reprenre contact avec sa famille et ses amis, avoir un sentiment d'appartenance), la dimension physique (améliorer sa santé, avoir une bonne alimentation, faire de l'exercice), la dimension existentielle (avoir un but, donner un sens à sa vie, ne pas désespérer, faire de la place à la spiritualité).

le mouvement allant de soi de sollicitude vers l'autre vulnérable, à de fortes normativités d'activation orientées par l'action publique ? Au nom de quoi faudrait-il apprécier des capacités à habiter pour certains de nos concitoyens concernant un bien de première nécessité qui doit demeurer accessible à tous ?¹²⁰ »

Si les résultats de l'expérimentation sont encourageants, il s'agit également de continuer à mener une réflexion sur **les formes d'habitat (autres que le logement individuel) à développer pour les personnes souffrant de troubles psychiques** : « *Je pense que les programmes du type « Un chez-soi d'abord » sont à développer au maximum, ils peuvent convenir à une majorité de publics mais pas tous. Il faut peut-être aussi réfléchir à du logement moins diffus, ça peut être des résidences-accueils, de la colocation... L'important c'est de respecter la non-conditionnalité du traitement. Le soin ne doit pas être un pré-requis* » (psychiatre, équipe mobile de Marseille). C'est également le point de vue défendu par la responsable du pôle santé de l'association Abej : « *L'essentiel est d'apporter une réponse pertinente à chacun, il n'y a pas une seule et unique solution pour la prise en charge des personnes sans domicile. Celle-ci doit être adaptée en fonction de leur état de santé, de leur profil, de leurs souhaits. L'idéal est de proposer une palette de réponses* ».

- **Développer l'éventail des solutions de l'hébergement au logement pour répondre à la diversité des publics**

L'enjeu consiste à proposer un éventail de solutions adaptées permettant de s'adresser à l'ensemble des personnes et ce quel que soit le degré de « handicap » que constitue la maladie. En ce qui concerne plus particulièrement les personnes souffrant de maladie mentale, le Plan interministériel psychiatrie et santé mentale 2011-2015 plaide pour des formules en logement adapté (« *appartements associatifs, résidences accueil, familles-gouvernantes...* »), avec l'appui de la psychiatrie.

Certaines solutions ont été développées depuis les années 1980 à l'initiative du secteur psychiatrique, généralement à visée thérapeutique et avec un accès conditionné à la stabilisation du patient. D'autres expériences sont issues du secteur social qui, accueillant de plus en plus de malades psychiques au sein de ses structures, a cherché à développer un accompagnement et un parcours logement adapté en nouant des partenariats avec le secteur psychiatrique. Quoi qu'il en soit, l'intérêt de ces diverses solutions réside dans la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires et la recherche d'une cohérence des interventions pour une prise en compte globale de la personne.

¹²⁰ Christian Laval, « Actualités et sens de l'accompagnement au logement » in *Rhizome* n°51, janvier 2014.

L'ASSOCIATION ORLOGES : PROPOSER UN « LARGE PANEL DE SOLUTIONS »

Créé en 1980, l'Office Rhodanien de Logement Social (Orloges) offre un accompagnement (individuel ou collectif) aux personnes en souffrance psychique. Au moment de sa création, il s'agissait de permettre aux personnes « stabilisées » dans leur maladie et disposant des ressources nécessaires, **d'accéder à un logement de droit commun moyennant un accompagnement adapté, afin de pouvoir vivre hors de l'hôpital** : « À l'époque, c'était très novateur. Jusqu'en 1975, ces personnes n'avaient pas de ressources et ne pouvaient donc pas accéder à un logement. On était dans une forme asilaire. Les fondatrices de l'association travaillaient à l'hôpital psychiatrique et voyaient que les personnes n'avaient pas de lieu à soi. Elles se sont dit que si les personnes étaient stabilisées dans leur maladie, elles pouvaient accéder à un logement de droit commun, et vivre hors de l'hôpital » (Orloges). L'association accueille des personnes seules, plutôt isolées, « stabilisées » dans leur maladie et qui suivent leur traitement. Elle **gère plusieurs dispositifs et établissements à Lyon et les communes avoisinantes : deux résidences-accueil, un CHRS et un foyer d'hébergement** composé de places en hébergement individuel ou en appartement collectif. La durée du séjour est de 24 mois maximum. « Pour nous, le logement ce n'est pas forcément pour tout le monde, ce n'est pas la panacée. Il y a aussi les résidences accueil, les appartements d'essai. Il faut un large panel de solutions : des lieux au long cours, des lieux thérapeutiques » (Orloges)... À l'issue de cette expérience, un autre projet est défini avec le ménage. L'association dispose également de six places en **appartements d'essai**, destinées à évaluer les capacités du ménage à vivre seul dans un logement autonome (gérer le quotidien, vivre seul, etc.) : « On a toujours privilégié du bail glissant mais si la personne est trop fragile et qu'on ne peut pas faire glisser le bail, on s'est dit que c'était un investissement psychique massif mais aussi financier pour la personne : achat de meubles... On s'est dit que ce serait peut-être bien d'expérimenter la vie en logement pendant 3 mois. Le logement est complètement équipé et les gens s'y installent. Au bout de 3 mois, soit on oriente la personne sur un bail glissant, soit on maintient les liens thérapeutiques, soit on favorise l'accès à un logement de droit commun. » **Les appartements du CHRS et du foyer d'hébergement peuvent faire l'objet d'un bail glissant**, l'objectif étant que leurs occupants deviennent ensuite locataires. Ce fonctionnement apparaît particulièrement atypique par rapport aux logiques de travail des partenaires. « D'emblée, on cherche un logement qui sera celui dont les personnes seront locataires. Quand la personne entre en CHRS, ça veut dire qu'on a trouvé un logement. L'accompagnement dure 18 mois. » L'accompagnement est réalisé par une équipe de travailleurs sociaux, d'éducateurs et de CESF. Chaque ménage bénéficie d'un binôme d'accompagnateurs. Des temps collectifs et des sorties ponctuelles sont également proposés. Constatant que l'entrée ou la sortie des

dispositifs gérés par l'association pouvaient être source d'inquiétudes et générer des difficultés pour les ménages (rupture avec l'équipe de soin, rechutes, abandon de projet, etc.), **l'association a également développé des processus d'accompagnement structurants en amont et en aval des dispositifs.**

On peut également citer les appartements associatifs de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de Lille Métropole, destinés à 80 personnes présentant des troubles psychiatriques diagnostiqués et ayant fait acte de candidature, qu'elles défendent devant une commission. Les appartements proposés sont des grands logements sous-loués en colocation avec un partage des pièces communes par les occupants. Leur rénovation est assurée par l'association et sert d'activité support pour la mise en place d'activités chantiers encadrées par un éducateur. Chaque usager est suivi par un binôme infirmier/éducateur qui peut lui rendre visite à domicile entre trois fois par jour et une fois par mois.

« Aller vers » pour favoriser l'accès aux soins et au logement

Au-delà du mot d'ordre de « l'aller vers », désormais largement adopté dans le monde de l'accompagnement, il s'agit de prendre en compte la réalité des parcours et difficultés des personnes malades et précaires pour aller à leur rencontre.

- **Auprès des sans-domicile : repérer, diagnostiquer et renouer avec le soin**

Alors que nombre de troubles psychiatriques sont à ce jour non repérés, des pratiques d'intervention privilégiant l'« aller vers » doivent être favorisées pour permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques lourds non diagnostiqués de (re)nouer avec le soin.

Les Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) sont censées répondre à cet objectif : créées en 1995, elles interviennent directement sur les lieux de vie des personnes en précarité, que ce soit dans la rue ou au sein des établissements sociaux. Au-delà de la question des moyens et de leur couverture territoriale insuffisante en dehors des territoires urbains, des marges de progression importantes sont à souligner. La composition des équipes souffre souvent d'une sous-représentation des acteurs du champ social (assistants sociaux, éducateurs ou assistants socio-éducatifs), qui empêche de décloisonner les approches sanitaires et sociales comme le pratique par exemple l'équipe mobile de santé mentale communautaire de Marseille.

À MARSEILLE, L'ÉQUIPE MOBILE DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE DE L'AP-HM (MARSS)

À Marseille, l'Équipe mobile de santé communautaire a été créée en 2007 au sein de l'AP-HM, sous la coordination du Dr Vincent Girard, en lien avec Médecins du Monde et la Ville de Marseille. Sa mission première est d'accompagner les personnes à la rue présentant des troubles psychiques graves (schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de la personnalité) et éloignées du soin, en s'adaptant à l'environnement de la personne en allant sur les lieux de vie des sans-domicile pour les accompagner vers le droit commun. En janvier 2015, l'équipe se compose d'un médecin, un infirmier, un éducateur, un travailleur social, un psychiatre et un médiateur de santé (personne ayant déjà connu la psychiatrie et la vie à la rue). Les modalités d'accompagnement sont élaborées par l'ensemble des membres de l'équipe et la personne suivie. La notion de « soin » est entendue au sens large et ne se limite pas au champ de la santé : *« La plupart des EMPP ont un psychiatre, un infirmier mais il n'y a pas forcément d'éducateur spécialisé ou de travailleur social. Ça reste entre soignants. Alors que nous, on considère que l'ouverture des droits sociaux, c'est du soin. »*

Le principe d'une intervention mobile peut être décliné pour répondre à différents besoins en matière de santé pour les publics les plus précaires. C'est ainsi que le Samu social de Paris a créé en 2000 une Équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) pour mieux lutter contre les échecs thérapeutiques, particulièrement fréquents chez les patients sans domicile. L'EMLT agit auprès des partenaires pour les sensibiliser à la question et accompagne les patients en errance de structure en structure, en se mettant en quête d'un hébergement pérenne dès le déclenchement du traitement puis, en fin de traitement, dès lors que celui-ci ne justifie plus le maintien en LHSS ou au sanatorium, pour éviter un retour à la rue. L'EMLT travaille en étroite collaboration avec les Lits Halte Soins Santé (LHSS) qui assurent la surveillance de la prise du traitement et la gestion des examens médicaux.

Soigner les plus précaires c'est aussi mettre en place un réseau de professionnels autour de personnes souffrantes. *« Et c'est d'autant plus vrai pour les personnes sans domicile qui ont perdu la capacité à activer seules ce maillage social, médical et relationnel nécessaire à l'équilibre de tout un chacun »* (association Abej). Les initiatives, souvent de bon sens, sont nombreuses. Entre autres exemples au sein de la Fondation Abbé Pierre : la Boutique solidarité de Gagny a invité un médecin de ville à venir y tenir une permanence sur place, une fois par semaine. Celles de Metz, Valenciennes ou Saint-Denis de la Réunion ont noué un partenariat avec Médecins du Monde. La Pension de Famille de Voiron a recruté une infirmière.

QUAND GROSSESSE RIME AVEC ERRANCE, L'ACCOMPAGNEMENT DE SOLIDARITÉ PARIS MAMANS (SOLIPAM)

À la différence d'un réseau de santé périnatal « classique », le **réseau de santé SOLIPAM**, créé en 2006, est **dédié aux femmes en situation de grande précarité et d'errance — souvent migrantes ou sortants de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)**. Il travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires issus du secteur médical et social qui orientent les femmes vers SOLIPAM : Hôpitaux-maternités, Réseaux périnatalité, PMI, CAFDA, Samu social de Paris, SIAO, etc. De plus, les femmes sollicitent également SOLIPAM directement lorsqu'elles se trouvent en difficulté, ce qui a conduit le réseau à développer un numéro vert pour faciliter la prise en charge de ces demandes. Chaque femme est suivie par un **binôme sage-femme/assistant-e social-e** avec un numéro de portable afin de pouvoir suivre le plus longtemps possible les femmes incluses dans le réseau et éviter les ruptures de soin.

Réseau secondaire et transversal, Solipam intervient en assurant le lien avec les professionnels du territoire où se trouve la femme suivie pour organiser son parcours de soin et tenter de stabiliser son hébergement : *« On n'est pas en substitution, on est là pour alerter et construire un filet de sécurité »*. Dès sa création, le réseau visait à mettre autour de la table tous les acteurs de l'urgence, du social et du médical. Pourtant, la coordination reste complexe : *« on se confronte à toutes les rigidités structurelles. Pour une prise en charge, c'est au minimum dix coups de fil »*.

• Pour les personnes logées, l'importance des visites à domicile

Autant les personnes en errance ou à la rue sont souvent relativement visibles dans l'espace public, autant les ménages en difficulté dans leur logement peuvent rester oubliés des acteurs sociaux, s'ils n'engagent pas de démarche volontaire ou si un tiers ne les signale pas. **C'est pourquoi la visite à domicile est importante et vertueuse, selon les professionnels sociaux et médicaux investis auprès des personnes en situation d'exclusion.** Le simple fait d'aller chez les personnes pour constater que les conditions de logement ne sont pas dignes est important et peut réenclencher une démarche de demande d'aide pour des ménages qui avaient pu, à un moment, baisser les bras. Elle est importante aussi car elle permet de révéler des situations que les ménages ont tendance à cacher, du fait de la honte ressentie. La visite à domicile permet enfin de rétablir du lien en cas de rupture de soins. C'est le cas pour les personnes en situation d'incurie, rarement conscientes de leur pathologie ou désireuses de l'affronter. Les travailleurs sociaux doivent donc parfois repérer des besoins connexes, par exemple l'ouverture de droits sociaux,

afin de pouvoir entrer au domicile, de gagner leur confiance et d'entamer un accompagnement médico-social¹²¹.

Les visites familiales par les médecins généralistes constituent également un enjeu majeur de prise en charge d'actions de sensibilisation et de dépistage des situations d'habitat insalubre¹²². Leur traitement nécessite **une mobilisation pluridisciplinaire, associant les services habitat, hygiène et santé, mais aussi immobilier des villes** et le financement de diagnostics techniques dans le logement, dont le coût constitue un obstacle au dépistage des situations à risque pour ces ménages précaires.

LES COURSIERS SANITAIRES ET SOCIAUX

Déployés en Seine-Saint-Denis et dans plusieurs départements et villes de province, les coursiers sanitaires et sociaux sont un dispositif d'assistance pour les patients en difficultés sociales ou psycho-sociales qui permet aux médecins généralistes de se focaliser sur la dimension médicale de leurs patients. Face à un patient en situation complexe, avec l'accord de ce dernier, le médecin généraliste prend contact avec un coursier, travailleur social ou professionnel de santé polyvalent. Le diagnostic socio-sanitaire est réalisé au domicile et un plan d'actions est établi. Le médecin traitant en est informé et un « reporting » lui est régulièrement adressé. Le patient est accompagné en tant que de besoin, dans ses différentes démarches socio-administratives. S'il ne peut pas se déplacer, les démarches sont réalisées par le coursier en son nom.

Décloisonner les actions sur la santé et sur le logement

- Repérer les problématiques de santé :
l'enjeu de la sensibilisation des acteurs du logement

Confrontés depuis plusieurs années aux troubles de santé mentale de leurs locataires, les bailleurs du parc social (Hlm, logement d'insertion...) ont aujourd'hui un défi à relever : faire évoluer leurs pratiques d'accompagnement pour maintenir dans leur logement des personnes qui posent des difficultés importantes de gestion (impayés qui s'enlisent, troubles du voisinage, agressivité...), comme pour y faire accéder de manière sécurisée des personnes qui ont des parcours chaotiques. C'est pour répondre à cette problématique que le bailleur Toit et Joie (suivi par d'autres bailleurs franciliens) a souhaité, en partenariat avec l'association Aurore, expérimenter le principe d'une équipe mobile chargée d'aller au devant des locataires en souffrance psychique.

¹²¹ ALPIL, ARS, Présentation du dispositif expérimental : prise en charge des situations de l'incurie dans l'habitat.

¹²² Françoise Morel, « Dépistage du saturnisme infantile par le médecin de famille », *La revue du praticien - Médecine générale*, n°531, mars 2001.

L'IMPLICATION DES BAILLEURS SOCIAUX EN FAVEUR DES LOCATAIRES PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE⁵ : L'EXPÉRIMENTATION TOIT ET JOIE / AURORE

La création en 2011 du pôle social de Toit et Joie a mis en lumière au sein de cette société Hlm, qui gère aujourd'hui plus de 13 000 logements dans plus de 70 communes en Île-de-France, un certain nombre de dossiers en « souffrance ». Malgré de multiples tentatives, une trentaine de situations étaient trop complexes pour être résolues en interne, la plupart du temps pour des raisons médico-sociales. Alors que l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » se mettait en place, Toit et Joie s'en est inspiré pour « transposer » le principe des EMPP au logement, pour intervenir auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale qui ne sont pas en demande.

L'objectif était d'aller au-devant des locataires en souffrance qui échappent aux mailles du filet de l'intervention sociale, notamment pour éviter les expulsions. Les équipes de Toit et Joie, en particulier les gardiens d'immeubles, ont donc été formés à la question en synergie avec les acteurs locaux de la santé mentale. Les salariés ont été sensibilisés au **repérage des premiers symptômes de situations critiques** : troubles de voisinage récurrents, impayés non traités faute de contact, comportement agressif, dégradations, repli et isolement dans le logement... Composée de 5 psychologues, l'équipe mobile de l'association Aurore intervient à la demande de Toit et Joie : investigation en lien avec le gardien, visite à domicile, évaluation de la situation, échanges d'informations en réunissant tous les intervenants effectifs ou potentiels, amorce d'une relation thérapeutique en recherchant l'adhésion du locataire.

Les premiers éléments de bilan sont prometteurs. Parmi les publics suivis, quelques situations prises en charge ont déjà montré des signes positifs d'évolution : adhésion des personnes, décohabitation mère/fils, etc. Le personnel de Toit et Joie s'est montré très intéressé par l'action. Les gestionnaires techniques de patrimoine viennent désormais spontanément alerter sur des situations. Progressivement, de manière informelle, se met en place une analyse des pratiques autour de ces cas concrets.

Pour l'équipe mobile, c'est l'occasion de réinterroger ses pratiques : jusqu'où aller dans la recherche d'adhésion des personnes ? Peut-on aller contre leur volonté ? Quelles limites poser dans une intervention visant, en filigrane, à « normaliser » des comportements ? Pour Aurore, il s'agit de veiller à ne pas basculer dans les travers du contrôle social. Autre questionnement : la recherche d'une bonne articulation des interventions dans le respect des rôles et des compétences de chacun.

¹²³ « Le logement Hlm accompagné. Les démarches des organismes » in *Repères politiques sociales* n°8 bis, Union Sociale pour l'Habitat, septembre 2015.

Ainsi, par exemple, veiller à ce que les conseillers en économie sociale et familiale (CESF) ne supplantent pas les psychologues.

Une amélioration de la mobilisation des partenaires est soulignée, même si certains restent difficiles à associer, à l'instar de CMP débordés, de tutelles ou de services gérontologiques peu sensibilisés. La question de la pérennité du financement de l'action reste cependant le principal point d'achoppement, malgré les financements croisés du bailleur (à raison de 2 800 euros par locataire et par an), du Fonds d'intervention sociale (FIS) des Entreprises sociales pour l'habitat (ESH) et de la DIHAL, dans le cadre de l'appel à projet « *Innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès au logement* ».

• Agir sur le bâti et prendre en compte le bien-être des habitants

Les acteurs sociaux et médicaux doivent coopérer, mais sans oublier les habitants eux-mêmes. Or, la perception par certains ménages des risques sanitaires liés à la vétusté et à la dégradation du logement apparaît parfois limitée, ce qui explique la persistance de comportements contribuant à dégrader le logement et la qualité de l'air intérieur (utilisation d'un chauffage d'appoint, obstruction des bouches d'aération, mais aussi présence d'animaux domestiques, tabagisme...). **De nombreux acteurs locaux et nationaux (collectivités, instituts publics, observatoires, associations...) communiquent sur les « bons gestes » permettant par exemple de prévenir à moindre frais une humidité trop forte et la prolifération de moisissures** (ventiler pour éviter la condensation, éviter de faire sécher le linge à l'intérieur, réparer rapidement les fuites et infiltrations d'eau chroniques, laver les moisissures au vinaigre blanc...) ¹²⁴. Certaines de ces recommandations apparaissent cependant inadaptées à l'usage des logements neufs labellisés BBC, dont les nouveaux équipements nécessitent une appropriation par leurs occupants en matière d'aération par exemple.

Dans ce contexte, la diffusion des connaissances sur l'état du logement, ses usages et leurs conséquences sur la santé constituent un enjeu majeur mais sous-estimé par le grand public. Depuis le début des années 2000, des formations des conseillers médicaux en environnement intérieur sont mises en place, avec pour objectif d'informer et conseiller les occupants de logements souffrant de problèmes respiratoires. Des associations comme le PACT ou les Compagnons Bâtitisseurs ¹²⁵ développent également des actions d'accompagnement des ménages dans l'amélioration de leur logement ou de ses usages, visant à limiter la prolifération des polluants et moisissures dans l'habitat.

¹²⁴ Voir le site de l'OQAI : <http://www.oqai.fr/ObsAirInt.aspx?idarchitecture=182>.

¹²⁵ Accompagnement de 20 familles à Roubaix en 2006-2007 par le CAL PACT, grâce au financement du Plan régional actions santé environnement ; ateliers d'auto-réhabilitation accompagnée (ARA) coordonnés par les Compagnons Bâtitisseurs sur tout le territoire, qui s'accompagnent de l'organisation d'animations collectives régulières sur les travaux et les usages dans le logement.

Mais, de par leur complexité, les situations d'incurie dans l'habitat nécessitent quant à elles une prise en charge globale de la personne ne pouvant se limiter à quelques conseils pratiques et à la remise en état du logement. En effet, nettoyer le logement ne permet pas de résoudre durablement les difficultés rencontrées. Si cette intervention peut être obtenue par des outils coercitifs, l'usage de la force ne prévient pas les récurrences et peut même provoquer une aggravation de l'état psychique de l'occupant. Les problématiques propres à l'incurie imposent des stratégies mixtes d'accompagnement mêlant accompagnement social, accès aux soins, etc., comme l'indique l'ALPIL dans la présentation du dispositif expérimental mis en œuvre en partenariat avec l'ARS Rhône-Alpes.

DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'INCURIE DANS L'HABITAT (L'ALPIL ET L'ARS)

Constatant un accroissement des situations d'incurie dans l'habitat, l'ALPIL et l'Agence régionale de Santé ont élaboré un dispositif expérimental sur trois ans (2012-2015). S'appuyant sur une méthodologie non coercitive, le dispositif vise à aider les ménages en situation d'incurie à se réapproprier durablement leur logement.

« Avant cette recherche-action, on traitait les situations d'un point de vue sanitaire mais il n'y avait pas de suivi de la personne. L'ARS dispose d'un outil coercitif pour remettre le logement en état mais on s'est dit qu'il fallait faire autre chose. Même si c'est nettoyé, les gens remettent en mauvais état leur logement car leurs troubles n'ont pas disparu. On a donc décidé de former une équipe pluridisciplinaire pour accompagner les ménages vers le soin. » (chargée de mission de l'ALPIL)

Après sollicitation des services sociaux, le service environnement-santé de l'ARS oriente les situations repérées vers l'ALPIL qui en prend en charge une quinzaine par an. Sur la base d'un diagnostic partagé (besoins du ménage, attentes des partenaires), une équipe de l'ALPIL, composée de deux travailleurs sociaux et un psychologue clinicien, intervient au domicile des personnes. Différentes actions sont mises en œuvre : accompagnement psychologique, aide aux démarches administratives et au tri d'objets, coordination du partenariat, médiation (auprès du bailleur, du voisinage, etc.), recherche de financement des interventions sociales et techniques, supervision des interventions techniques, formation auprès des professionnels.

Le dispositif repose sur la coordination de différents partenaires : ARS, psychiatrie de secteur, protection de l'enfance, services sociaux de secteur et hospitaliers, médecine de ville, Direction départementale des territoires, entreprises et services spécialisés de nettoyage, bailleurs, familles et proches des usagers.

Le traitement du bâti est indispensable, mais n'est pas une fin en soi, comme le montre également le processus de **transformation des foyers de travailleurs migrants (FTM) en résidence sociale**. Ces travaux, réclamés de longue date en raison de la vétusté souvent choquante des foyers, permettent de réduire nettement certains risques sanitaires liés aux conditions de logement en foyer et d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées et handicapées. Mais cette transformation **peut également aggraver certaines pathologies**. Le passage aux chambres individuelles et l'absence trop fréquente de lieux collectifs sont **facteurs de déstabilisation et d'isolement** pour des résidents âgés, habitués à vivre en groupe et à veiller les uns sur les autres. « *La rupture du lien social est à l'origine d'un mal-être, de stress et de dépression pour les personnes âgées* » (Migrations Santé). **Le risque d'apparition de difficultés psychiques est particulièrement élevé lorsqu'intervient le relogement des résidents**, qui nécessite un accompagnement renforcé incluant une mission de veille sanitaire. Pour rompre l'isolement, les gestionnaires développent des actions en faveur d'une meilleure inscription des résidents dans la cité. Il s'agit surtout de faire participer les résidents aux prises de décision qui les concernent et de respecter leur vie communautaire.

- **Renforcer le rôle des acteurs locaux, en tant que coproducteurs de santé**

Les acteurs de la santé et du social s'accordent également sur la nécessité de promouvoir une approche intégrée des parcours de santé associant prévention, soin et prise en compte médico-sociale. En France, les ARS sont les principaux pilotes de cette démarche à travers les schémas d'organisation des soins ambulatoires ou encore des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ces documents de cadrage régionaux peuvent trouver une déclinaison territoriale à travers la signature de contrats locaux de santé (CLS) qui pourront bénéficier localement des dynamiques portées par les ateliers santé ville (ASV) ou les réseaux de santé...

Depuis 2002, **le Grand Lyon et l'État ont par exemple initié une démarche partenariale « Santé psychique et logement » visant à favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique**. Une convention de partenariat signée en 2013 associe différents partenaires : Grand Lyon, État, Conseil départemental, bailleurs, professionnels de l'action sociale, du médical et du médico-social et associations de malades, dans l'objectif d'élaborer des modes opératoires permettant de résoudre les situations les plus complexes et d'adapter les logements aux caractéristiques des ménages. Des partenariats garantissent aux bailleurs sociaux volontaires une continuité du soin, un suivi médico-social à travers un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH). « *Ça permet de rassurer le bailleur sur le fait que la personne n'est pas seule dans le logement* » (Grand Lyon).

De même, Lille Métropole s'est engagée, depuis 2006, dans une démarche « habitat et santé mentale » en vue d'encourager la coopération entre acteurs

de la santé mentale, du logement et les collectivités. Dans le cadre du PLH, Lille Métropole souhaite favoriser la construction de logements adaptés et inscrire les personnes en situation de handicap psychique parmi les publics prioritaires de la politique de peuplement communautaire.

À côté de ces actions institutionnelles, certains professionnels ont développé des réseaux de santé dédiés aux personnes précaires. Définis par la loi de 2002, après leur naissance dans les années 1980, ils se sont développés à partir d'initiatives militantes avec l'apparition de nouveaux problèmes de santé pour lesquels la dimension sociale est importante : les hépatites, les addictions (toxicomanie, alcoolisme, etc.), la gérontologie, le Sida... Si certaines expériences positives doivent être mises en avant, comme celle du réseau SOLIPAM en Île-de-France (voir ci-dessus) ou du réseau de santé solidarité Lille Métropole (voir ci-dessous), **le développement des réseaux de santé — précarité, mentale ou périnatale — reste encore fortement dépendant de la « bonne volonté » de médecins ou de personnalités engagées**, posant la question de leur pérennité. **Dès lors, l'appui des collectivités s'avère indispensable.** En outre, il apparaît également indispensable d'éviter l'étiquetage « précarité » qui conduirait à se substituer au droit commun. L'enjeu pour ces réseaux consiste donc à créer les relais quotidiens avec les médecins de ville, les pharmacies ou les hôpitaux généralistes pour anticiper la sortie des personnes vers le droit commun.

LE RÉSEAU DE SANTÉ SOLIDARITÉ LILLE MÉTROPOLE

Fondé en 2005 par de nombreux acteurs médicaux et sociaux locaux¹²⁶, le réseau Santé Solidarité Lille Métropole organise la prise en charge des personnes en situation de précarité dont les deux principaux freins à l'accès aux soins sont le défaut de couverture sociale (principalement pour les personnes étrangères, mais également des personnes endettées ou des travailleurs pauvres) et le non-recours aux soins.

Cette prise en charge coordonnée doit permettre à la personne suivie d'accéder à des soins immédiats (centres de santé, conventions d'accès aux plateaux techniques du CHRU et GHICL, convention avec l'EPSM-AL, liens avec les PASS) et à ses droits, pour bénéficier des dispositifs sanitaires de droit commun. Cette intervention vise à coordonner les services médicaux et sociaux et garantir la continuité des soins en confiant à une seule structure la régulation des LHSS, LAM et SSIAD précarité. **Le réseau participe aux commissions du SIAO** et est donc en position d'interpellation pour des cas complexes. Pour les résoudre, il **organise chaque mois des « interventions »** pour coordonner l'ensemble des acteurs et favoriser une prise en charge collective.

¹²⁶ ABEJ, MSL, CHRU de Lille, GHICL, EPSM Agglomération lilloise, URPS-ML, Ville de Lille, CMAO et Diogène.

L'objectif du réseau était dès le départ de favoriser des pratiques privilégiant « l'aller vers », grâce à des acteurs au plus près du terrain. La **maraude du Samu Social** intervient directement auprès des personnes à la rue et pose une première évaluation, qui permet de déclencher les services d'urgence sanitaire ou d'orienter les personnes dans l'un des deux centres de santé associatifs. Ces **deux centres de santé** sont complémentaires : l'Abej¹²⁷ accueille un public avec des droits ouverts mais qui n'est pas en demande de soins ; à l'inverse, Médecins solidarité Lille (MSL)¹²⁸ reçoit un public sans couverture mais en demande. En 2014, les deux centres de santé ont effectué près de 12 000 consultations. Enfin, **l'équipe mobile en santé mentale Diogène** bénéficie de professionnels de santé qui interviennent à mi-temps en maraude et à mi-temps à l'hôpital favorisant ainsi le lien entre les structures et assurant un rôle de médiateur facilitateur.

À la croisée de la politique de la Ville et des politiques de Santé, **les ateliers santé ville (ASV)**¹²⁹ ont été initiés par le Comité interministériel des Villes en décembre 1999. À la fois dispositif public et démarche locale, les ASV ont pour objectif de participer à l'amélioration de l'état de santé des habitants des quartiers défavorisés. L'expérimentation a été initiée à partir de l'année 2000 dans deux départements pilotes : la Seine-Saint-Denis et les Bouches-du-Rhône, avant d'être généralisée à partir de 2006 à tous les quartiers de la politique de la Ville.

Conçu comme un lieu de mobilisation et une instance de coordination des intervenants sur les quartiers prioritaires, l'ASV constitue une démarche d'animation territoriale dont l'objet est d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations les plus fragilisées, et de servir de point d'appui à une politique partenariale de santé. De nouvelles thématiques sont progressivement venues compléter les champs d'intervention investis par les premiers ASV (observation locale de santé, accès aux droits et aux soins, prévention et promotion de la santé) : la santé mentale et la souffrance psychosociale (notamment les addictions et conduites à risques), la santé et l'environnement (habitat indigne, saturnisme, qualité de l'air...) et le parcours de soins.

¹²⁷ Adossé à l'accueil de jour, le centre de santé Abej accueille un public qui n'est quasiment jamais en demande de soins. Ce dernier se rend à l'accueil de jour pour se doucher, prendre un petit déjeuner, chercher son courrier mais des agents d'accueil sont présents pour lui proposer de rencontrer un infirmier ou un médecin. L'objectif est ainsi de faire émerger la demande de soins. En complément, la halte de nuit ouverte en 2012, structure à bas seuil d'exigence (alcool toléré, animaux acceptés, casiers sécurisés, places nominatives, etc.), permet de rencontrer une partie du public le plus marginalisé et « invisible » des structures d'urgence habituelles. En raison de sa proximité avec le centre de santé, des suivis santé peuvent être proposés.

¹²⁸ Médecins Solidarité Lille (MSL) fonctionne comme un dispensaire qui accueille des personnes en demande de soins mais présentant un défaut de couverture sociale. Ce centre propose une offre de soins momentanée : médicaments gratuits, accès aux plateaux techniques de l'hôpital grâce à la signature d'une convention permettant d'envoyer les personnes reçues en consultation... Mais le principal objectif reste aussi l'ouverture des droits CMU ou AME pour favoriser très rapidement le retour au droit commun des personnes.

¹²⁹ L'atelier santé ville s'inscrit dans la loi relative à la lutte contre les exclusions, et constitue l'outil de mise en œuvre opérationnelle du volet santé du contrat de ville.

De la présentation de ces expérimentations, locales ou nationales, associatives ou institutionnelles, se dégagent certaines constantes, qui sont le gage de leur réussite pour sortir du cercle vicieux entre les problèmes de santé et de logement : **détection précoce, décroisement des pratiques sociales et médicales sans tomber pour autant dans une confusion des rôles, « aller vers »** pour atteindre des publics qui ne s'adressent pas aux guichets habituels, développement d'une **offre résidentielle** adaptée au suivi des pathologies des personnes précaires, **accès direct au logement** comme condition du rétablissement... Ces principes et pratiques, qui recueillent une approbation générale, mériteraient toutefois — pour être généralisés — un soutien politique fort au niveau national, et que l'accent soit mis sur des politiques de droit commun en matière de développement de logements accessibles, de rénovation des logements insalubres et une augmentation des moyens dédiés à l'accompagnement des personnes fragiles. Autant de conditions qui font actuellement cruellement défaut, dans un contexte de réduction des coûts plutôt que de prévention en amont des processus d'exclusion.

AGIR AVANT QU'IL NE SOIT TROP TARD : POUR DES POLITIQUES DE PRÉVENTION DES RISQUES

Quand les fragilités s'accumulent, une société dure avec les faibles

La lecture des témoignages — souvent poignants — des personnes heurtées intimement par des problèmes en cascade, de logement ou de santé — souvent concomitants — doit nous interpeller. La réponse à leurs problèmes ne peut s'effectuer de façon séparée en intervenant alternativement sur leurs problèmes de logement ou de santé. Il faut agir sur les deux en même temps, sans quoi les efforts consentis risquent fort de s'avérer peu probants.

Procurer un logement à une personne souffrant d'addiction ou à un grand précaire, sans accompagnement social et médical adapté, peut contribuer à isoler le patient, voire conduire à une situation de « décompensation » et de dégradation de l'état de santé au moment d'emménager dans un logement stable. Intervenir dans le logement dégradé d'une personne en situation d'incurie, dont les troubles psychologiques l'amènent à dégrader elle-même son habitat, sans prendre en charge sa pathologie, est peu utile, voire contreproductif dans certains cas.

Le désordre du logement peut n'être qu'un symptôme de la maladie, tout comme certaines pathologies ne sont que des symptômes d'un logement indigne. **Soigner sans fin** les problèmes d'asthme, de toux ou de manque de sommeil des enfants qui vivent dans des passoires thermiques **est un puits sans fond**. Il en est de même quand les professionnels de santé s'épuisent à mettre en place des parcours de soins entre deux évacuations de bidonvilles qui interrompent les traitements.

Tout comme les personnes en difficulté, dans leur vie quotidienne, sont aux prises avec des problèmes qui peuvent sembler insolubles, quand se cumulent la maladie d'un proche, la recherche d'un logement stable et le manque de revenus, les acteurs sociaux se débattent entre des logiques sectorielles qui se croisent trop rarement. **Ces défis, toujours complexes et chaque fois différents**, nécessitent un suivi individualisé, non-standardisé, par des professionnels de différentes disciplines, jusqu'au domicile des personnes pour les atteindre là où elles sont, avec leurs pathologies, leurs difficultés, leur singularité, leurs choix aussi.

Les travailleurs sociaux, les bailleurs et les élus trouveront dans les expérimentations et bonnes pratiques présentées dans le chapitre des principes d'action solides, qui ont fait leurs preuves, à condition de

réinterroger sans cesse leurs habitudes. « Aller vers », « faire avec », « Logement d'abord », travail en équipe, repérage en amont, accès aux droits... : **les recettes qui marchent sont connues, même si elles ne réussissent pas à chaque fois.**

C'est ainsi que le pari du « Logement d'abord » peut être remporté. Les expériences locales montrent qu'il n'existe pas de prédictibilité en fonction de l'état de santé, de la réussite ou non d'un relogement pour une personne malade. Tous les moyens adaptés à la situation de chacun doivent être mis en place, avec l'objectif de retour *in fine* au droit commun, quand les personnes s'y sentent prêtes, en aménageant autour d'elles un écosystème de soins et de recours pour trouver les solutions adéquates au moment de l'apparition des problèmes. Les dispositions adaptées sont nécessaires — à condition de ne pas y enfermer les bénéficiaires et de leur permettre de « glisser », immédiatement ou progressivement en fonction de leurs choix et de leur état, vers le contrat de bail.

En somme, les politiques à mener auprès des personnes mal-logées fragilisées sur le plan sanitaire ne sont pas très éloignées des meilleures pratiques destinées à la population générale. À la différence près que, **tout comme la maladie révèle avec acuité les carences du système de logement, elle nécessite avec encore plus de force des pratiques sociales et médicales à la pointe.** Les personnes atteintes de pathologies poussent à leur paroxysme les défis de l'accompagnement. Comment « aller vers » des personnes qui parfois fuient la prise en charge ou nient leurs difficultés ? Comment faire avec des personnes au comportement troublé, voire dangereux, pour eux-mêmes ou leur entourage ? Comment soigner ou reloger des personnes qui parfois s'y refusent ?

En définitive, le sort réservé aux personnes atteintes de diverses pathologies, en particulier des pathologies mentales, en dit beaucoup sur l'inhumanité ou la grandeur de notre société et de son traitement des plus fragiles. Inhumanité d'une société bien souvent dure avec les faibles, où l'on n'a pas toujours droit à une seconde chance, où le système social lui-même semble être devenu compétitif, attendant de ses « bénéficiaires » qu'ils se conforment à des injonctions multiples, où l'attribution d'un logement n'est pas toujours un droit mais souvent le résultat d'un parcours d'obstacles réussi. Un système d'aide sociale qui, dans un contexte de pénurie de logements, laisse peu de place à la déviance, où le jugement moral sur le comportement de tel ou tel candidat a vite fait d'écarter ceux qui n'entrent plus dans les cases de plus en plus étroites. Mais aussi grandeur quand ce système d'aide sociale, à bien des endroits, est capable de réinventer des filets de sécurité innovants pour ceux qui échappent à la protection sociale générale, s'efforce d'adapter les réponses aux personnes plutôt que l'inverse. Le problème réside principalement dans le fait que les mailles

du filet de la protection sociale générale laissent échapper de plus en plus de personnes, qu'elles soient en situation irrégulière, handicapées physiques ou en souffrance psychique, chômeurs de longue durée ou non-indemnisés, ignorantes de leurs droits...

Bien connaître pour mieux prévenir

Dans ces zones grises de la précarité, entre invisibilité des publics et méconnaissance plus ou moins grande des mécanismes d'exclusion, **l'enjeu de la connaissance des liens entre l'état de santé et les conditions de logement, est un préalable à une action publique qui ne se contenterait pas de guérir tant bien que mal la souffrance humaine mais s'attacherait à l'éviter.**

Les impacts sanitaires de la qualité du logement ou des conditions de son occupation, ou ceux du non-logement, sont aujourd'hui au moins en partie scientifiquement documentés et couvrent notamment plusieurs pathologies chroniques ou aiguës. D'autres impacts indirects sont aujourd'hui bien connus : l'absence d'habitat ou sa mauvaise qualité est notamment de nature à entraver le bon déroulement des soins et de la prise en charge. Toutes ces recherches butent néanmoins sur la difficulté à isoler les différents facteurs les uns des autres (effet cumulatif) et à établir clairement un lien de causalité, **l'état de santé pouvant à son tour être à l'origine d'inégalités de revenus par exemple et de dégradation des conditions de logement.**

La corrélation entre les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux et un état de santé détérioré est parfois difficile à établir, dans la mesure où les facteurs sont multiples et se combinent. En outre, pour certaines pathologies environnementales, notamment, les **effets sur la santé s'observent à long terme du fait du temps de latence entre l'exposition et le développement des symptômes.** L'absence de connaissances produit des effets concrets. Le manque d'études épidémiologiques probantes sur les liens entre qualité thermique, précarité énergétique, pollution de l'air intérieur et saturnisme constitue un obstacle à la promotion d'un classement de la qualité thermique du bâti dans les critères d'insalubrité. Son classement actuel dans les critères de décence ne permet pas à la puissance publique d'intervenir de manière satisfaisante et de contraindre les propriétaires à agir.

Si les expériences décrites dans ce chapitre montrent qu'une acculturation des acteurs de l'hébergement et du logement d'une part et de la santé d'autre part est possible et souhaitable, elle nécessite un travail de longue haleine fondé sur un diagnostic et un projet partagés : pour aller au-delà des expérimentations ou actions phares mais relativement isolées, il semble incontournable de pouvoir partager le constat des besoins et des insuffisances des accompagnements

existants de manière plus partenariale sur un territoire. **L'enjeu réside dans la spatialisation des données et le croisement des différents indicateurs permettant d'établir des diagnostics à différentes échelles et d'identifier des territoires défavorisés.** Cette approche transversale et territorialisée implique un partage des informations par les institutions et les professionnels de terrain. Les nombreux dispositifs locaux développés ces dernières années (Ateliers santé ville, Contrats locaux de santé...) doivent à ce titre s'accompagner de la mise en place d'observatoires locaux de la santé, et être intégrés aux diagnostics à 360° prévus par le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté ou au sein des documents de planification comme les futurs PDALHPD. Cela semble la seule voie possible pour produire une stratégie mutualisée sur un territoire, sans laisser quelques acteurs de bonne volonté (et en difficulté) tenter de trouver dans leur coin des solutions.

Les acteurs qui seraient tentés de baisser les bras face à l'ampleur des difficultés peuvent s'inspirer de politiques à succès des dernières années. **Le chantier n'est pas achevé, mais la lutte volontariste contre le saturnisme a permis de faire reculer ce fléau de manière significative.** Cette action a prouvé qu'il était moralement urgent et techniquement possible d'agir sur le bâti, avec des résultats rapides sur la santé des occupants. Poussés par les acteurs associatifs, les responsables politiques — locaux et nationaux — ont pris conscience qu'un scandale sanitaire de grande ampleur se déroulait sous leurs yeux, dans leurs villes, avec des conséquences sanitaires immédiates et irréversibles sur des enfants. **Si le logement est une question de santé publique, il arrive que le mal-logement devienne une question de vie ou de mort.**

Comme pour le scandale de l'amiante, **il a fallu des décennies pour admettre que le choix de matériaux** — les peintures au plomb — **pouvait être criminel.** Une fois ce problème social posé comme un problème politique urgent, les solutions existent. Une fois les responsables mis face à leurs responsabilités, y compris potentiellement pénales, les financements qui étaient impossibles se débloquent tout à coup.

Il est temps pour l'opinion et les autorités de comprendre que le mal-logement constitue insidieusement, à bas bruit pour des centaines de milliers de personnes, l'amiante ou le saturnisme de demain. Les liens de causalité ne sont pas toujours aussi simples, ni les conséquences aussi spectaculaires, mais ils existent bel et bien. Il est temps de prendre conscience que la rue tue. Plus de 400 personnes y meurent par an, sans doute bien plus en réalité, faute de politique de logement et de santé à la hauteur de la situation. Pour les personnes mal-logées, l'errance à l'hôtel, l'assignation à résidence dans des taudis, les moisissures, l'humidité ou la précarité énergétique dégradent les murs et les gens qui les habitent. D'après une étude de l'OFCE, le surpeuplement, l'humidité

ou le bruit augmentent chacun de 40 % le risque pour une personne de se déclarer en mauvaise santé, toutes choses égales par ailleurs. Ce pourcentage monte à 50 % pour les logements difficiles à chauffer¹.

Réduction des risques, réduction des coûts : investir dans le logement

Établir les liens de cause à effet entre les conditions d'habitat et les pathologies, puis estimer le coût du traitement de ces maladies, pourrait permettre de réorienter certaines politiques. Dans un contexte global de réduction des dépenses publiques, une vision systémique et de long terme des politiques publiques doit ainsi être promue. **Si la santé de leurs administrés ne suffisait pas à convaincre les pouvoirs publics, il devient possible de leur montrer que l'amélioration des logements des précaires peut être source d'économie.** Cette analyse sur les conséquences du logement sur la santé s'inscrit dans un chantier en cours consacré aux coûts économiques et sociaux du mal-logement. Les coûts sanitaires occasionnés par le mal-logement sont supportés par les ménages eux-mêmes, mais également par les finances publiques².

L'inspiration vient ici du Royaume-Uni, qui a investi dans le développement d'outils statistiques complets sur l'habitat et la population (*Housing and Population database*) et d'autres bases de données existantes sur les accidents ou maladies, sans équivalent en France. Précurseur, le chercheur David Ormandy, du HHSRS (*Housing Health and Safety Rating System*), y a développé des analyses « coût-bénéfice » appliqués aux situations de mal-logement. « *La mesure du coût économique du mal-logement (réalisée à partir d'une approche « coût de la maladie») est complétée par une mesure des bénéfices, pour les dépenses publiques de santé, des opérations de rénovation des logements les plus dangereux³* ». Ce système permet « *d'identifier les défauts des logements et d'évaluer les effets potentiels de chacun de ces défauts sur la santé et la sécurité des occupants, des visiteurs, des voisins et des passants. (...) Il produit un indice pour chaque logement en fonction du risque statistique associé à 29 dangers [physiologiques, psychologiques, infections, accidents] pour la santé et la sécurité des personnes* ».

En France, les estimations disponibles sont moins précises et complètes, mais elles existent. Comme le souligne la Cour des Comptes, par exemple : « *Les hospitalisations inadéquates sont génératrices de coûts supérieurs aux modes de prise en charge alternatifs. Le coût d'une hospitalisation complète est de l'ordre de 450 euros par jour, soit plusieurs fois le coût complet, intervenants sociaux inclus,*

¹ OFCE, « La mesure du coût économique et social du mal-logement », octobre 2015.

² FORS-Recherche sociale n°204, « Les coûts sociaux du mal-logement ».

³ Fondation des Villes, Fédération des Pact, CREDOC, « Coûts publics et privés du mal-logement », 2015.

d' une prise en charge ambulatoire ou à temps partiel (pour la partie médicale, la prise en charge en hôpital de jour coûte environ 55 euros et les consultations en centres médico-psychologiques sont peu coûteuses)⁴ ».

Les enjeux sont considérables pour orienter finement les investissements publics. Les travaux de rénovation thermique sont par exemple réputés pouvoir s'amortir à long terme grâce aux économies de chauffage. Pour les ménages en privation de chauffage, en revanche, l'économie est moins évidente car une meilleure performance thermique leur permettra de se chauffer, remettant en cause la rentabilité purement économique de l'opération. En revanche, si on intègre au calcul les économies réalisées — par le ménage et la protection sociale — sur les dépenses de santé, grâce à un meilleur confort thermique, l'opération devient rentable. En Grande-Bretagne, des travaux de recherche menés dans ce domaine ont montré qu'un euro investi dans la rénovation thermique permet d'économiser 0,42 euro sur les dépenses de santé⁵.

À l'heure où le programme « Habiter mieux » de l'Anah, destiné aux ménages modestes, cherche un budget à la hauteur de ses ambitions, au moment où doit entrer en vigueur le « chèque énergie » prévu par la loi de transition énergétique pour aider les ménages à régler leurs factures de chauffage (sans financement suffisant à ce stade pour garantir son efficacité), il est temps que l'État intègre à ses calculs l'état de santé de ses administrés. **À long terme, ces politiques sont rentables, et dans tous les cas absolument nécessaires.**

Si, comme nous l'avons indiqué ici, « **le logement est une question de santé publique** », il est temps d'élargir la coalition pour le droit au logement. Les professions médicales doivent en être des acteurs de premier plan pour plaider contre les expulsions locatives sans relogement, l'errance à l'hôtel ou en bidonvilles ou le maintien de familles dans des logements insalubres. Au Royaume-Uni, dans le cadre d'un plan national baptisé « *Green New Deal* », les médecins prescrivent des chaudières ou un double vitrage aux patients touchés par la précarité énergétique⁶. Si les militants du logement ne sont pas suffisamment entendus, peut-être les infirmiers, les épidémiologistes, les généralistes, le seront-ils davantage ? Le logement social est né au 19^e siècle des préoccupations des médecins hygiénistes, alarmés des conséquences des taudis sur l'état de santé et même la moralité de la classe ouvrière. Le défi aujourd'hui est de retrouver un tel élan tout en s'affranchissant du regard moralisateur de l'époque, de placer au

⁴ Cour des Comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », rapport public thématique, décembre 2011.

⁵ Fondation Abbé Pierre, « Quand c'est le logement qui rend malade. Précarité énergétique et santé. » *Actes du colloque au CESE 2015*, Ch Liddell pour l'OMS, Séminaire Epée 2009.

⁶ « Des médecins au chevet de la précarité énergétique », *Le Moniteur*, 3 avril 2015.

Le logement est une question de santé publique

conclusion

centre des attentions les choix des personnes, leurs parcours de vie singuliers et leurs droits à un logement décent et à « *la possession du meilleur état de santé qu' il est capable d' atteindre* », pour reprendre les termes de la Constitution de l'OMS. **Pour que droit au logement et droit à la santé se renforcent mutuellement, alors que la violation de l'un, aujourd'hui, est un obstacle majeur au respect de l'autre.**