

RAPPORT D'OBSERVATIONS

SYNTHESE DES OBSERVATIONS ET DE L'ÉVALUATION DES BESOINS EN SANTÉ AU SEIN DES
HEBERGEMENTS D'URGENCE APPUYÉS PAR LE
DISPOSITIF D'APPUI AUX HÉBERGEMENTS D'URGENCE POUR LA SANTÉ
MAI 2021-AVRIL 2022

MAISON DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE L'ISÈRE / MÉDECINS DU MONDE GRENOBLE
Expérimentation d'appui sanitaire en hébergements d'urgence en Isère

Table des matières

Introduction	4
Problématiques principales : Observations et enquêtes de terrain	
I. Complexité d'accès aux droits et aux soins	6
a) Le cloisonnement du sanitaire et du social : les besoins en santé non couverts.....	6
b) La démarche de « prendre soin » des personnes accueillies est propre à leur vécu et à leurs conditions de vie extrêmement précaires	7
II. Impact des conditions matérielles d'accueil sur la santé des hébergé·e·s	9
a) Les conditions matérielles d'accueil contribuent à une dégradation de l'état de santé général des personnes accueillies en HU installés en marge des villes	9
b) Structures des bâtiments inadaptées à l'accueil et impact des règles instaurées par les gestionnaires, les hôtelier·e·s	9
III. Les liens avec la santé mentale	11
a) Causes ou conséquences d'une santé mentale plus dégradée en HU : un manque de moyens sociaux et sanitaires.....	11
Conclusion	13
Leviers pour poursuivre la mobilisation interprofessionnelle en HU	15

INTRODUCTION

Le déploiement de l'expérimentation d'appui sanitaire en Hébergements d'Urgence (HU) mis en œuvre par la Maison des Réseaux de Santé de l'Isère (MRSI) et avec le soutien de Médecins du Monde Grenoble (MdM) est issu d'une réponse d'urgence conduite bénévolement lors de la première vague de COVID-19 en mars 2020. Pour poursuivre la démarche d'introduction d'appui sanitaire en HU, la MRSI et MdM Grenoble ont rédigé un projet d'opportunité sur demande de l'Agence Régionale de Santé du Département de l'Isère (ARS-ARA) et avec le soutien de la Direction Départemental de l'Emploi, des Territoires et des Solidarités de l'Isère (DDETS).

Défini dans le cadre de la demande de subvention adressée à l'ARS-ARA, l'objectif spécifique 3 « Promouvoir des conditions d'hygiène et des conditions sanitaires minimales d'accueil dans les hébergements d'urgence » devait prendre la forme d'un rapport. **Ce rapport est une compilation des multiples entretiens et rencontres conduits par l'équipe du DAHUS et est étayé par des sources extérieures (guides, rapports, instructions ministérielles, etc.).** Les analyses individualisées des sites devaient permettre d'identifier les pistes d'amélioration en termes de santé des personnes hébergées. La compilation de l'ensemble des plans sanitaires était envisagée comme reflétant la volonté des acteur·rice·s - du social et du sanitaire - d'améliorer l'efficacité de l'accompagnement mis en place et l'état de santé général des personnes.

L'utilité et l'objectif de ce rapport seraient de pouvoir servir les structures répondant à l'AMI de l'ARS ; il peut être envisagé comme une source venant enrichir l'analyse du territoire pour et par les acteur·rice·s œuvrant en direction des personnes accueillies en HU et/ou vivant à la rue, en squat et/ou bidonvilles sur le territoire de l'Isère dans l'évolution des services et des offres en leur faveur.

Le travail d'observation, d'évaluation et de recensement des besoins s'est déroulé en deux phases successives :

- 1- D'abord une phase d'observation et d'entretiens avec les professionnel·le·s exerçant chez les principaux gestionnaires de l'offre d'hébergement d'urgence en Isère (AJHIRALP et EPV), mais aussi avec les professionnel·le·s exerçant à l'Association ALPHA3A et le SHA du CCAS de Grenoble ainsi qu'avec les personnes accueillies. Cette première phase d'évaluation s'est déroulée entre les mois de Mai et Juillet 2021. La liste des HU inclus dans cette première phase est la suivante : Hôtel F1 Voreppe (AJHIRALP) ; Fasthotel Moirans (AJHIRALP) ; Résidence St Hubert L'Isle-d'Abeau (AJHIRALP) ; site du Rondeau (CCAS Grenoble) ; Hôtel MisterBed Bourgoin-Jallieu (EPV) ; Hôtel F1 L'Isle-d'Abeau (EPV) ; site de Comboire (EPV) ; CHRS-HU L'accueil Vienne (ALPHA3A).
- 2- Une phase de développement et de mise en œuvre de l'appui sanitaire aux équipes sociales et aux personnes accueillies qui a permis de continuellement alimenter et enrichir le travail réalisé et les informations déjà collectées. Cela

correspond à la période comprise entre Août 2021 et Mars 2022. La liste des HU ayant bénéficié d'un appui effectif et durable est moindre : Hôtel F1 Voreppe (AJHIRALP) ; Fasthotel Moirans (AJHIRALP) ; le site du Rondeau (CCAS Grenoble) ; Hôtel MisterBed Bourgoin-Jallieu (EPV) ; Hôtel F1 L'Isle-d'Abeau (EPV).

Dans ce document, la santé est entendue au sens de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), soit comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité et est associée à la qualité de vie. Une souffrance psychique ou psychologique, la répétition de troubles bénins, une perturbation de l'image de soi ou le sentiment de sa propre inutilité sont ainsi considérés comme des signes suffisants pour parler de problèmes de santé. « *De même, la persistance d'un comportement, ou de l'exposition à des conditions de vie ou de travail, connues comme pathogènes et donc susceptibles d'entraîner, même à long terme, une dégradation de l'état de santé, sera considérée ici comme participant au lien entre santé et précarité* »¹. **Cette approche considère donc les éléments médicaux autant que les déterminants de santé et elle concerne à la fois la santé physique et la santé psychique.**

La santé et l'émergence de maladies résultent de l'interaction de nombreux facteurs dépendant de l'organisation du système de soin, de l'environnement, du contexte social et des personnes elles-mêmes. « *Toute approche préventive ne peut faire l'économie d'une réflexion sur ces différents facteurs (les déterminants de la santé) et d'une action coordonnée sur ceux-ci. Pour prévenir les maladies, il faut en fait créer les conditions de la santé en agissant de façon coordonnée sur les déterminants.* »². **L'amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacités sont des progrès essentiellement dus à l'amélioration des conditions de vie ainsi qu'à des changements de comportements individuels et/ou collectifs. Ceci nous permet d'explicitier succinctement les liens intrinsèques entre les conditions de vie et la santé des personnes.**

Le constat global effectué par l'ensemble des professionnel·le·s et institutions œuvrant pour et auprès des personnes en situation de précarité peut se résumer ainsi : il est nécessaire de penser un décroisement des interventions des secteurs sanitaire, social et médicosocial. « *Santé et précarité se conjuguent et contribuent mutuellement à creuser le passif d'un individu qui tente de faire face aux exigences d'une société où s'aggravent les inégalités.* »³.

¹ La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé- Haut Comité de la santé publique, 1998, page 47
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001043.pdf>

² Les mots pour comprendre la prévention. Didier Jourdan. Éditions Sciences Humaines. 232 pages, page 72

³ La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé- Haut Comité de la santé publique, 1998, page 44
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001043.pdf>

PROBLEMATIQUES PRINCIPALES : OBSERVATIONS ET ENQUETES DE TERRAIN

I. Complexité d'accès aux droits et aux soins

a) Le cloisonnement du sanitaire et du social : besoins en santé non couverts

- i. Le principal blocage identifié provient du **décalage entre les missions des équipes sociales et les besoins des personnes accueillies**. : les moyens alloués (humains, financiers, matériels) ne permettent pas de répondre aux besoins identifiés, en constante augmentation.
- ii. **Les gestionnaires sont en difficulté pour analyser globalement les entraves à l'accès à la santé des personnes hébergées**. La majorité des personnes interviewées partagent des constats quant aux problématiques de santé existantes. Nous observons que les professionnels **identifient et partagent des problématiques de santé et des causes sous-jacentes. Malheureusement, leur analyse n'est pas systématiquement poursuivie par l'institution et ne mène donc pas à des démarches de capitalisation ou à la mise en place de mesures correctives systémiques**. Les problématiques de santé sont traitées au cas par cas, lorsque la demande se fait insistante. Il semble que les institutions gestionnaires soient en difficulté dans l'appropriation du sujet de la santé des personnes accueillies.
- iii. **Très peu « d'aller-vers » des professionnel·le·s de santé vers les HU** en dehors de la PMI. Cela entretient une méconnaissance des conditions de vie des personnes en HU ainsi qu'une certaine difficulté pour les professionnel·le·s de santé à trouver leur place au sein des HU.
- iv. **Les actions en « aller-vers » ne sont pas réellement des collaborations** construites entre les gestionnaires des HU et les professionnel·le·s sanitaires, **mais plutôt des interventions qui répondent au mandat des professionnel·le·s médicaux et sanitaires**. Les conventions sont rares et les collaborations manquent de retour sur expérience.
- v. **Il n'y a pas de mission d'accompagnement social global confiée aux équipes sociales en HU. Ces dernières ont des missions limitées concernant l'accompagnement social des hébergé·e·s**. Bien que chaque usager·ère soit censé·e bénéficier d'un·e référent·e social·e extérieur·e à l'HU chargé·e de son accompagnement social global, les délais et la qualité de la prise en charge sont souvent ressentis comme insatisfaisants : dans les causes avancées par les équipes sociales des sites et par les hébergé·e·s reviennent souvent le turn-over très important des « référent·e·s famille » et le manque d'aller-vers de ces structures d'accompagnement.

- vi. **Le morcèlement des missions d'accompagnement social entre différents services et selon des critères toujours plus nombreux et spécifiques complexifie l'accès aux soins et à la santé des personnes hébergées.** Citons un exemple répandu, celui des personnes passées d'un bidonville à un HU, sans enfant mineur à charge qui perdent leur aide sociale instaurée dans le cadre de la politique de résorption des squats et bidonvilles.
- vii. Il n'y a pas de relais dans l'accompagnement sanitaire des personnes au sein de l'HU, malgré un besoin de soutien dans l'articulation sociale et sanitaire avec et par les partenaires institutionnels (CPAM, SILEF, etc..). **Les équipes sociales notent une grande difficulté pour assurer le suivi de santé des personnes accueillies en HU quand celles-ci sont en transition de statut administratif** : à titre d'exemple, les usager·ère·s passant du statut de « demandeur·euse d'asile » à « débouté·e de la demande d'asile » n'ont plus le droit à la PUMA et se retrouvent fréquemment en rupture de droits en santé pendant plusieurs mois le temps que leur demande d'AME soit instruite. Ce même problème est observé lors des renouvellements de droits où les délais sont souvent de plusieurs mois, alors même que la demande de renouvellement a été faite à temps : « *En 2019, 78.8 % des personnes ayant des droits théoriques n'ont pas de couverture maladie effective alors qu'elles y ont droit.* »⁴. Par ailleurs il faut préciser que cette problématique de l'ouverture des droits santé est également méconnue des professionnel·le·s de santé.
- viii. **Il n'est pas proposé d'accompagnement physique aux rendez-vous médicaux** pour les personnes accueillies en HU. **Pourtant, l'accompagnement est bien souvent ce qui débloque des situations de non-recours aux soins** : il permet de réellement accéder à des lieux de soins, pas toujours repérés ou facilement accessibles en transports ; il permet d'initier autour du transport les discussions entre les équipes et les personnes hébergées sur la perception et la prise en compte de leur santé. Lorsque la personne le souhaite cela permet de faire médiation entre les professionnel·le·s de santé et les patient·e·s. Enfin l'accompagnement permet la coordination des parcours de santé et de soins étroitement liés aux parcours d'accès aux droits (ouverture, renouvellement, changement de situation, etc..).

b) **La démarche de « prendre soin » des personnes accueillies est propre à leur vécu et à leurs conditions de vie extrêmement précaires**

- ix. **La notion de « douleur » est bien différente d'une personne à une autre mais d'autant plus pour des personnes exposées depuis longtemps et continuellement** : certain·e·s minimisent, ne ressentent pas leur douleur ou s'accoutument, cette dernière faisant partie de leur quotidien le seuil à partir duquel la douleur devient insoutenable est de plus en plus tard. Le temps passé sans prendre soin de leur santé participe à la dégradation de leur état de santé général. Ainsi le rôle des équipes sociales et médico-

⁴ Médecins du Monde « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019 », <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2019>

sociales est d'arriver à déceler cette douleur invisible, et d'amener la personne à la considérer. L'entourage familial a également un fort poids sur la prise en compte de la douleur de la personne souvent plus préoccupée par la santé de ses proches que par la sienne, ce qui constitue soit un levier (« ma femme m'a dit d'aller voir un médecin »), soit un frein.

- x. **Les représentations et croyances des personnes accueillies sur la santé et le corps peuvent parfois constituer un frein à l'accès aux soins** : certain·e·s ont peu de littératie en santé ou peu de connaissances sur le fonctionnement du corps humain. A titre d'exemple, la question de la santé mentale, parfois taboue et vécue comme stigmatisante, est difficile à aborder pour les personnes accueillies. Une forte résistance aux soins, notamment psychiatriques, est souvent observée par les équipes sociales. La thématique de la santé sexuelle et reproductive également.
- xi. Il convient de croiser les conséquences pour une analyse plus juste et plus complète : **ces sujets de la santé sexuelle et de la santé mentale sont intimes et les conditions de vie (notamment la vie en collectivité forcée au sens où celle-ci n'est pas choisie) ne sont pas propices aux échanges confidentiels et épargnés de tout jugement.**
- xii. Les **non-recours aux soins peuvent aussi s'analyser par le biais de l'altération du lien de confiance** entre les personnes accueillies en HU et le système de soins, due à des discriminations, des refus de soins, de mauvaises expériences passées ou encore une communication difficile.
- xiii. Sur ce dernier point, la barrière de la langue est très souvent citée comme un frein d'accès aux soins, **le recours à l'interprétariat étant insuffisant par manque de moyens et par manque d'information des professionnel·le·s de santé** : certain·e·s d'entre eux ne connaissent pas le partenariat permettant de bénéficier d'interprétariat téléphonique avec ISM Corum conventionné avec l'ARS.
- xiv. La **difficulté des personnes accueillies en HU à se projeter dans l'avenir est également relevée comme étant un frein à l'accès effectif à la santé.** La demande porte sur un problème immédiat « ici et maintenant » : il est très difficile de différer les demandes pour des personnes ayant du mal à se projeter dans une stabilité. A contrario, si le rdv est prévu à plus longue échéance, les hébergé·e·s ont parfois des difficultés à s'organiser et à honorer les rendez-vous car la douleur est passée et n'est plus la priorité. Cela est inhérent à la précarité dans laquelle les hébergé·e·s vivent car elle les maintient dans une « survie » au jour le jour. **Ainsi, la précarité entraîne les hébergé·e·s à prioriser leurs problèmes d'une manière qui est parfois questionnée voire jugée par les professionnel·le·s sociaux·ales ou de santé qui les accompagnent, ce qui peut entraver leurs parcours de soins.**
- xv. Par ailleurs, notons que **l'absence de projection dans l'avenir est entretenue par les éventuelles fermetures de sites, déménagements et/ou retours à la rue, en squats et/ou en bidonvilles.** En effet la plupart des personnes viennent de Grenoble où elles ont leurs réseaux amicaux et leurs suivis de santé. Ne connaissant pas la durée d'hébergement à Voreppe, Moirans ou L'Isle-d'Abeau, et la grande difficulté à trouver un médecin généraliste acceptant de nouveaux patient·e·s, les hébergé·e·s conservent leurs suivis

médicaux à Grenoble. L'éloignement géographique qui en résulte entraîne une perte de chance à la poursuite d'un suivi médical.

II. Impact des conditions matérielles d'accueil sur la santé des hébergé.e.s

a) Les conditions matérielles d'accueil contribuent à une dégradation de l'état de santé général des personnes accueillies en HU installés en marge des villes de Moirans, Voreppe ou L'Isle-d'Abeau.

- i. L'accès effectif aux services et établissements de santé et de soins depuis les hébergements d'urgence appuyés est entravé à plusieurs niveaux. **Les lieux d'implantation desdits hébergements constituent le premier frein à cet accès à la santé**, cet éloignement géographique produisant d'autres facteurs limitants, qui en se cumulant entravent la démarche de prendre soin. **Les personnes sont envoyées en HU indépendamment de leurs parcours de santé, les éloignant parfois des professionnel.le.s qui les suivent et les accompagnent et entraînant une perte de chance dans la poursuite d'un suivi médical.**
- ii. Le réseau de transports en commun moins dense et de moindre occurrence en zone péri-urbaine rallonge le déplacement. Les temps de déplacement (parfois à pied) pour accéder aux professionnel.le.s participe à une forme de démobilité des personnes et donc au non-recours.
- iii. Il semble nécessaire de **clarifier le rôle et la possibilité pour les gestionnaires de HU de délivrer des titres de transport pour les déplacements santé des hébergé.e.s**. Sur certains sites, les problèmes liés aux transports sont nombreux et prononcés, par exemple, l'abonnement au réseau du pays voironnais financé par AJHIRALP est insuffisant pour se rendre à Grenoble.
- iv. **L'obtention d'abonnements de transport « tarification solidaire » est conditionnée à l'obtention de l'AME. Celle-ci est soumise à un délai de carence de 3 mois qui se cumule aux délais de traitement de la CPAM, et rallonge encore le temps sans possibilité de déplacement.**
- v. L'accès à une **salle pour permettre aux professionnel.le.s extérieur.e.s de mener leurs consultations médicales n'est pas toujours possible** selon les sites, et quand cela est possible, les salles ne sont pas toujours adaptées à la consultation.

b) Structures des bâtiments inadaptées à l'accueil et impact des règles instaurées par les gestionnaires, les hôtelier.e.s

- i. Certaines familles vivent à 4 dans une chambre d'hôtel de 12 m², cela compromet le développement des enfants en bas-âge : *« La surpopulation des logements est un facteur de risques infectieux, psychique et qui atteint aussi le développement psychomoteur de l'enfant et la santé des*

adolescents. »⁵. De plus, le manque d'espace impacte fortement les familles, notamment les parents qui perdent alors toute intimité. **Le phénomène de "surpeuplement accentué" est observé de façon quasiment systématique dans les HU.** Plusieurs critères permettent de définir le phénomène, au regard de la superficie, citons la Caisse d'allocations familiales (CAF) qui considère que pour vivre une personne seule doit disposer d'au moins 9 m², 16m² minimum pour deux personnes. La Caisse estime ensuite qu'il faut 8m² par habitant supplémentaire, soit 32m² pour un couple avec deux enfants⁶.

- ii. **Le manque criant d'HU pouvant recevoir des personnes à mobilité réduite** est particulièrement avéré pour les personnes en fauteuil roulant. A titre d'exemple, une personne en fauteuil identifiée par la maraude ne peut être orientée par le 115 après son signalement car il n'y plus de places adaptées disponibles (RDC, aménagement de l'espace adapté au fauteuil, accès douches et toilettes aménagées, etc...).
- iii. **Dans les hôtels qui ont un accueil « mixte » c'est-à-dire à la fois des hébergé·e·s et des client·e·s, la cohabitation est difficile car les hôteliers doivent composer avec les différents besoins des personnes hébergées dans leur hôtel,** interdisant l'utilisation des pièces communes et de restauration pour des temps collectifs (même en dehors des repas). Il en ressort parfois l'impression que les hébergé·e·s doivent se cacher pour ne pas nuire à la réputation de l'hôtel, ce qui participe à une dégradation de l'image de soi.
- iv. **L'accès restreint et/ou l'indisponibilité même temporaire de produits de première nécessité a des impacts psychosociaux et renvoie une image dégradante de soi. Notons aussi les impacts sanitaires en lien avec l'hygiène individuelle et collective.** Les équipes sociales font état d'un manque de produits d'hygiène, notamment de brosses à dents, de savon, de shampoing, papier toilette, lessive, etc...
- v. **Le fait que les installations sanitaires (eau courante, douches) soient parfois situées à l'extérieur des bâtiments de vie peut représenter un frein au « prendre soin de soi » indispensable quand on évoque la santé des personnes accueillies en HU.** Cela contribue entre autres au délabrement de la santé buccodentaire des personnes hébergées.
- vi. **Majoritairement dépendantes des gestionnaires pour leur alimentation, les personnes accueillies en hôtel ne peuvent s'alimenter que grâce aux barquettes préparées et livrées par la Banque Alimentaire de l'Isère pour les repas du midi et du soir.** Il n'y a parfois pas de distribution de petits déjeuners car l'approvisionnement dépend des dons reçus. **La nourriture**

⁵ Revue la Santé en Action, « Le logement déterminant majeur de la santé des populations », Septembre 2021 / Numéro 457 – Article : Habitat, logement, santé publique : quelles pistes d'actions pour l'agence régionale de santé Île-de-France ? Dr Luc Ginot, directeur de la santé publique, Pascale Giry, responsable du département santé-environnement, agence régionale de santé Île-de-France (ARS-IDF), Saint-Denis, Seine-Saint-Denis.

Marsh R., Salika T., Crozier S., Robinson S., Cooper C., Godefroy K. *et al.* The association between crowding within households and behavioural problems in children. Longitudinal data from the Southampton Women's Survey. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 2019, vol. 33, no 3 : p. 195-203. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6563047/>

⁶ « c'est un logement décent, avec un confort minimum et conforme aux normes de santé et de sécurité. Sa superficie doit être au moins égale à : 9 m² pour une personne seule ; 16 m² pour deux personnes (+ 9 m² par personnes supplémentaire) ; 70 m² pour huit personnes ou plus » <https://www.caf.fr/allocataires/aides-et-demarches/droits-et-prestations/logement/les-aides-personnelles-au-logement>

proposée n'est pas adaptée aux envies, aux habitudes alimentaires et aux besoins spécifiques des personnes.

- vii. L'inaccessibilité aux cuisines et aux équipements permettant aux hébergé·e·s de conserver et chauffer leur alimentation a des conséquences à différents niveaux : les personnes sautent régulièrement des repas et plusieurs professionnel·le·s de santé de PMI du Voironnais Chartreuse ont constaté **des cassures dans les courbes pondérales chez les jeunes enfants**. Le statut d'insécurité alimentaire pour raisons financières était déterminé, d'une part, à l'aide du Food Sufficiency Indicator (USA FSI) développé aux États-Unis dans les années 1970 et, d'autre part, à l'aide de l'évaluation des dépenses consacrées à l'alimentation au cours des dernières 24 heures : « *Les principaux problèmes évoqués pour un accès à l'alimentation étaient le manque d'argent (78,2% des cas) et l'absence de cuisine ou d'équipement pour cuisiner (31,9%).* »⁷
- viii. **Le potentiel accidentogène doit également être considéré**, le nombre d'accidents qui nous a été rapporté – **hospitalisations pour des brûlures ou des intoxications alimentaires** (les frigos ne sont pas toujours présents et/ou accessibles en toute liberté par les personnes et il arrive que des aliments périssent) – est probablement élevé. Il apparaît que les accidents ne sont pas toujours considérés en tant que tels par les équipes en situation chronique de tension.

Les liens avec la santé mentale

a) Causes ou conséquences d'une santé mentale plus dégradée en HU : un manque de moyens sociaux et sanitaires

- i. **Les conditions de vie ont un effet sur le moral et la santé mentale en général.** Parmi les éléments évoqués ci-dessus, certains ont des effets insidieux sur les personnes. « *Au-delà de l'épuisement qu'engendre le combat quotidien contre la précarisation, la déqualification sociale qui l'accompagne induit une dégradation de l'image des personnes en situation précaire, à leurs propres yeux comme dans le regard de leurs proches ou des autres.* »⁸. Le Haut Comité de la santé publique estimait déjà en 1998 que « *la souffrance psychique est, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale.* »⁹. **Les dégradations du logement** (mauvaise qualité structurelle, désordre, saleté, dangers, air vicié, suroccupation) **agissent sur l'anxiété, la**

⁷ « Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans 7 centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014 » - Enquête afin de documenter leur accès à l'alimentation, leurs pratiques alimentaires et leur état de santé en fonction de leur statut socioéconomique.

BEH N°19-20, 5 septembre 2017, La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique

En ligne : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148241/document_file/42623_spf00000721.pdf

⁸ La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé- Haut Comité de la santé publique, 1998

⁹ Ibid

dépression, l'agressivité ainsi que sur la baisse de la motivation. Cela a été maintes fois démontré¹⁰.

- ii. L'inaccessibilité aux cuisines et aux équipements et l'impossibilité de cuisiner ont des **répercussions connues et documentées sur la santé mentale et psychique des personnes et participent à la dégradation du lien social.** Comme constaté sur certains sites, le fait de leur donner la possibilité de cuisiner représente un fort enjeu social, occupationnel et leur permet de s'alimenter avec plaisir.
- iii. Ces **états semblent être accentués par l'inactivité des personnes et leur absence de perspectives.** Les équipes sociales ont identifié des leviers tels que l'autorisation des visites extérieures, la proximité avec des espaces verts et naturels, la facilité de déplacement et d'accessibilité, la possibilité d'activités occupationnelles et à valeur sociale ajoutée telles que la cuisine.
- iv. Les équipes sociales notent également un fort **besoin de soutien à la parentalité, notamment pour les parents concernés par des problèmes d'anxiété ou de dépression** qui désinvestissent l'éducation de leurs enfants. Si la présence des enfants est bénéfique pour l'HU car ils amènent du dynamisme et resserrent les liens entre les familles, les équipes sociales notent également que les enfants ont des responsabilités parfois inadaptées : traduction pour les parents, surveillance des plus petits, etc.

¹⁰ Revue la Santé en Action, « Le logement déterminant majeur de la santé des populations », Septembre 2021 / Numéro 457 – Article : Logements dégradés : un impact dévastateur sur la santé mentale, Anne-Claire Colleville, référente Santé environnement, Direction santé plaidoyer, Médecins du Monde, Paris, Florence Kermarec, épidémiologiste, cellule régionale Pays-de-la-Loire, Direction des régions, Santé publique France.

Rollings K. A., Wells N. M., Evans G. W., Bednarz A., Yang Y. Housing and neighborhood physical quality: children's mental health and motivation. *Journal of Environmental Psychology*, 2017, vol. 50 : p. 17-23.

En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027249441730004X?via%3Dihub>

CONCLUSION

Le projet mené ces 12 derniers mois a démontré la **nécessité de répliquer et réitérer l'initiation d'actions dédiées à la santé des personnes hébergées au sein des établissements qui les accueillent**. Les besoins sont considérables. Le DAHUS a expérimenté divers points d'entrée et diverses modalités de travail et la pluralité des actions met en évidence la possibilité de traiter de sujets de santé de façons transversales avec le secteur social, rapidement et de manière efficiente pour les personnes. Enfin il est important de s'accorder sur les objectifs poursuivis par les acteurs et les actrices de terrain : le sujet de l'état de santé général des personnes hébergées nécessite un partage de grands principes d'actions et de définitions.

Une démarche proactive autour du sujet de la santé dans son ensemble permet d'agir en faveur du décloisonnement nécessaire. A terme, une appropriation des enjeux par les institutions gestionnaires d'hébergements d'urgence favorise l'émergence d'actions spécifiques et améliore la considération générale portée aux besoins de santé. Nous observons que des réponses propres à chaque sites et/ou à chaque association sont possibles dès lors que l'orientation est portée par les associations gestionnaires.

S'il fallait chercher des arguments en faveur du décloisonnement des secteurs, en faveur de démarches collectives et interdisciplinaires, ou encore en faveur d'une amélioration de l'état de santé des personnes les plus précaires, ayant un parcours de rue et susceptibles d'être accueillies en hébergement d'urgence, les sources seraient nombreuses. Nous souhaitons ici citer les plus récentes que nous ayons consultées. Le Collectif Associations Unies (CAU) publie en novembre 2020 un dossier de presse comprenant 12 propositions pour des réponses ambitieuses et durables pour les personnes à la rue et mal logées ; dont la suivante « *Assurer et renforcer l'accès aux soins et la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes sans domicile. En simplifiant l'accès à la couverture maladie pour tou·te·s et en développant les actions d'aller-vers et de médiation en santé qui ont montré, lorsqu'elles ont été mises en œuvre, leur efficacité durant la crise sanitaire* »¹¹. Par ailleurs, le rapporteur spécial des crédits de la mission « cohésion des territoires » (logement et urbanisme) a présenté le 26 mai 2021 les conclusions de son contrôle budgétaire sur la politique d'hébergement d'urgence. Il constate la nécessité de poursuivre, au-delà des logiques administratives, le rapprochement entre les secteurs de l'hébergement, du sanitaire et du social, ainsi que de la gestion des demandeurs d'asile. « *La crise sanitaire a confirmé l'utilité de constituer des équipes pluridisciplinaires : la question de l'hébergement, puis du logement, est mieux traitée lorsque les personnes bénéficient également, selon les cas, d'un traitement de leur état de santé (soignant), de leurs droits (pour les personnes à droits incomplets), de leur situation sociale (par un travailleur social)* »¹².

¹¹ https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/11/CAU_DP_201124-2.pdf

¹² Rapport Parlementaire, Sénat session ordinaire 2020-2021, enregistré par la Présidence du Sénat le 26 mai 2021 « Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur la politique d'hébergement d'urgence », Sénateur Philippe Dallier
<https://www.vie-publique.fr/rapport/280148-rapport-sur-la-politique-d-hebergement-d-urgence>

A plusieurs reprises, et à travers cette synthèse nous tentons d'expliquer en quoi les conditions de vie et d'existence des personnes hébergées en HU (ayant donc connu des parcours de vie à la rue, un parcours migratoire, des violences physiques, des angoisses liées à l'avenir, etc..) participent à la dégradation de leur état de santé général mais aussi à l'effondrement psychique et qu'il est vain de demander - en première intention - aux personnes de faire preuve « d'autonomie ». Ce critère et cette attente servent trop souvent une vision méritocratique de l'aide que les personnes seraient en droit ou non de demander. *« Plus largement l'interprétation culturelle a priori est fréquente lorsqu'on a affaire à des pratiques jugées déviantes au regard de la norme comportementale de bonne santé ou de la norme médicale en matière thérapeutique. Souvent, cette interprétation a valeur non d'accusation mais d'excuse, qui sert à la fois à externaliser la déviance (ce n'est pas la faute des malades, mais de leur culture) et à exonérer les médecins et les autorités (ils ne sont pas responsables du mauvais état de santé ou du défaut d'observance thérapeutique). »*¹³. Les leviers d'actions ci-après et les propositions d'action déployées pendant l'expérimentation se sont appuyées autant que possible sur les besoins exprimés des personnes elles-mêmes et ce quels que soient leurs degrés d'autonomie supposés, censés attester de leur volonté de sortir de la précarité.

Dans un contexte de dégradation du service publique de santé et d'embolisation des professionnel·le·s libéraux et hospitalier·e·s, compilées à un manque de moyens alloués à l'aide sociale et à l'implantation des HU en dehors des zones de soins, la prévention et la médiation ne peuvent être les seuls leviers d'action pour améliorer la santé des personnes hébergées. La prise en charge des problèmes de santé des personnes hébergées passe tout d'abord par un réel accès aux soins, avec des professionnel·le·s en nombre suffisant et formé·e·s aux spécificités du public précaire. L'élargissement des missions des équipes sociales HU et l'association de ressources sanitaires dédiées à la médiation en santé permettraient de renforcer les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social.

¹³ Revue la Santé en Action, « Migrants en situation de vulnérabilité et santé », Mars 2021 / Numéro 455 – Article : La « santé des migrants » : notes pour une généalogie – Didier Fassin, médecin, sociologue et anthropologue, titulaire de la chaire de sciences sociales à l'Institut for Advanced Study de Princeton (États-Unis), titulaire de la chaire de santé publique du Collège de France pour l'année 2020-2021, président du Comité pour la santé des exilés (Comede).

https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/339116/document_file/402081_spf00002840.pdf

Leviers identifiés pour poursuivre la mobilisation interprofessionnelle en faveur de l'amélioration de la santé des personnes accueillies en HU :

- Renforcer les moyens humains, matériels et financiers, pour permettre aux équipes sociales des HU d'assurer les missions d'accompagnement social global. (Ex. accompagnement physique)
- Développer les projets et actions de médiation en santé au sein des hébergements d'urgence en s'appuyant sur le référentiel de compétences de la HAS (2017) et le guide "accompagner vers la santé" du POPS.
- Promouvoir auprès des professionnel·le·s de santé (hospitaliers, libéraux, généralistes et spécialistes) l'accès à l'interprétariat via ISM Corum conventionné avec l'ARS.
- Ouvrir les cuisines pour les établissements qui en sont dotés et faciliter l'accès aux denrées alimentaires.
- Mettre en place des partenariats (cuisines CCAS ou ateliers cuisines CSF) et installer des équipements accessibles et en nombre suffisant (type éviers, frigos, micro-ondes, chaises, tables, vaisselle et couverts, matériel de nettoyage et d'entretien, éponge, liquide vaisselle, lave-vaisselle, fours) pour les établissements n'ayant pas de cuisines.
- Renforcer l'accessibilité effective à la santé et aux soins par le financement de solutions de transports adaptées (bus, trains, bons de transports, etc..) que les rdvs soient programmés ou non.
- Fournir les sites en kits d'hygiène individuels (savons, dentifrices, brosses à dents, lessive, etc..).
- Encadrer les conditions d'accueil des personnes du point de vue du bâti et formaliser cet encadrement (standards minimaux d'accueil dans plusieurs domaines).