



Fiche bibliographique n°2 :
la santé des personnes sans domicile¹

Résumé : *D'une manière générale, ce qui apparaît dans toutes les études à propos de la santé des sans-domicile est une dégradation de celle-ci avec un taux de mortalité accru, une surmorbidity globale. Les sans-domicile souffrent plus souvent de certaines pathologies somatiques et transmissibles et ont une santé dentaire dégradée. On note également une surconsommation de substances psycho-actives et une vulnérabilité nutritionnelle. La question de l'importance et des formes de troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile mériterait de nouvelles études, la dernière effectuée en France (à Paris) datant de 1996. Enfin, malgré des modalités nouvelles mises en œuvre depuis 1998, les problèmes d'accès aux soins, de retard au diagnostic et de difficulté de suivi restent importants.*

Si de nombreux travaux ont exploré depuis les années 1980 l'influence des inégalités sociales sur la santé - notamment l'incidence globale de la précarité sur la santé et ses conséquences sur les politiques publiques²-, les recherches sur les problèmes de santé qui affectent les personnes sans domicile ou en rupture de logement sont moins abondantes. Ces dernières sont toutefois riches d'enseignements.

La mortalité des personnes sans domicile ou vivant à la rue est accrue

Plusieurs travaux montrent des décès précoces chez les personnes sans domicile.

L'actuel haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté avançait, dans un récent éditorial du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, une espérance de vie d'environ 45 ans³. Plusieurs études aux États-Unis, sans mentionner la notion d'espérance de vie, confirment une mortalité prématurée, avec un âge moyen lors du décès de 41 ans à San Francisco, 44 ans à Atlanta, 47 ans à Boston⁴. A Londres, l'organisation St Mungo's, qui dispose d'environ 1 500 lits d'hébergement d'urgence, cite une moyenne d'âge des personnes décédant dans leurs dispositifs de 37 ans⁵.

Des études faites à Toronto montrent des taux de mortalité sensiblement plus élevés chez les personnes dans des hébergements pour sans abri que dans la population générale⁶. Une

¹ Fiche issue très largement de : Chambaud L., *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*, rapport IGAS, 2007.

² Elbaum M., « Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55, 2007, pp. 47-54.

³ Hirsch M., « La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2-3, 2007, p. 9.

⁴ Plumb J D., « Homelessness: Care, prevention, and public policy », *Annals of Internal Medicine*, 126 (12), 1997, pp. 973-975.

⁵ Cockersell P., « Drogues, maladies, folie et mort », *Sans abri en Europe, le magazine de la Feantsa*, 2006, pp. 15-16.

⁶ Frankish C. J., Hwang S. W., Quantz D., « Homelessness and health in Canada ». *Canadian Journal of Public Health*, 96 (2), 2005, pp. 23-29.

étude à Montréal auprès des jeunes à la rue montre des taux de mortalité 9 fois plus élevés chez les hommes et 31 fois chez les femmes comparés à la même tranche d'âge dans la population générale⁷.

La morbidité ressentie par les personnes sans abri est importante

Lors de l'enquête de l'INSEE effectuée en 2001, 16% des sans-domicile usagers des services d'aide s'estimaient en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel. Par ailleurs, la proportion jugeant sa santé mauvaise est aussi forte parmi les jeunes que chez les plus âgés, alors qu'habituellement la perception de l'état de santé se dégrade avec l'âge⁸.

Une enquête comparative menée à Madrid en 1997 montre des données similaires, indiquant de surcroît que la perception de leur santé par les personnes sans-domicile est significativement moins bonne que celle de personnes domiciliées utilisant des services d'aide⁹.

Les personnes sans domicile qui entretiennent des contacts fréquents avec leurs proches se jugent plus souvent en bonne ou en très bonne santé que ceux qui sont plus isolés¹⁰.

Les problèmes de santé ressentis chez les jeunes sans domicile ont fait l'objet d'une enquête de l'INED en 1998¹¹. Les résultats montrent que plus d'un jeune sur deux se plaint d'au moins un problème de santé et que le pourcentage de jeunes déclarant des problèmes psychiques, dermatologiques ou respiratoires est nettement plus important que pour une population de référence en Ile-de-France.

Certaines pathologies somatiques sont plus fréquentes dans cette population

Dans une revue des données disponibles en Allemagne, les auteurs identifient cinq grands domaines de vulnérabilité chez les sans-abri : les maladies respiratoires, celles du système digestif, celles du système cardiovasculaire, les maladies de la peau et les maladies affectant le système musculo-squelettique¹². Ces données étaient déjà retrouvées dans la morbidité déclarée lors d'une étude réalisée en 1995 auprès des sans-domicile à Paris. Il y est fait mention d'une prévalence déclarée cinq fois plus importante qu'une population témoin pour des troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires¹³.

⁷ Roy E., Boivin J.F., Haley N., Lemire N., « Mortality among street youth », *The Lancet*, 352 (9121), 1998, p. 32.

⁸ De la Rochère B., « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee première*, 893, avril 2003.

⁹ Muñoz M., Vázquez C. et Vázquez J., « A comparison between homeless, domiciled and vulnerable populations in Madrid », *Population*, 59, Janvier 2004, pp. 129-142.

¹⁰ Peretti-Watel P., « Lien social et santé en situation de précarité. Etat de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Economie et statistique*, 391-392, 2006, pp. 115-130.

¹¹ Amossé T., Doussin A., Firdion J.M. et al. : « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. », *Questions d'économie de la santé*, 40, CREDES, Septembre 2001.

¹² Trabert G., « Health and Medical Care of Single Homeless People in Germany », *Internet Journal of Public Health Education*, 1, 1999, pp. 74-89.

¹³ Firdion J.M., Marpsat M., Lecomte T. et al., « Vie et santé des personnes sans domicile à Paris » in *Précarisation, risque et santé. Questions en santé publique*, Inserm, 2001, pp. 167-85.

Tableau 1 :
Prévalence des principaux problèmes de santé physique des sans-domicile (en %) ¹⁴

	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Migraine	3	7	4	13	30	20
Maladie respiratoire	6	5	6	13	14	14
Séquelles d'accident ou de maladie grave	2	<2	2	15	8	13
Maladie articulaire et osseuse	9	8	8	11	9	10
Maladie du système digestif	2	3	2	10	10	10
Désordres alimentaires importants	<2	<2	<2	7	11	9
Hypertension	5	3	4	8	9	8
Maladie de la peau	4	6	4	8	6	7
Maladie cardio-vasculaire	3	3	3	6	5	6
Maladie du foie et de la vésicule biliaire	<2	<2	<2	6	4	6

Champ : personnes de 18 à 60 ans

< 2 : l'estimation est inférieure à 2 %

Sources : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier 2001 et Enquête "comportements vis-à-vis de la santé" partie variable de l'enquête Permanente sur les Conditions de Vie, mai 2001, Insee

Une étude particulière a été conduite à Paris sur l'épilepsie auprès des personnes se présentant aux consultations médicales des centres d'hébergement ou accueil de jour du Samu social de Paris, en 2003. Cette étude aboutit à une prévalence de 14,5% pour l'épilepsie (au moins une crise au cours de leur vie), et de 8,1% pour l'épilepsie non liée au sevrage alcoolique¹⁵. En comparaison, la prévalence de cette maladie en population générale dans les pays industrialisés se situe entre 5 et 8 pour 1000 habitants.

Les problèmes cutanés sont souvent cités. Dans un étude cas-témoins réalisée à Marseille dans des structures d'accueil d'urgence en 2002 et 2003 (498 personnes sans domicile et 200 sujets contrôles), les auteurs trouvent une différence hautement significative de pathologies dermatologiques : 38% versus 0.5%. Ces pathologies résultent d'infections dues aux poux, à la gale ou à des surinfections bactériennes de la peau¹⁶.

Une prévalence accrue de pathologies transmissibles

La littérature cite régulièrement l'incidence particulièrement importante de la tuberculose parmi la population de personnes sans domicile. En France, le taux de déclaration de tuberculose est près de 30 fois plus élevé dans cette population (214 cas pour 100.000 personnes) qu'en population générale (8,9/100.000). Parmi ces cas, 15% avaient déjà été traités pour une tuberculose¹⁷.

¹⁴ Loison M., « Un nouveau regard sur les sans-abri », *Report on homelessness in France*, Feantsa, 2006

¹⁵ Laporte A., Rouvel-Talleg A., Grosdidier E et al., « Epilepsy among the homeless : prevalence and characteristics », *European Journal of Public Health*, 16 (5), 2007, pp. 484-486.

¹⁶ Badiaga S., Menard A., Tissot Dupont H., « Prevalence of skin infections in sheltered homeless », *European Journal of Dermatology*, 15 (5), Septembre-Octobre 2005, pp. 382-386.

¹⁷ Antoine D., « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 11, 2007, pp. 85-90.

Plusieurs études, la plupart remontant à plus d'une dizaine d'années, montrent des taux de prévalence importants pour ce qui concerne le VIH chez les sans-domicile, principalement aux États-Unis et au Canada¹⁸. Par ailleurs, dans une étude effectuée aux États-Unis auprès des anciens combattants devenus sans domicile, a été retrouvée une prévalence de 40% pour le virus de l'hépatite C¹⁹.

Une traumatologie particulière, aggravée par des violences physiques et sexuelles

Les blessures par traumatismes font partie des quatre conditions retrouvées les plus fréquemment parmi les soins prodigués aux personnes sans domicile aux États-Unis²⁰. Un problème majeur chez les personnes à la rue est constitué par la violence manifestée par des agressions ou des viols. Au Canada, il a été estimé que près de 40% des personnes sans-domicile sont agressées chaque année. Le risque d'agression sexuelle chez les femmes est estimé à 20% chaque année²¹. En France, une étude qualitative faite par l'observatoire du Samu social de Paris auprès de 30 femmes souligne « la multiplicité des violences auxquelles les femmes sans domicile sont exposées et la diversité des acteurs à l'origine de ces violences, et la manière dont les pratiques quotidiennes sont mises en œuvre pour tenter d'y échapper »²².

Une surconsommation de substances psycho-actives

Le rapport 2005 de Médecins du Monde fait apparaître clairement une surconsommation de substances psycho-actives chez les personnes sans-domicile en comparaison avec les autres consultants. Cette surconsommation affecte l'alcool, le tabac, les médicaments, le cannabis ou d'autres produits stupéfiants (cocaïne, LSD, ecstasy...) ²³.

Un système d'enregistrement des personnes fréquentant des centres d'accueil pour sans-domicile en Belgique, dans la communauté flamande, a montré qu'en 2005 42% des personnes étaient enregistrées comme présentant à leur arrivée des troubles liés à une dépendance. Pour les trois quarts (75,5%), il s'agissait d'hommes. Près d'un tiers (32,2%) ont entre 18 et 25 ans²⁴.

¹⁸ Voir par exemple : Rotheram-Borus M.J., Koopman C., Ehrhardt A.A., « Homeless youths and HIV infection. », *American Psychologist*, 46, 1991, pp. 1188-1197 ; Zolopa A.R., Hahn J.A., Gorter R. et al., « HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults : prevalence and risk factors in a representative sample », *Journal of the American Medical Association*, 272, 1994, pp. 455-461 ; Manzon L., Rosario M., Rekart M.L., « HIV seroprevalence among street involved Canadians in Vancouver », *AIDS Education and Prevention*, Fall(suppl), 1992, pp. 86-89.

¹⁹ Cheung R.C., Hanson A.K., Maganti K. et al., « Viral hepatitis and other infectious diseases in a homeless population », *Journal of Clinical Gastroenterology*, 34, 2002, pp. 476-480.

²⁰ Wright J. D., Rubin B. A. and Devine J. A., « *Beside The Golden Door: Essays on Policy, Politics and the Homeless* », Hawthorne, New York, Aldine de Gruyter Publishing Company.

²¹ « Homelessness – Causes and Effects. The relationship between Homelessness and the Health, Social Services and Criminal Justice Systems : a Review of the Literature », *British Columbia*, February 2001.

²² Brunet L., Carpentier S., Laporte A. et al., « Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. », *Rapport à la direction générale de la santé*, Juin 2005, 106 p.

²³ *Rapport 2005 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, Août 2006, pp. 126-127.

²⁴ Blow H., De Wacker A., Louckx F. et al., « Profils de santé des personnes sans domicile en Belgique », *Sans abri en Europe, le magazine de la Feantsa*, 2006, pp. 3-5.

Une alcoolisation à nuancer

Il existe une diversité de comportements à l'égard de l'alcool au sein de la population des sans-domicile. Ils varient selon le type d'hébergement et de ressources, mais aussi suivant l'âge, le sexe et la nationalité des individus²⁵.

L'alcool n'est pas toujours aussi présent dans les parcours des personnes sans domicile que dans l'imaginaire collectif. En revanche, les risques d'un usage nocif et d'une dépendance à l'alcool sont beaucoup plus forts que dans l'ensemble de la population, notamment parmi les individus aux situations de précarité les plus marquées. Ainsi, les recherches menées par l'Observatoire du Samu social de Paris ont mis en évidence une alcoolisation excessive de la frange la plus précarisée des individus sans domicile : l'enquête a été réalisée auprès de 275 personnes vivant dans la rue, et les trois-quarts avaient une consommation quotidienne importante²⁶.

Les études récentes sur l'alcoolisation des sans-abri mettent l'accent sur la quasi-impossibilité de l'arrêt de l'alcool ou même de l'idée de son arrêt²⁷ chez ces derniers.

Une santé dentaire dégradée

L'état de santé bucco-dentaire est souvent dégradé chez les personnes sans domicile. Ainsi, dans une enquête réalisée auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits, le nombre déclaré de dents manquantes non remplacées des personnes en situation précaire passe de 1,8 chez les patients âgés de moins de 25 ans, à 10 chez les plus de 50 ans alors qu'il varie de 0,5 à 2,3 pour les mêmes classes d'âge en population générale. Ce constat est aggravé par l'examen médical. En effet les personnes de plus de 50 ans ont, non pas 10, mais 12,3 dents absentes (13 dents en moyenne pour les hommes contre 9,5 pour les femmes)²⁸.

Selon l'enquête INSEE de 2001, 45,4% de l'échantillon des personnes sans domicile consultent un dentiste une fois par an, alors que la proportion est de 6 sur 10 en population générale. Cette proportion est d'autant plus faible que le réseau relationnel est faible²⁹.

Ces informations rejoignent les données de la littérature. Ainsi, aux États-Unis, en référence à la population générale, les personnes sans-domicile ont au moins deux fois plus de chances d'avoir des pathologies dentaires sérieuses, mais sont deux fois moins à avoir reçu des soins dentaires dans les derniers 12 mois. De même, dans les abris de Boston, plus de 90% des personnes sans-domicile avaient des caries dentaires non traitées³⁰. Les mêmes observations ont été conduites à Stockholm³¹ ou à Hong-Kong³², montrant ainsi que ce phénomène n'est pas dépendant du type d'organisation des soins dentaires.

²⁵ Beck F., Legleye S., Spilka S., « L'alcoolisation des personnes sans domicile: remise en cause d'un stéréotype », *Économie et statistique*, 391-392, 2006, pp. 131-149.

²⁶ Observatoire du Samu social de Paris, *Conduites addictives, substitutions et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 1998 (la même enquête a été reconduite en 1999).

²⁷ Johnson T. P., « Substance Abuse and Homelessness : Social Selection or Social Adaptation ? », *Addiction*, 92 (4), 1997, pp. 437- 445.

²⁸ Beynet A., Menahem G., « Problèmes dentaires et précarité », *Questions d'économie de la santé* ; 48, Février 2002.

²⁹ Peretti-Watel P., « Lien social et santé en situation de précarité. État de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et statistique*, 391-392, 2006, p. 123.

³⁰ « Filling the Gaps in Dental Care », *Healing heads*, 7 (3), Juin 2003.

³¹ De Palma P., Frithiof L., Persson L. et al., « Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden », *Acta Odontologica Scandinavica*, 63 (1), Février 2005, pp. 50-55.

³² Luo Y., McGrath C., « Oral health status of homeless people in Hong Kong », *Special Care in Dentistry*, 26 (4), 2006, pp. 150-154.

Les analyses de la relation entre santé et lien social mettent en évidence l'influence de l'isolement relationnel dans le non recours aux soins dentaires³³.

Une vulnérabilité nutritionnelle

Les problèmes nutritionnels ont fait l'objet d'un développement spécifique dans le cadre des travaux de l'Onpes (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale). Il en ressort le constat de déséquilibres nutritionnels et d'un déficit de consommation équilibrée, avec une carence en fruits et légumes dans les populations défavorisées³⁴.

Une étude sur la surveillance nutritionnelle des populations défavorisées a été conduite en 2004-2005 dans quatre zones urbaines en France (Paris, Marseille, Dijon et Seine Saint Denis), auprès de structures d'aide alimentaire. Si la proportion de personnes sans-domicile fixe (y compris celles hébergées en hôtel et en centre d'hébergement) varie considérablement d'un site à l'autre (13,5% en Seine-Saint-Denis, 17,6% à Dijon, 39,4% à Marseille et 57,2% à Paris.), les résultats montrent que l'aide alimentaire constitue une source d'approvisionnement sur le long terme et bien souvent unique pour la plupart des produits³⁵.

Une étude menée à Toronto auprès de 261 jeunes sans domicile (149 garçons, 112 filles) confirme cette vulnérabilité nutritionnelle. Plus encore, à la question de la recherche de nourriture, 10% des garçons et 6% des filles déclarent voler la nourriture ou aller la chercher dans les poubelles³⁶.

Des troubles psychiatriques mal connus

Les questions liées à la maladie mentale des personnes sans-domicile restent largement inexplorées en France³⁷ contrairement à la recherche américaine³⁸.

Pourtant, la question de la prévalence des troubles psychiatriques parmi les personnes à la rue est une source d'interrogations répétées, notamment parmi les professionnels ou bénévoles intervenant auprès de ces populations. Les études orientent vers une distinction entre troubles psychotiques et troubles de l'humeur ou affectifs.

Le rapport de Médecins du monde insiste à la fois sur la fréquence des troubles psychiatriques (17,5% des consultants sans domicile versus 9,0% des autres patients) et des signes évocateurs de souffrance psychique (30,8% vs 22,0%).

En France, l'enquête de référence est celle conduite à Paris durant l'hiver 1996. Cette enquête montre une prévalence des troubles psychotiques confirmés (sans tenir compte des cas douteux) de 16% sur la vie et 6% sur 6 mois. Elle confirme une fréquence plus importante des

³³ Peretti-Watel P., *op. cit.*

³⁴ Deux articles sont consacrés à l'alimentation des populations défavorisées, analysées à la fois sur le plan de la consommation des ménages, et sous l'angle sociologique et nutritionnel. « Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale », *La documentation française*, 2006, pp. 247-78 et pp. 279-322.

³⁵ « Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 11-12, 2006.

³⁶ Tarasuk V., Dachner N., Li J., « Homeless youth in Toronto are nutritionally vulnerable », *the Journal of Nutrition.*, 135 (8), 2005, pp. 1926-1933.

³⁷ Pichon P., « Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe », in Firdion J-M., Marpsat M., *La rue et le foyer*, Paris, PUF, 2000, pp. 107-126.

³⁸ Lovell A. M., « The city is my mother. Narratives of schizophrenia and homelessness », *American Anthropologist*, 99 (2), 1997.

troubles de l'humeur (41% sur toute la vie et 24% sur 6 mois)³⁹. Cette enquête n'a pas été répétée.

Le maintien de contacts avec les proches semble jouer le rôle de facteur protecteur contre le risque de dépression d'une personne sans domicile atteinte d'une maladie chronique ou grave. C'est l'absence relative de relations avec les proches plutôt que l'absence de proches qui est le plus préjudiciable pour un sans-abri malade⁴⁰.

« [...] S'il n'est pas établi que les difficultés sociales produisent systématiquement des problèmes de santé mentale, il est largement démontré cependant que leur présence rend la guérison beaucoup plus improbable, une fois que ces problèmes sont constitués. Enfin la présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation. »⁴¹

« La question du rapport entre l'état psychique des personnes en situation d'exclusion et de précarité et l'exclusion et la précarité se pose indubitablement. Le lien de causalité est évident, mais la nature et la combinatoire des processus à l'œuvre dans la survenue des troubles mentaux chez les exclus et les précaires est d'une grande complexité. »⁴²

L'analyse sociologique des troubles psychiques de la personne sans domicile conduit à un paradoxe : « dans la rue, la « préservation de soi » passe souvent par le rêve et l'imaginaire, ce qui laisse transparaître un processus de dégradation mentale »⁴³. Pour Corinne Lanzarini, la vie à la rue favorise un « onirisme social » et la mobilisation d'identités de substitution chez ceux qui tentent de résister à leur situation de sans-domicile⁴⁴.

Les problèmes de l'accès au système de soins, du retard au diagnostic et de l'observance au traitement

De nombreuses études ont analysé les modalités de l'accès aux soins des personnes sans-domicile. Aux États-Unis, les études concluent à une fréquence d'hospitalisation plus importante que la population générale et des durées de séjour plus longues⁴⁵. En France, des études effectuées au milieu des années 90 arrivaient aux mêmes constats, à savoir des hospitalisations plus nombreuses et plus longues et des soins orientés principalement vers la première urgence⁴⁶.

Toutefois, le contexte français d'exercice des droits s'est trouvé modifié depuis 1998 : avec l'élaboration des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, la mise en place de la couverture maladie universelle, les mesures spécifiques financées dans le cadre du plan santé mentale et le développement des lits halte soins santé (LHSS).

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 a ainsi décidé de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile

³⁹ Kovess V., Mangin-Lazarus C., « La santé mentale des sans abri à Paris : Résultats d'une enquête épidémiologique », *La revue française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 9, Juin 1997, pp. 17-24.

⁴⁰ Peretti-Watel P., *op. cit.*

⁴¹ Clery-Melin P., Kovess V., Pascal J-C., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport remis à M. M. Mattei, Ministre de la Santé, septembre 2003.

⁴² Parquet P-J., *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport remis à Mme Versini, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, septembre 2003.

⁴³ Giuliani F., Vidal-Naquet P., « Les personnes sans domicile fixe. Modes de vie et trajectoires », *Les Travaux de l'Onpes 2001-2002*, pp. 359-393, p. 384.

⁴⁴ Lanzarini C., *Survivre dans un monde sous-prolétaire*, Paris, PUF, 2000.

⁴⁵ Frankish et al., *op. cit.*

⁴⁶ Marpsat M., « Les personnes sans domicile à Paris ; les résultats du programme de recherche de l'INED », *European Population Papers Series No.3*, Council of Europe, March 2002.

fixe ». Dans ce cadre ont été créés, fin 2005, les LHSS, structures d'hébergement temporaire qui s'adressent aux personnes sans domicile fixe, sans distinction de pathologie, quelle que soit leur situation administrative, et dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire (hors soins nécessitant une hospitalisation) et un accompagnement social. La durée de séjour prévisionnelle est fixée à moins de deux mois en accord avec l'avis médical. Les personnes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire qui assure les soins en continu. En 2006, 100 nouveaux lits ont été créés (plus le « rattrapage » des 170 lits du SAMU). En 2007, 200 nouveaux lits ont été créés. Il est prévu de créer 200 nouveaux lits chaque année pendant les trois prochaines années.

Pour examiner si les obstacles sont effectivement levés compte tenu du contexte nouveau de l'accessibilité aux droits, des études additionnelles sont nécessaires. Ainsi, au Canada, qui possède un système universel d'assurance maladie, de nombreuses personnes sans-domicile ne peuvent fournir de preuves de couverture sociale, car leur carte a été perdue ou volée. Dans cette étude sur trois sites à Toronto, les médecins ont au final été rétribués pour 54% des consultations⁴⁷.

Par ailleurs, d'autres obstacles peuvent intervenir, qui tiennent aux priorités accordées par la personne dans un « combat quotidien pour les fondamentaux de la vie ⁴⁸ ». Dans un récent rapport de la Feantsa, les auteurs distinguent dans les pays européens deux types d'obstacles entravant l'accès aux soins de santé :

- d'une part des obstacles structurels et institutionnels, qui renvoient au mode de financement du système de santé, aux modes de liaison entre les différents niveaux du système (soins de santé primaires et soins spécialisés) et aux modes d'organisation (inscription obligatoire ou non chez un généraliste, procédures d'orientations) ;
- d'autre part des obstacles individuels, qui renvoient au lien entre la personne sans domicile et le professionnel ou l'équipe rencontrée⁴⁹.

Enfin, une étude auprès de 350 personnes arrivant dans des hébergements d'urgence et suivies pendant 18 mois à New York rapporte que près de 80% des personnes devenues récemment sans-domicile ont cherché des traitements médicaux l'année avant de devenir sans domicile. Plus d'un tiers ont été vus dans un service d'urgence⁵⁰.

Deux types d'explication sont avancés pour comprendre la faible demande de soins des sans-abri. Premièrement, l'offre peut être défaillante, et par conséquent, la solution consiste à faciliter l'accès aux soins, en particulier grâce à de nouvelles mesures comme la CMU. Deuxièmement, le sans-abri lui-même, par « oubli de soi », préoccupé avant tout par sa survie au jour le jour, a tendance à négliger son corps. Dans ce deuxième cas, une étude⁵¹ a montré que l'émergence des formules d'accueil des sans-abri ont contribué à « faire émerger une demande de soin » par l'intermédiaire de « passeurs » non professionnels dont le travail d'« approche » ou d'« accroche » des personnes sans abri instaure la confiance nécessaire. En effet, la sociologie de la santé insiste sur le fait que la demande de soins ne peut être réduite à un face-à-face entre un malade et un système de santé. Selon cette étude, « c'est parce que [ces initiatives] offrent les opportunités de participer à infléchir les biographies

⁴⁷ Hwang S.W., Windrim P.M., Svoboda T.J. et al., « Physician payment for the care of homeless people », *Canadian Medical Association Journal*, 163 (2), 2000, pp. 170-171.

⁴⁸ Hwang S.W., *op. cit.*, p. 232.

⁴⁹ Anderson I., Baptista I., Wolf J. et al., « Face au sans-abrisme en Europe. L'évolution du rôle des services : Les obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé », *Observatoire européen sur le sans-abrisme*, novembre 2006, 34 p.

⁵⁰ Schanzer B., Dominguez B., Schrouf P.E. et al., « Homelessness, Health Status, and Health Care Use », *American Journal of Public Health*, 97, 2007, pp. 464-469.

⁵¹ Clément S., Mantovani J., « Les personnes SDF et la question de la santé », in Ballet D. (dir.), *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*, 2005, pp. 315-323.

individuelles dans un sens de moindre marginalisation des personnes qu'un travail sur le corps paraît possible »⁵².

Dans ce contexte, les actions de prévention sont souvent moins développées. Médecins du monde constate « une couverture vaccinale systématiquement plus faible chez les patients sans domicile, ceci pour tous les antigènes et en particulier le ROR et la coqueluche chez les jeunes de 15 ans ou moins (couverture 4 à 5 fois plus faible) »⁵³. Une étude effectuée à Los Angeles montre que les personnes sans domicile bénéficient moins des programmes de dépistage du cancer alors qu'elles sont souvent plus à risque. Les personnes interrogées lors de l'enquête citent non seulement les problèmes d'argent, mais également d'accessibilité et d'inconfort⁵⁴.

Une difficulté additionnelle consiste à pouvoir gérer de manière appropriée sa maladie, notamment lorsqu'il s'agit d'un état chronique. Dans une enquête concernant des personnes diabétiques (type 2) hébergées dans des abris à Toronto, les auteurs retrouvent un contrôle de la glycémie inadéquat selon les normes de l'association canadienne du diabète dans 44% des cas⁵⁵.

Ces difficultés, qui doivent être prises en compte également pour les problèmes psychiatriques, méritent d'être particulièrement étudiées, car dans certains cas des stratégies ou modalités adaptées de suivis de traitements peuvent être proposées. Ainsi des résultats probants sont décrits pour la tuberculose⁵⁶, ou pour les maladies sexuellement transmissibles⁵⁷. De même, dans l'étude citée sur la prévalence de l'épilepsie auprès des sans-domicile à Paris une proportion inattendue de patients épileptiques avaient un traitement et le prenaient avec une bonne observance, constat ayant motivé l'organisation d'une réunion de consensus de façon à adapter la prise en charge⁵⁸.

⁵² Ibid., p. 323.

⁵³ *Op. cit.*, p. 126.

⁵⁴ Chau S., Chin M., Chang J. et al., « Cancer Risk Behaviors and Screening Rates Among Homeless Adults » in Los Angeles County, *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 11, May 2002, pp. 431-438.

⁵⁵ Hwang S.W., Bugeja A.L., « Barriers to appropriate diabetes management among homeless people » in Toronto, *Canadian Medical Association Journal*, 163 (2), 2000, pp. 161-165.

⁵⁶ Lardoux C., Kern T., Laporte A. et al., « Tuberculose : impact de la stratégie DOT chez les SDF », *Journée scientifique de l'observatoire du samu social de Paris*, Décembre 2005.

⁵⁷ Grimley D.M., Annang L., Lewis I. et al., « Sexually transmitted infections among urban shelter clients », *Sexually Transmitted Disease*, 33 (11), Novembre 2006, pp. 666-669.

⁵⁸ Laporte A., Laruelle C., « Epilepsie : de la prévalence au consensus », *Journée scientifique de l'observatoire du samu social de Paris*, 13 décembre 2005.