

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**

*Isobel Anderson, Isabel Baptista,
Judith Wolf, Bill Edgar, Lars Benjaminsen,
Aristides Sapounakis et Heinz Schoibl*

novembre 2006



FEANTSA

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

L'ensemble "face au sans-abrisme en Europe" est le résultat du travail des trois groupes thématiques de recherche de l'Observatoire européen sur le sans-abrisme de la FEANTSA qui ont été créés afin de couvrir les thèmes suivants:

- L'évolution du rôle de l'Etat
- L'évolution du profil des sans-abri
- L'évolution du rôle des services

L'évolution du rôle des services: Les obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé se base sur les six articles réalisés par les correspondants nationaux de l'Observatoire européen sur le sans-abrisme. Les articles peuvent être téléchargés dans leur intégralité à partir du site Internet de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les points de vue exprimés dans cette publication sont ceux des auteurs et la Commission n'est pas responsable de l'utilisation de ces informations.

ISBN: 9789075529654

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**

Par

**Isobel Anderson, Isabel Baptista,
Judith Wolf, Bill Edgar, Lars Benjaminsen,
Aristides Sapounakis and Heinz Schoibl**

novembre 2006



FEANTSA

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

Table des matières

Introduction	3
Aperçu sanitaire et politique	4
Santé et parcours d'exclusion liée au logement	8
L'organisation des services de santé	11
Obstacles entravant l'accès aux soins de santé	19
Mesures politiques	24
Conclusions	31
Références	33
Annexe: Correspondants de l'Observatoire européen sur le sans-abrisme	36

Aperçu sanitaire et politique

Dans cette première partie, nous cadrerons le présent rapport en brossant le tableau des problématiques touchant à la santé des personnes sans domicile et en proposant un aperçu des thématiques politiques y afférentes. Si l'espace manque ici pour brosser un tableau détaillé de la littérature en la matière, quelques témoignages scientifiques sont avancés afin d'illustrer l'éventail des problématiques à traiter qui sont abordées au fil du présent rapport.

1 Problématiques de santé

La littérature traitant de la nature des problèmes de santé que connaissent les personnes sans domicile est abondante et la présente introduction se contente d'en passer succinctement en revue quelques-unes des conclusions essentielles afin d'éclairer le débat sur les facteurs qui conditionnent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé. Une série de problématiques de santé sont identifiées dans la littérature scientifique en ce qui concerne les causes de la morbidité et de la prévalence de comorbidité accrues observées chez les personnes sans domicile (Nordentoft & Wandall-Holm, 2003; OMS, 2005; Reinking *et al*, 2001; Ishorst-Witte *et al*, 2001). Les recherches montrent en effet toutes, entre autres, que seul un faible pourcentage de personnes sans domicile en général (et de gens à la rue en particulier) sont enregistrées auprès d'un prestataire de soins primaires (c'est-à-dire un médecin référent). Par conséquent, l'immense majorité éprouvent des difficultés pour accéder à des soins intégrés et consultent donc (trop) tard - dans le cycle de la maladie - pour des troubles qui auraient pu être évités ou soignés (ODPM, 2004; OMS, 2005).

LA SANTÉ MENTALE

De nombreux travaux relèvent qu'un pourcentage élevé de personnes sans domicile diagnostiquées présentent un trouble de la santé mentale (Salize *et al* [2001] évoquent 69% à Mannheim [Allemagne]). Ainsi, non seulement les besoins en termes de prise en charge de santé mentale sont très répandus mais ils ne sont le plus souvent pas rencontrés et la fréquentation des structures de prise en charge sanitaire est plus que modeste. En effet, même les territoires où les réseaux de prise en charge de santé mentale sont bien développés et intégrés à la collectivité, les personnes sans domicile présentant des troubles de la santé mentale ne sont pas correctement soignées (Salize *et al*, 2001). Salize *et al* (2001)

en concluent que c'est principalement de la filière traditionnelle des refuges pour personnes sans domicile que dépend la prise en charge des besoins de leurs usagers sur le plan de la santé mentale et qu'elle devrait donc impérativement bénéficier de l'appui des services de santé mentale traditionnels. Des liens plus étroits entre ces secteurs et une coopération accrue au niveau de la prise en charge paraissent être des conditions *sine qua non* pour combler le fossé qui sépare les besoins de ce public spécifique à très haut risque sur le plan de la santé mentale et leur prise en charge. La littérature scientifique pointe également assez largement l'impact des fermetures d'hôpitaux (psychiatriques) et des procédures de sortie des patients sur l'exclusion liée au logement dans divers pays (Grèce: voir Sapounakis, 2005; Irlande: voir Seymour & Costello, 2005; Etats-Unis: voir Lamb, 1984).

TOXICODÉPENDANCE ET RÉHABILITATION

Les dépendances (à la drogue et à l'alcool) sont des troubles fréquemment associés à l'exclusion liée au logement. Si ces deux catégories de dépendances présentent certains points communs, il convient, dans une optique de recherche, de les considérer comme des dimensions indépendantes et de les aborder comme telles. Les sources spécialisées proviennent de la littérature médicale et psychiatrique autant que des domaines des sciences sociales et de l'exclusion liée au logement. Un ouvrage très fréquemment cité (Johnson *et al*, 1997) suggère que l'abus de drogue et d'alcool est fréquemment associé à un premier épisode d'exclusion liée au logement. Des antécédents d'exclusion liée au logement ont également valeur prédictive en tant que signes d'abus d'alcool et de drogue. D'autres variables, telles que la présence ou l'absence de leviers sociaux et de moyens économiques, sont également associées aux dépendances et à l'exclusion liée au logement. Pour expliquer le lien entre exclusion liée au logement et abus de substances, il convient de tenir compte à la fois de modèles de sélection et d'adaptation, ce qui tend à indiquer qu'un modèle pluridirectionnel est mieux adapté. Les constats posés tendent en outre à suggérer que, depuis quelques années et chez de nombreuses personnes, la drogue prend le pas sur l'alcool en tant que signe avant-coureur d'exclusion liée au logement.

2 Mesures politiques

Les mesures politiques portant sur l'exclusion liée au logement évoluent rapidement depuis une dizaine d'années. Dans de nombreux pays (aussi bien en Amérique du Nord et en Australie qu'en Europe), les démarches entreprises s'éloignent de la simple prise en charge de l'urgence pour se concentrer sur la réinsertion et le relogement et, plus récemment encore, toujours selon la même approche, vers la prévention de l'exclusion liée au logement. Ces évolutions se sont produites, en partie, suite à un changement perceptuel de l'exclusion liée au logement, désormais considérée comme une problématique socioculturelle et non plus comme une situation de crise ou une pathologie personnelle. Cette évolution est également le fruit des efforts des structures de prise en charge elles-mêmes en termes de déploiement, de remise en question et de transformation des moyens, des règles et des idées à mesure qu'elles cadrent et mettent en œuvre leurs propres stratégies. Ces changements traduisent également, et c'est important, une prise de conscience de l'exclusion liée au logement en tant que manifestation des mécanismes d'exclusion sociale. Ce glissement perceptuel a débouché sur des démarches stratégiques d'action coordonnée en remplacement de politiques fondées exclusivement sur une intervention sociale ciblant l'individu. On pourrait ainsi résumer - à l'excès - le nouveau paradigme politique en quelques termes à valeur de slogan: prévention, accompagnement et coordination. Ces mots clés transcendent, davantage qu'ils remplacent, ceux qui caractérisaient les modèles précédemment en vigueur et qui ciblaient le traitement et la réinsertion. Dans le contexte des politiques de santé, ce déplacement de l'accent des politiques souligne la nécessité de développer les services d'intervention de terrain, d'améliorer les procédures en sortie d'hospitalisation, de renforcer la coordination et l'intégration des dispositifs et d'adapter les prises en charge généralistes et spécialisées, c'est-à-dire ciblées.

Conformément aux engagements pris dans diverses chartes internationales des droits, le Conseil de l'Europe a appelé ses Etats membres à adapter les services de santé à la demande de soins et de services des personnes en situation marginale. Les recommandations du Conseil de l'Europe imposent aux Etats membres, dans le cadre de diverses chartes internationales, d'adopter le cadre d'une politique cohérente et globale qui garantisse et favorise la santé des personnes vivant dans la précarité, protège la dignité humaine et empêche l'exclusion sociale et la discrimination.

Si l'approche fondée sur les droits constitue une réponse aux besoins des publics vulnérables sur le plan de la santé, d'autres démarches politiques face aux inégalités au plan de la santé ont également émergé dans le cadre des politiques d'inclusion sociale. Parmi les produits issus du projet intitulé "Lutter contre les inégalités au plan de la santé et l'exclusion sociale en Europe", financé par la DG Emploi et affaires sociales (DG EMPL), on trouve un recueil de bonnes pratiques ainsi qu'une analyse bibliographique des thèmes de la santé, de la pauvreté et de l'inclusion sociale en Europe. Ces documents affirment que les victimes de l'exclusion sociale sont confrontées à de nombreux problèmes complexes et liés en termes d'accès aux soins de santé allant de l'impossibilité pure et simple d'accéder à une prise en charge sanitaire du fait de leur situation juridique aux croyances culturelles et aux préjugés des prestataires de services en passant par la sous-alphabétisation (Tamsma & Berman, 2004). Une série de bonnes pratiques visent donc à surmonter ces difficultés et à promouvoir l'inclusion sociale par une intervention en complément des filières de santé traditionnelles. Elles portent soit sur des structures et des actions qui visent à aller vers les personnes, à les contacter dans leur environnement (soins à domicile, médiateurs interculturels et experts expérimentés), soit sur la création de services ou centres généralistes ou spécialisés d'accès aisé. Ceci dit, le rapport identifie bien six grands publics déclinés en 52 domaines mais ne parle pas des personnes sans domicile en tant que public.

INTÉGRATION DES SERVICES

La littérature scientifique (voir Bevan, 2002; Salize, 2001) fait clairement état d'un défaut de coordination entre, d'une part, les services de santé (surtout en matière de santé mentale et de dépendances) et, d'autre part les structures de logement et de prise en charge des personnes sans domicile. Nous avons abordé, dans des rapports précédents de cette collection, la question du travail interagences, ou plutôt de son absence/insuffisance (sur l'évolution de la réglementation et les conventions locales, voir Wolf, 2005; sur les structures de prise en charge des dépendances au Tyrol, voir Schoibl, 2005). Des recherches menées au Royaume-Uni évaluent également les dispositifs de prise en charge et lancent un appel au changement "tout en appelant à l'intégration des services de santé aux personnes sans domicile avec ceux dont bénéficie l'ensemble de la population, le rapport recommande que des dispositions transitoires soient prises pour améliorer les prises en charge existantes en termes de soins primaires, de services d'urgence et de traumatologie, de services de proximité et de préparation des sorties d'hospitalisation" (Royal College of Physicians, 1994; voir également Pleave & Quilgars, 2003).

Santé et parcours d'exclusion liée au logement

Les personnes sans domicile constituent un public hétérogène dont les parcours vers l'exclusion liée au logement sont aussi divers que sont différents leurs besoins sur le plan de la santé. Ainsi, nul besoin d'insister sur le fait évident que les besoins sanitaires de personnes qui vivent depuis longtemps dans la rue sont particuliers et surtout différents de ceux des jeunes sans domicile ou encore de familles occupant un logement provisoire suite à une expulsion. De même, les personnes présentant des troubles de la santé mentale ou qui abusent de substances présentent des besoins particuliers sur le plan de la santé. La littérature inventoriant les besoins sanitaires des publics spécifiques de personnes sans domicile est abondante. Le Réseau des bases factuelles en santé (OMS, 2005) en propose une analyse bibliographique et affirme que "Selon une approche médicale de la maladie, les besoins les plus répandus des personnes sans domicile concernent la dépendance à la drogue, la dépendance à l'alcool et les troubles mentaux; les doubles diagnostics sont également monnaie courante" (OMS, 2005 p. 7, citant Griffiths, 2002; Wright, 2002; Reinking *et al*, 2001; Thomson *et al*, 2000). Il signale également d'autres causes de mauvaise santé: blessures (accidentelles ou dues à des violences), mauvais état des pieds ou des dents lié à l'auto-négligence, affections de la peau et infections.

Une autre approche des besoins sanitaires des personnes sans domicile consiste à aborder les causes de l'exclusion liée au logement. Depuis quelques années, des travaux sont consacrés à la compréhension des parcours qui mènent à l'exclusion liée au logement et en sortent (Anderson, 2001; Edgar & Meert, 2006; MacKenzie & Chamberlain 2003). Certaines politiques récentes de prévention de l'exclusion liée au logement prévoient de favoriser la recherche sur les facteurs d'exclusion répétée du logement et l'étude longitudinale de ce phénomène. Toutefois, ces travaux sont d'ampleur limitée et d'apparition très récente (Stax, 2004; Pickering *et al*, 2003). Ces deux volets de recherche éclairent d'un jour nouveau les grandes causes de l'exclusion liée au logement, réparties en facteurs structurels, institutionnels, relationnels et personnels.

Les évolutions structurelles du marché immobilier, associées à la déréglementation des années 80 et 90 et aux réformes de la gouvernance, ont par exemple multiplié les obstacles au logement des ménages à revenus modestes et vulnérables (Edgar, Doherty & Meert, 2004). Cette tendance s'est entre autres accompagnée, dans de nombreux pays, d'une augmentation avérée du nombre d'expulsions déclenchant l'exclusion liée au logement. Les périodes répétées d'exclusion liée au logement sont également liées à des facteurs institutionnels tenant entre autres aux processus de désinstitutionalisation et à un manque de coordination interagences dans la définition des protocoles de sortie d'institution, notamment dans le cas des jeunes en sortie d'institut de protection de la jeunesse et des détenus libérés de prison (Edgar *et al*, 2002; Dyb, 2005). Les ruptures affectives et les violences au foyer sont depuis bien longtemps identifiées comme des déclencheurs majeurs de la spirale de l'exclusion liée au logement voire, chez la femme, d'exclusion répétée du logement (Hague & Malos, 1998). Si les recherches ont déplacé notre analyse de pathologies individuelles vers des explications d'ordre structurel, il n'en demeure pas moins que les facteurs qui sous-tendent la vulnérabilité personnelle sont eux aussi constitutifs de parcours - différents et spécifiques - aboutissant à l'exclusion liée au logement. D'une part, des recherches montrent que les parcours qui débouchent sur l'exclusion liée au logement chez les jeunes sont différents de ceux des seniors sans domicile (Anderson & Tulloch, 2003; Crane & Warnes, 2002). D'autre part, des travaux plus récents abordent les besoins des personnes sur le plan de la santé (et en particulier le double diagnostic) et envisagent de les considérer comme des entraves aux parcours de sortie d'exclusion liée au logement (Konstantakopoulos, 2003).



Tableau 1 Corrélation entre les problématiques de santé et les causes et facteurs d'exclusion liée au logement

CAUSES	FACTEURS	DECLENCHEURS	PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ
Structurelles	Pauvreté Chômage Logement	Endettement Crise financière Expulsion (loyers impayés) Expulsion (comportement)	Inscription chez un omnipraticien
Institutionnelles	Séjour en institution Famille d'accueil / orphelinat Expérience carcérale Forces armées	Sortie d'institution Sortie de foyer d'accueil/d'orphelinat Sortie de prison Démobilisation	Procédures de sortie (d'institution)
Relationnelles	Abus (enfance) Abus (partenaire) Eclatement de la famille (décès ou séparation)	Départ du foyer familial Fuite face au partenaire abuseur Adaptation à la vie en solitaire	Suivi post-hospitalier Suivi des soins (femmes et enfants)
Personnelles	Troubles de la santé mentale Difficultés d'apprentissage Alcoolodépendance Toxicodépendance	Détérioration / rechute Disparition de l'accompagnement Abus de substances Abus de substances	Affection non diagnostiquée Double diagnostic Logement et accompagnement Soins spécialisés / accueil résidentiel

Remarque: la typologie ci-dessus ne rend pas bien compte de la situation des immigrés dont l'accès aux soins de santé dépend du statut migratoire et des pratiques des différents pays en matière de protection sociale. On pourrait considérer que leur situation d'immigrés est en soi un obstacle structurel entravant l'accès des ressortissants étrangers aux soins de santé.

Enfin, le modèle “d’Assurance santé privée” (*Private health insurance* ou PHI), où les soins de santé sont financés par des primes versées par les travailleurs et les employeurs et où les prestataires de soins sont essentiellement privés. Les Pays-Bas et la Grèce, entre autres, relèvent de ce modèle. Si la FEANTSA affirme dans un rapport (2006) que ces modèles prévoient tous trois la prise en charge, sous une forme ou sous une autre, des citoyens (et des étrangers en séjour régulier) qui n’ont pas les moyens financiers d’accéder aux soins de santé, le même document apporte des éléments qui indiquent en pratique que, pour toutes sortes de raisons, l’application des dispositions des modèles de soins de santé en la matière est bien souvent problématique sur le terrain.

Figure 2 Typologie des systèmes de santé de l’OCDE (2004)

		Prestataires de soins de santé	
		Prestataires publics	Prestataires privés
Financement	Public	Modèle public intégré	Modèle public contractuel
	Privé		Modèle par prestataire d’assurance privé

Source: adapté de OCDE, Proposition de taxonomie de l’assurance santé, 2004

2 Politiques en matière de services de santé

Nous traiterons sous ce titre de la nature des politiques de santé qui, dans chaque pays, sont susceptibles de moduler l’accès des personnes sans domicile aux soins de santé.

Au Royaume-Uni, l’élaboration de la politique nationale des soins de santé relève du pouvoir central. Toutefois, la politique de santé, tout comme celle du logement, a été décentralisée vers le Parlement écossais et - dans une moindre mesure - l’Assemblée galloise et le *Northern Ireland Office*¹. L’application des politiques et la fourniture des services de santé est du ressort du *National Health Service* (NHS), institution compétente sur tout le territoire britannique mais dont l’action se déploie par l’intermédiaire de structures régionales et locales complexes spécifiques de chacune des quatre entités qui composent le Royaume-Uni. Toutefois, si les détails de l’élaboration et de l’application varient, la direction générale de la politique de santé reste largement sous l’emprise

du gouvernement central issu du *New Labour* (le parti travailliste rénové). En théorie, les personnes sans domicile doivent avoir accès à toutes les prestations du NHS au même titre que toute la population. En pratique toutefois, de nombreux rapports de recherche et documents de politique témoignent d’obstacles entravant l’accès des personnes sans domicile à ces services.

Les acteurs clés de la mise en œuvre de la politique de santé sont les autorités et conseils stratégiques qui commanditent et supervisent les services. L’emprise de ces agences déborde généralement le niveau municipal en charge du logement et de l’exclusion liée au logement. Dès lors, des accords de partenariat doivent être trouvés pour chapeauter des territoires asymétriques. Les autorités/conseils stratégiques sont également compétents en matière de santé publique, de promotion de la santé et de services préventifs - encore que l’exercice de cette compétence requière généralement la conclusion d’accords de partenariat et la délégation de certains services.

En Angleterre, le *Priorities and Planning Framework 2003-2006* (“Cadre 2003-2006 des priorités et de programmation”, PPF), qui élève les inégalités au plan de la santé au rang de priorité clé du NHS, identifie les personnes sans domicile en tant que public vulnérable et fixe l’objectif de réduire de 10% les inégalités au plan de santé à l’horizon 2010 (ODPM, 2004, p. 6). Le rapport *Health Scotland* (“Santé en Ecosse”, 2004) reconnaît qu’en matière de politique sanitaire, l’objectif général de réduction des inégalités au plan de la santé doit tenir compte des besoins des personnes sans domicile. En 2001, les *Scottish Executive Guidance* (“Directives de l’exécutif écossais) adressées au Conseils du NHS imposent à ces derniers d’élaborer et de mettre en œuvre d’ici 2002 des Plans d’action en matière de santé et d’exclusion liée au logement énumérant les initiatives territoriales qu’ils entendent mener pour aborder les besoins sanitaires des personnes sans domicile. Certains de ces plans ont permis l’émergence de nouvelles prises en charge pour les personnes sans domicile, à l’instar de formations communes et de procédures conjointes de sortie d’hôpital visant à prévenir l’exclusion liée au logement. Ces plans doivent être liés aux stratégies locales de santé mentale et de prise en charge de l’alcoolisme et de la toxicomanie. Somerville *et al* (2003) expliquent qu’au Pays de Galles, les écrits officiels concernant l’exclusion liée au

¹ Le *Northern Ireland Office* assume provisoirement le pouvoir en Irlande du Nord jusqu’à la levée de la suspension de l’Assemblée nord-irlandaise, qui reste d’ailleurs sous la menace d’une dissolution définitive si les partis politiques de la province ne parviennent pas à s’entendre.

Dans son dernier Rapport annuel sur l'état des soins de santé (Staat van de Gezondheidszorg, 2005), l'Inspectorat néerlandais de la santé constate l'amélioration, ces dernières années, du fonctionnement du filet de sécurité destiné à prendre en charge les besoins sanitaires ou sociaux des personnes qui, pour diverses raisons, n'ont pas recours aux filières curatives traditionnelles.

Si, en théorie, la plupart des personnes sans domicile ont officiellement accès aux filières sanitaires traditionnelles aux Pays-Bas², elles recourent en pratique essentiellement aux services fournis ou organisés par les structures de prise en charge des personnes sans domicile, par les Services municipaux de santé, par les services de santé mentale et par les structures de prise en charge des dépendances. Ces quatre catégories de prestataires de soins de santé offrent tous - à des intensités différentes - des services qui ciblent spécifiquement les personnes sans domicile présentant des troubles de la santé physique ou mentale ou des dépendances. Nous survolerons (cf. infra) ce que chacune propose aux personnes sans domicile présentant des besoins sanitaires - même si les limites de leurs périmètres respectifs tendent à s'estomper.

En Grèce, les services de santé sont de trois types: services de santé primaires ("traitement hors de l'environnement hospitalier"), traitements hospitaliers et traitements hospitaliers spécialisés. Des prestataires de soins de santé publics et privés viennent compléter ce dispositif. Les personnes sans domicile ont accès aux premiers. Enfin, on constate l'apparition très récente de plusieurs structures, principalement d'inspiration associative, spécialisées dans la prise en charge des publics cibles vulnérables présentant des besoins complexes.

Etant donné que la notion de médecin de famille ou d'omnipraticien en tant que structure d'appui est absente du paysage médical institutionnel en Grèce, tous les hôpitaux ou presque possèdent une consultation ambulatoire de soins primaires. Les villages et zones rurales éloignés des hôpitaux sont dotés de centres de santé liés à l'hôpital le plus proche sur les plans administratif et médical. Des centres de santé sont également apparus récemment en milieu urbain dans certaines municipalités pour prendre la relève des services de soins ambulatoires des hôpitaux. L'expansion des centres de santé urbains en remplacement des services de soins ambulatoires en milieu hospitalier constitue un volet significatif de la politique de santé en Grèce. Chaque municipalité dispose de ses propres unités médicales qui prennent en charge les besoins sanitaires de la population locale. La taille de ces centres dépend de l'importance de la municipalité et de sa situation financière. L'accès aux unités médicales municipales est gratuit pour tous

les citoyens. En Grèce, certains départements de la sécurité sociale possèdent leurs propres services de santé qui prennent en charge les besoins sanitaires de leurs bénéficiaires ayant droit à la gratuité des soins. Les départements de la sécurité sociale qui ne possèdent pas leur propre service de santé collaborent avec certains médecins du secteur privé. Leurs bénéficiaires ont donc droit, eux aussi, à la prise en charge gratuite des besoins médicaux.

Dans la filière de santé traditionnelle, les traitements hospitaliers sont prodigués par les hôpitaux publics et privés. 40% des hôpitaux de la grande agglomération athénienne sont publics, 60% étant privés. Ceci dit, 70% des lits appartiennent aux hôpitaux publics. Quoi qu'il en soit, le nombre de lits est insuffisant au regard des besoins sanitaires de la population. Les personnes en situation d'urgence médicale sont prises en charge par l'EKAB (Centre national d'aide médicale urgente) et acheminées gratuitement sur l'hôpital le plus proche où elles reçoivent un traitement immédiat. Les cliniques privées sont des unités de soins financièrement indépendantes, de taille modeste et qui collaborent souvent avec les services de la sécurité sociale.

Pour pouvoir bénéficier de la gratuité des soins secondaires, les personnes qui ont besoin d'un traitement médical prodigué par la filière traditionnelle doivent être allocataires sociales ou, à défaut, posséder la "vignette pauvreté" accordée aux revenus les plus modestes ou relever du "statut humanitaire" accordé aux réfugiés. Pour tous les autres patients, les soins de santé secondaires sont normalement payants.

Les services de santé tertiaires concernent les hôpitaux et cliniques spécialisés qui traitent des pathologies spécifiques (par exemple le VIH/sida ou le cancer). La plupart des services médicaux spécialisés sont publics. L'accès aux traitements médicaux spécialisés évoqué ci-dessus répond aux mêmes principes que l'accès aux filières traditionnelles. Au sens médical du terme, la prévention n'est pratiquée que dans

² Le système de santé néerlandais se divise en soins préventifs (relevant des SMS), soins ambulatoires (dont sont chargés les médecins généralistes, cabinets de consultation, aides-soignants et organismes prestataires de soins à domicile), traitements médicamenteux (via les pharmacies), et prise en charge hospitalière et spécialisée, des seniors et des personnes handicapées et de la santé mentale (confiée aux hôpitaux psychiatriques et services ambulatoires de santé mentale et de prise en charge des dépendances). Voir van der Maas, P. J. & Mackenbach, J. P., *Volksgesondheid en gezondheidszorg*, Elsevier/Bunge, Maarssen, 1998.

déclarent qu'en cas de problème de santé, elles se tournent généralement vers les urgences des hôpitaux. La citation ci-dessous est exemplaire à cet égard:

“Je continuerai d’aller à l’hôpital. J’entre par les urgences parce que je n’ai pas de médecin de famille (...) Quand on me demande ma médicarte, je dis que je l’apporterai la prochaine fois et c’est comme ça qu’on me laisse entrer” (Baptista et al, 2002: 61).

Malheureusement, ce type d'accès aux services de santé ne permet pas de rencontrer les besoins sanitaires des personnes sans domicile dans toute leur complexité. Pour aborder ce problème, les structures de prise en charge des personnes sans domicile sont de plus en plus nombreuses à élargir l'éventail des services qu'elles proposent pour y inclure l'assistance médicale. Un tiers des structures proposent désormais une prise en charge de la santé. Celle-ci concerne généralement deux catégories de services: accompagnement direct à travers la mise à disposition de soins de santé de base (tels que premiers soins infirmiers et dépistage des principales pathologies qui touchent ce public) et procédures interinstitutionnelles d'orientation des patients destinées à faciliter l'accès des personnes aux filières traditionnelles et à un éventail plus large de soins de santé. Plus récemment, de nouvelles prises en charge ont fait leur apparition, au titre de l'intervention de rue, à travers des équipes sanitaires de terrain, généralement basées en milieu urbain (Lisbonne et Porto), dont les principaux objectifs sont "l'amélioration de l'état sanitaire de la population sans domicile", "la sensibilisation accrue aux services publics disponibles" et "des soins de santé aux personnes sans domicile porteurs de bien-être physique, psychique et social". Certains dispositifs de prise en charge de l'exclusion liée au logement donnent également accès à des traitements spécifiques de la toxicodépendance (programmes de substitution à la méthadone). Ces programmes spécifiques sont possibles après l'adoption de protocoles négociés avec un organisme spécialisé qui s'occupe de leur administration et qui relève de la tutelle directe du Ministère de la santé. Cette source de financement fait désormais partie du cœur de cible des structures du secteur de l'exclusion liée au logement (dont le financement principal relève du Ministère de la solidarité et de la sécurité sociale) qui y voient un moyen de compléter leurs ressources financières.

En Estonie, par contre (pays qui relève du modèle de l'Assurance-santé sociale), le principal format d'aide médicale accessible aux personnes sans domicile est l'appel aux services ambulanciers (qui sont les principaux prestataires de premiers soins du pays car ce service est gratuit pour tous en Estonie sans distinction de situation au plan de l'assurance-santé). Le nombre d'appels au service des ambulances de Tallinn passés par ou pour des personnes sans domicile est passé, entre 1999 et 2005, de 353 à 1 499 (voir le Tableau n°2).

Tableau 2 Appels aux services d'urgences hospitalières à Tallinn

	Total des appels	Admissions	Pourcentage d'admissions	Appels de SDF	Admissions	Pourcentage d'admissions
2001	53927	19421	36,0	619	195	31,5
2003	51189	20365	39,8	1014	371	36,6
2005	60662	23757	39,2	1499	421	28,1

Source: Ambulances de Tallinn (<http://www.tems.ee>)

En ce qui concerne le recours aux filières de santé traditionnelles au Danemark, aucune statistique n'est disponible quant au nombre de personnes sans domicile inscrites auprès d'un omnipraticien. Toutefois, une enquête menée auprès d'anciens usagers de foyers d'hébergement montre que ce public consulte plus souvent en médecine générale que le danois moyen (Geerdsen et al, 2005)³:

Tableau 3 Comparaison des consultations en médecine générale des usagers de foyers d'hébergement d'insertion par rapport à l'ensemble de la population

Nombre de consultations en médecine générale	Usagers de foyers d'hébergement (%)	Ensemble de la population (échantillon d'1%)
0	16	16
1 - 2	16	21
3 - 4	12	16
4<	56	47
Total	100	100
N	2.938	44.000

Source: Geerdsen et al, 2005: 68), Données registre, p < 0,001

³ Usagers de foyers d'hébergement d'insertion en 1997, données registre de 2001.

Les anciens usagers de foyers d'hébergement d'insertion, en particulier, sont proportionnellement plus nombreux que la population en général à consulter un médecin généraliste plus de quatre fois par an (56%, contre 47%). D'autres résultats de cette étude montrent que ce public consulte en moyenne deux fois plus souvent un omnipraticien que le citoyen moyen. En outre, le nombre de consultations augmente plus rapidement avec l'âge au sein de ce public que parmi la population dans son ensemble. Cette augmentation commence dès la tranche d'âge des 40-44 ans, ce qui tend également à indiquer que bien des personnes sans domicile sont encore relativement jeunes lorsqu'elles contractent des troubles somatiques graves. De même, le nombre d'hospitalisations est significativement plus élevé chez ce public que parmi la population (voir le Tableau n°4).

Tableau 4 Comparaison des hospitalisations d'usagers de refuges et de la population dans son ensemble

Hospitalisations (2001)	Usagers de refuges	Ensemble de la population
0	82	95
1-10	17	5
10 <	1	0
Total	100	100
N	2.938	44.000

Source: Geerdsen et al, 2005: 72), Données registre, p < 0,001

Au Royaume-Uni, Anderson & Barclay (2003) ont passé en revue de nombreux travaux portant sur la santé et le logement et relèvent un intérêt croissant pour la relation entre santé et exclusion du logement en tant que domaine d'investigation et de politique. Ils relèvent que ces recherches démontrent que les personnes seules sans domicile, surtout lorsqu'elles sont à la rue, rencontrent des obstacles qui entravent leur accès aux soins de santé primaires et leur inscription auprès d'un médecin référent. Les généralistes éprouvent des difficultés pour obtenir le dossier médical de ces patients, ce qui complique le suivi médical. Il est à noter que de nombreuses études pointent une pénurie de centres de désintoxication et de réhabilitation (et de solutions d'hébergement de transit adaptées) pour personnes sans domicile dépendantes de la drogue ou de l'alcool. Les besoins des personnes sans domicile sur les plans à la fois politique et pratique sont de plus en plus reconnus, en termes non seulement de prise en charge de la santé physique et mentale mais aussi d'accompagnement de l'obtention et de la pérennisation d'un logement. De fait, il s'agit désormais d'un domaine clé de coopération entre professionnels du logement, de la santé et de l'aide sociale.

Griffiths (2002) s'est penché spécifiquement sur les structures de santé sous l'angle des besoins des personnes qui dorment dans la rue. Ces besoins ne figuraient pas spécifiquement dans les documents de politique du Ministère de la santé à l'époque et le NHS et les structures de prise en charge des sans-abri n'avaient pas l'habitude d'échanger leurs données ni de travailler main dans la main pour s'acquitter de leurs missions. Toutefois, l'obligation de lutter contre les inégalités sociales et de santé était implicite. Les "trusts" de soins primaires du NHS sont tenus d'élaborer un *Health Improvement Modernisation Plan* ("Plan de modernisation visant à l'amélioration de la santé", p. 4) et de s'engager sur la voie du partenariat opérationnel. Parmi les autres initiatives des pouvoirs publics dans ce domaine (p. 5), on notera: *SureStart* (prévention des troubles de la santé mentale), les *Drug Action Teams* ("Equipes d'intervention en toxicomanie" ou DATs) qui s'occupent de problèmes d'abus de drogue et de certaines situations de besoins complexes/double diagnostic, les *Health Improvement Plans* ("Plans d'amélioration de la santé") en milieu carcéral et le programme *Supporting People* d'accompagnement relatif au logement.

Somerville *et al* (2003) ont mené une analyse bibliographique de la littérature portant sur l'accès des personnes sans domicile aux services médicaux, d'aide et d'accompagnement afin d'étayer les politiques au Pays de Galles. Ils identifient sensiblement le même large éventail de problématiques, auxquelles ils ajoutent l'auto-négligence et les tendances auto-destructrices et suicidaires. Les auteurs ont trouvé un grand nombre de recherches éclairant les situations locales et assez peu de travaux d'ampleur nationale.

En Grèce, comme dans d'autres pays où les services de santé primaires sont aisément accessibles, les personnes sans domicile y ont souvent recours sans s'inquiéter de l'impossibilité de garder la trace des motifs de leurs consultations. Etant donné que le Gouvernement grec ne reconnaît pas officiellement l'existence de l'exclusion liée au logement en tant que problématique sociale, la prise en charge spécialisée de ce public cible spécifique est pratiquement inexistante en Grèce. Les seules structures de santé spécialisées dans la prise en charge des personnes sans domicile sont associatives et confessionnelles. Il s'agit de consultations bénévoles et de soins médicaux gratuits pour les exclus sociaux.

Deux associations (Praxis et Médecins sans frontières) ont ouvert en novembre 2004 à Athènes et Thessalonique des antennes médicales de prise en charge des besoins sanitaires des personnes sans domicile. Leurs usagers sont issus de divers publics d'exclus sociaux: demandeurs d'asiles, réfugiés, immigrés, rapatriés, anciens détenus ou internés, etc. Médecins sans frontières finance et administre également à Athènes une unité médicale mobile qui propose des soins et un accompagnement psychologique gratuits aux personnes dépendantes de la drogue et de l'alcool. L'OKANA est une association qui intervient, elle aussi, auprès de ce public - qui compte beaucoup de personnes sans domicile - pour lui proposer des soins médicaux gratuits, un accompagnement social et des tests de dépistage préventif. L'Eglise orthodoxe grecque possède encore, dans le centre d'Athènes, une unité médicale qui offre des soins gratuits aux personnes et familles sans domicile.

En lien étroit avec les soins de santé spécialisés destinés à la population sans domicile, on constate depuis quelque temps l'apparition dans le pays de dispositifs d'intervention de rue. Certaines de ces structures, d'apparition récente et généralement d'inspiration associative, bénéficient de l'appui des municipalités. Ces approches ont un impact bénéfique significatif étant donné qu'une frange non négligeable des personnes sans domicile mènent une existence cachée.

En Autriche, les structures de prise en charge des personnes sans domicile se concentrent traditionnellement sur l'intervention en situation d'urgence. Les dispositifs ciblant la prévention et l'insertion sont d'apparition très récente. L'intégration des filières médicales et sanitaires dans la prise en charge des personnes sans domicile n'est donc possible que depuis quelques années. Les mesures et procédures d'intégration systématique des interventions sociales et médicales restent rares. Toutefois, la comparaison de données d'enquêtes de 1997 et 2006 révèle que les structures de prise en charge des personnes sans domicile prennent progressivement conscience des besoins de leurs usagers sur le plan de la santé et commencent à employer du personnel de formation et d'orientation sanitaire. En 2006, 12% du personnel des structures de prise en charge des personnes sans domicile possédaient une formation médicale (Schoibl, 2006), contre 5% environ en 1997 (Eitel & Schoibl, 1998).

Une enquête portant sur les usagers des services de prise en charge et d'hébergement d'urgence de Salzburg montre que beaucoup d'usagers de refuges d'urgence bénéficient durant leur séjour d'un traitement prodigué par diverses filières du système de santé (services hospitaliers ou psychiatriques, traitement ambulatoire ou médecine de ville). L'un des résultats les plus significatifs de cette enquête a été de démontrer empiriquement que les besoins sanitaires des usagers des refuges d'urgence diffèrent sensiblement selon le sexe (Holzner, 1999).

Le déficit de coordination entre les filières des services de santé (services résidentiels et ambulatoires, médecine générale et spécialités) est criant. De plus, il n'existe aucun cadre juridique permettant d'institutionnaliser la coopération entre services des diverses filières du système de santé et la collaboration se fonde essentiellement sur des accords informels reposant principalement sur la volonté des personnes de travailler ensemble (Schoibl, 2005). Nombre de structures de prise en charge des personnes sans domicile ont commencé à se doter par elles-mêmes de réseaux complexes de prise en charge sanitaire.

Si les données empiriques indiquent que les personnes sans domicile ont accès aux services de santé, les travaux cités dans tous les pays mettent en exergue des entraves significatives. Nous revenons ci-dessous sur ces obstacles et les témoignages qu'en fournissent les travaux nationaux.

Obstacles entravant l'accès aux soins de santé

Face au constat scientifique, régulièrement répété selon lequel l'état sanitaire des personnes sans domicile est moins que celui de la population en général au regard de toute une série d'indicateurs, il est particulièrement important de comprendre la mécanique des obstacles qui entravent l'accès aux soins de santé, du point de vue tant des personnes sans domicile elles-mêmes que des structures qui les prennent en charge et des filières de santé. Le bilan des recherches menées dans la plupart des pays suggère que ces obstacles sont, d'une part, d'ordre structurel et institutionnel et, d'autre part, liés à l'entregent individuel.

Somerville *et al* (2003, p. 20) identifient quatre obstacles clés: le manque de souplesse des procédures administratives, l'attitude négative du personnel de santé, l'ignorance des structures intégrées à la collectivité et les réticences que suscite, chez certains omnipraticiens, la perspective de traiter des personnes sans domicile. D'autres études menées au Royaume-Uni (Pleace & Quilgars, 2004) pointent également, au rang des principaux obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé, un certain nombre de facteurs administratifs en partie liés à l'obligation faite à ces dernières de posséder une adresse officielle. Les personnes sans domicile sont également confrontées à des obstacles tenant à un problème d'attitude, certains personnels administratifs et sanitaires allant jusqu'à refuser de les prendre en charge. Dans certains cas, les troubles de la santé mentale ou la dépendance à la drogue et/ou à l'alcool, compliquent singulièrement l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé ou en remettent en cause la continuité.

La géographie est également susceptible de peser lourdement sur la prise en charge sanitaire des personnes sans domicile. Il leur est par exemple difficile d'accéder à des structures de prise en charge de la santé mentale ou des dépendances en milieu rural (Somerville *et al*, 2003). Pleace & Quilgars (2004) constatent également que cette ruralité pose des difficultés en termes de soins spécialisés et que les services de santé ruraux ne sont pas habitués aux besoins de certains publics (par exemple les femmes sans domicile ayant fui les violences au foyer).

Des problèmes spécifiques sont susceptibles de concerner certains publics de personnes sans domicile. Il est par exemple particulièrement difficile pour celles qui présentent des besoins multiples (dépendance à la drogue ou à l'alcool et troubles de la santé mentale) d'accéder à une prise en charge sanitaire appropriée. Nous l'avons déjà dit, des travaux consacrés aux besoins en termes d'accompagnement des femmes sans domicile avec enfants fuyant les violences domestiques pointent les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder à une guidance et à une prise en charge de santé mentale du fait de retards administratifs et de la rareté des dispositifs disponibles (Edgar *et al*, 2003; Hague *et al*, 2000).

Les rares études disponibles concernant la situation des personnes sans domicile au Portugal établissent un lien de cause à effet direct et réciproque entre mauvaise santé et exclusion liée au logement. Les parcours sanitaires et l'état de santé des personnes à un moment donné sont considérés comme des déclencheurs importants de la spirale de la marginalisation (au même titre que le chômage, l'absence de couverture sociale, la dégradation de la situation financière, des dépenses insurmontables ou une rupture familiale) qui contribuent en outre à la prolongation de l'exclusion liée au logement puisqu'ils entravent la réinsertion (inaptitude au travail, besoins sanitaires non rencontrés, perte de capacités et d'estime de soi, soins de santé inadéquats).

Nous nous penchons ci-dessous sur ces déclencheurs et facteurs structurels, institutionnels et individuels qui constituent autant d'obstacles susceptibles d'entraver l'accès des personnes sans domicile aux prises en charge sur le plan de la santé.

1 Obstacles structurels et institutionnels

Les obstacles structurels résultent soit des droits en termes d'accès aux soins de santé soit des méthodes qui régissent leur exercice. Nous avons décrit (cf. supra) trois modèles de systèmes de santé. Dans certains pays, les soins primaires, secondaires et hospitaliers (à l'exclusion des soins dentaires) sont disponibles gratuitement au point d'accès et financés par la fiscalité (Danemark et Royaume-Uni). Dans d'autres, le moteur de l'accès aux soins de santé est un système d'assurance-santé (Pays-Bas, Grèce). Enfin, dans un troisième groupe de pays, l'accès aux soins de santé est gratuit pour les personnes à bas revenus (Portugal).

Dans les pays (dont le Danemark et Royaume-Uni) où les soins sont gratuits au point d'entrée, les obstacles à l'accès des personnes sans domicile concernent les soins primaires et spécialisés. Les données de plusieurs pays soulignent l'obstacle particulier que constitue l'obligation de posséder une adresse officielle pour accéder aux soins de santé primaires prodigués en médecine générale.

Les obstacles structurels et institutionnels qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé au Danemark tiennent essentiellement, d'une part à l'organisation générale des services de santé qui n'est pas prévue pour assurer la prise en charge de ce public et d'autre part au manque d'intégration des services. Le financement du système de santé par la fiscalité signifie que les personnes sans domicile ne rencontrent pratiquement pas d'obstacle économique direct pour accéder aux soins de santé - poser ce constat constitue d'ailleurs probablement un préalable des travaux (évoqués plus hauts) qui montrent que les personnes sans domicile sont plus grosses consommatrices de soins de santé que le citoyen lambda. Toutefois, la prise en charge sanitaire des personnes sans domicile est largement tributaire des filières généralistes et traditionnelles. Cette dépendance crée un problème de continuité du traitement des affections chroniques étant donné que la plupart des personnes sans domicile se tournent vers les urgences des hôpitaux.

Des données britanniques montrent que dans ce pays, l'approche contractuelle du Service national de santé (NHS) influence considérablement les décisions des omnipraticiens. Griffiths (2002, p. 6) souligne par exemple que les "les généralistes sont clairement dissuadés d'inclure des gens à la rue à leur patientèle". Dans le même ordre d'idées, Lester (2003, p. 57) indique que le "marché dans le marché" que constitue le NHS décourage par des "moyens dissuasifs structurels" les médecins généralistes tentés de soigner des patients sans domicile ou nomades. Le surcroît de travail administratif et de frais qu'entraîne la prise en charge de ce public, de même que la crainte de ne plus atteindre certains objectifs cliniques, influent aussi sur les décisions des institutions de soins en la matière. Ayant passé en revue diverses sources, Lester (2003, p. 56) cite des données indiquant une grande variabilité du taux d'enregistrement des personnes sans domicile auprès de médecins généralistes selon les sous-catégories spécifiques auxquelles elles appartiennent (sans-abri dormant dans la rue ou en refuge, personnes sans logement séjournant en bed and breakfast, etc.). Ce taux varie en effet de 24% à 92% selon les publics. Des professionnels écossais interrogés dans le cadre d'une enquête récente (Watterson et al, 2006) indiquent que les cabinets de soins généraux et infirmiers sont désormais tenus par des contrats d'objectifs et que certains patients (tels que les consommateurs de drogue et les gens du voyage) restent économiquement moins "intéressants", ce qui crée des entraves institutionnelles en termes d'accès aux soins.

Les données de la plupart des pays associés à la rédaction de ce rapport signalent que l'absence de lien structurel entre la personne sans domicile et un médecin traitant influe sur la continuité des soins, l'accès aux prescriptions médicales et l'orientation vers les soins secondaires.

En Grèce, le Système national de santé (ESY) assure à tous la prise en charge sanitaire de base, les frais étant pris en charge par l'assurance santé des patients. Les personnes sans ressources ont accès à ce que l'on appelle la "vignette pauvreté" qui leur donne droit à un traitement médical complet. Dans la plupart des cas, le personnel social des refuges pour sans-abri ou les services sociaux des hôpitaux traditionnels aident les personnes sans domicile à obtenir cette vignette et donc les soins primaires et/ou spécialisés dont elles ont besoin. Par contre, la situation des immigrés et des demandeurs d'asile est plus précaire. Pour accéder au Système national de santé, ils doivent être recommandés par un organisme d'accompagnement social officiel ou associatif (comme Praksis, la Croix-Rouge ou Médecins sans frontières).

Ce bref aperçu des obstacles structurels et institutionnels qui entravent l'accès aux soins de santé montre que si des barrières de ce type existent dans les trois systèmes de santé, il est possible d'y distinguer deux catégories d'obstacles différents. On trouve, d'une part, des obstacles liés à l'exclusion: l'absence de domicile ou le défaut d'assurance ou de citoyenneté sont des obstacles susceptibles de barrer l'accès à toute prise en charge médicale au-delà de l'urgence ou des soins les plus basiques. On peut considérer que ces obstacles renvoient au mode de financement du système de santé et aux liaisons entre soins de santé primaires (c'est-à-dire généralement prodigués par un omnipraticien), les soins d'urgence et les soins spécialisés (traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des troubles de la santé mentale). D'autre part, on rencontre des obstacles réglementaires. Ces derniers renvoient à l'obligation d'inscription auprès d'un médecin généraliste et aux procédures d'orientation (voire de recommandation) vers une prise en charge hospitalière ou spécialisée (l'obligation, par exemple, de passer par un généraliste). Ces deux types d'obstacles remettent en cause l'accès aux soins et leur continuité et risquent donc d'affecter la démarche de réinsertion ou de relogement des personnes sans domicile.

2 Obstacles individuels⁴

L'entregent individuel, qu'il s'agisse du personnel des divers services concernés ou des personnes sans domicile, conditionne de diverses manières l'accès de ces dernières aux soins de santé. Pour aborder l'entregent des personnes sans domicile, il faut tenir compte de l'hétérogénéité de ce public. Quant à l'entregent du personnel médical et social, il est fonction, pour partie, de facteurs institutionnels tenant entre autres à la formation, aux rapports hiérarchiques et aux procédures opérationnelles, et pour le reste, des attitudes et du professionnalisme de chacun.

Les recherches de divers pays confirment l'importance de l'entregent des personnes sans domicile dans deux domaines au moins. D'une part, l'état de santé des personnes sans domicile constitue une source potentielle d'exclusion liée au logement (santé mentale, sortie volontaire d'hôpital ou d'institution, etc.) ou de prolongation de cette situation (manque d'estime de soi, résignation à un mauvais état de santé,... autant de situations porteuses de rupture dans la continuité des soins). D'autre part, l'entregent peut jouer un rôle important selon la situation personnelle des personnes à un moment donné. Les tendances autodestructrices ou à l'autonégligence ou encore le niveau d'estime de soi sont prégnantes en ce qu'elles conditionnent l'accès aux soins de santé des gens à la rue ou itinérants. L'accompagnement social, qu'il soit formel ou informel, renforce la probabilité de voir une personne sans domicile se présenter à ses rendez-vous médicaux ou suivre régulièrement un traitement de longue haleine.

Au Royaume-Uni, Lester (2003) avance que les personnes sans domicile, y compris lorsqu'elles font elles-mêmes le constat de leur mauvaise santé, retardent bien souvent toute consultation. Pleace & Quilgars (2004) identifient des données suggérant que la formation des professionnels de santé est porteuse d'amélioration de la satisfaction des patients. Une étude de cas écossaise a montré que si les personnes sans domicile sont globalement satisfaites des services de santé, des progrès sont encore possibles sur le plan de l'attitude des professionnels de santé (Anderson, 2006). Certains usagers indiquent avoir ressenti l'hostilité de certains, par exemple au travers de soupçons arbitraires de consommation de drogue. De même, si certains fonctionnaires du NHS sont perçus comme des professionnels sensibles et attentionnés vis-à-vis des personnes sans domicile, d'autres acteurs concernés considèrent que l'institution dans son ensemble fonctionne selon une approche trop strictement médicale de la santé plutôt que comme un appareil social plus souple. Divers travaux menés au Portugal posent des constats du même ordre (Baptista, 2002).

⁴ Remarque: nous parlerons d'"entregent" pour traduire le concept anglais d'agency, désignant ici non pas une structure organisationnelle mais bien l'aptitude de chaque personne à agir "en médiateur", à servir d'"intermédiaire" pour faire évoluer favorablement sa propre situation. Ce terme s'applique aussi bien aux personnes sans domicile qu'aux décideurs et aux professionnels sociaux et de santé.

Mesures politiques

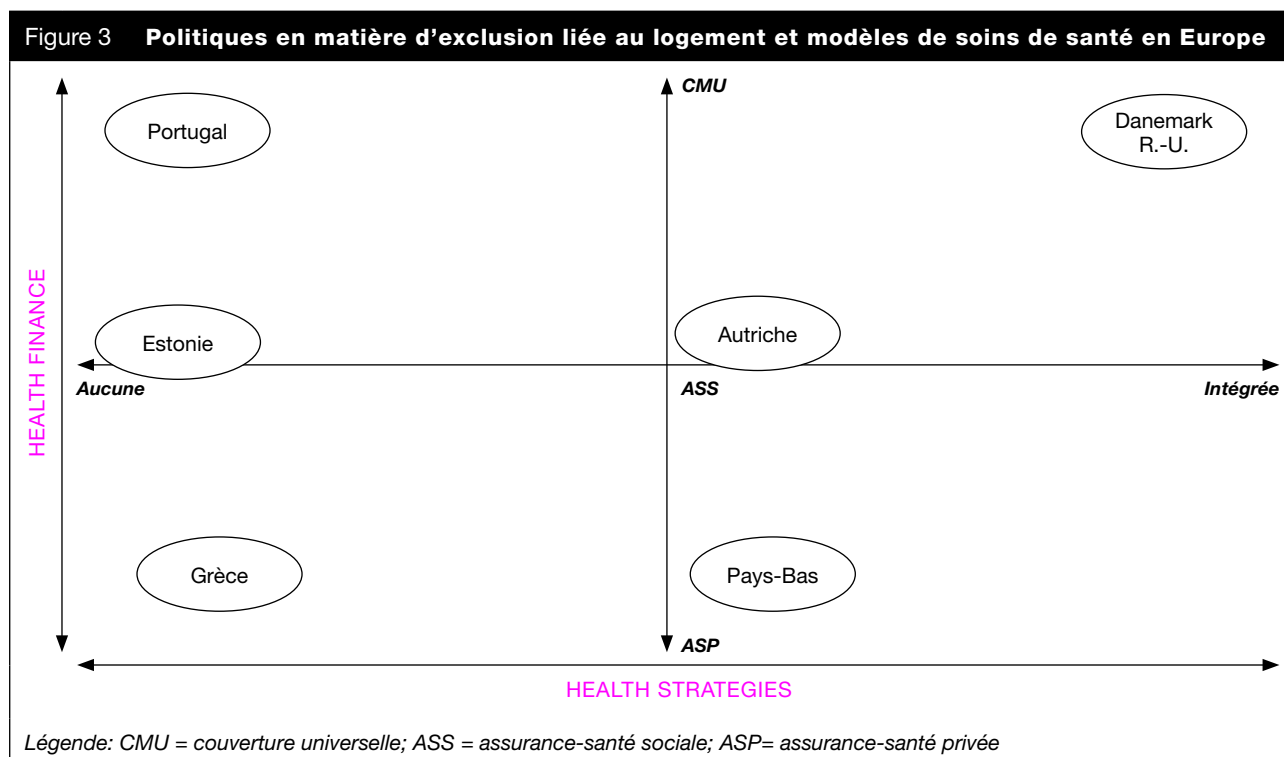
1 Contexte

Pour appréhender les mesures politiques visant à garantir la prise en charge de tout l'éventail des besoins sanitaires des personnes sans domicile à travers l'Europe, il faut tout d'abord saisir la nature des politiques générales de lutte contre l'exclusion liée au logement et comprendre leur articulation avec les structures spécifiques de prise en charge sur le plan de la santé. Le graphique ci-dessous (voir Figure n°3) situe les pays sur l'axe des stratégies de lutte contre l'exclusion liée au logement (abscisse) par rapport à celui des modèles de soins de santé (ordonnée). On trouve ainsi, aux deux extrêmes, les pays appliquant la couverture-santé universelle et possédant des politiques développées en matière d'exclusion liée au logement (à l'instar du Danemark et du Royaume-Uni) et des pays où l'accès aux soins de santé est restreint (du fait de modèles d'assurance-santé sociale ou privée) et où les politiques en matière d'exclusion liée au logement sont rares ou peu évoluées parce que cette problématique ne constitue pas une priorité d'action publique (c'est le cas, entre autres, en Grèce et en Estonie). Entre ces extrêmes, on trouve des pays (comme les Pays-Bas) où la politique de lutte contre l'exclusion liée au logement, prioritaire,

se greffe sur un modèle d'assurance-santé privée ou privatisée, et, enfin, des pays (le Portugal) où, dans un contexte de couverture-santé universelle, l'exclusion liée au logement n'est pas une priorité. Nous utiliserons ce classement simple comme toile de fond pour proposer, dans cette cinquième partie, un inventaire des mesures politiques.

2 Mesures politiques

Notre examen des données issues des pays étudiés révèle trois grands types de mesures politiques visant à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes sans domicile. Elles concernent l'amélioration des filières traditionnelles de soins de santé, l'offre de dispositifs alternatifs et la mise en place de mesures visant à améliorer l'accès des personnes sans domicile aux soins spécialisés (voir l'Encadré n°2). Ces approches sont décrites sur base d'un échantillon des données issues des pays étudiés.



En matière de prise en charge des dépendances, on constate l'émergence récente d'une coordination plus systémique des acteurs concernés qui, si elle ne porte pas spécifiquement sur la population sans domicile, contribue à en rencontrer les besoins spécifiques. L'existence d'une Stratégie nationale de lutte contre la drogue et la dépendance depuis la fin des années 90 a permis l'émergence de dispositifs spécifiques dans ce domaine et le renforcement de la coordination et de la collaboration interagences en prévention, traitement et réhabilitation.

Un bilan de la recherche mené au Royaume-Uni (Pleace & Quilgars, 2004) a permis d'identifier une série de mesures ciblant spécifiquement les personnes sans domicile: adaptations informelles apportées aux filières de santé traditionnelles, dispositifs de soins primaires et complémentaires spécialisés (entre autres dans les domaines suivants: accompagnement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, dentisterie, pédicure et ophtalmologie). Les soins spécialisés sont généralement plus complets dans les quartiers urbains à forte incidence d'exclusion liée au logement.

En ce qui concerne l'amélioration des filières traditionnelles, Lester (2003, p. 58) avance plusieurs critères d'évaluation de la prise en charge des besoins sanitaires primaires des personnes sans domicile: accès (adaptation quantitative aux besoins), qualité (diversité et normes de prise en charge), environnement (prise en charge séparée/intégrée des personnes sans domicile) et couverture (adaptation qualitative aux besoins). Toutefois, Pleace & Quilgars (2004) n'ont trouvé jusqu'ici aucune évaluation des adaptations informelles apportées aux filières traditionnelles et consistant par exemple pour les omnipraticiens à enregistrer dans leur patientèle des personnes fournissant une adresse provisoire ou celle du centre médical qu'elles fréquentent, ou pour les généralistes à consulter en centre d'accueil. Leur bilan conclut à l'intégration progressive des dispositifs de soins primaires aux autres approches dans le double dessein de prévenir l'exclusion liée au logement et de reloger les personnes sans domicile, souligne le potentiel considérable d'une approche souple en termes de satisfaction des patients et recommande la collaboration opérationnelle - bien qu'elle n'ait fait l'objet d'aucune étude d'efficacité clinique.

Les directives du Cabinet du Vice-premier ministre (ODPM, 2005) aux hôpitaux stipulent qu'ils doivent posséder des procédures d'admission et de sortie qui garantissent l'identification des personnes sans domicile à l'entrée et la notification des autorités compétentes en matière de logement au moment de préparer leur sortie. Quatre exemples concrets sont donnés: présence de coordinateurs spécialisés pour les

patients sans domicile, protocoles d'échange de données, présence d'un assistant social chargé de la prévention de l'exclusion liée au logement en sortie d'hospitalisation et mise en place d'un protocole de sortie d'hôpital.

Comme dans bien d'autres pays, l'élaboration de prises en charge sanitaires alternatives au Royaume-Uni a aussi porté sur des équipes d'intervention de terrain. Pleace & Quilgars (2004) considèrent que si les équipes mobiles / de rue sont utiles pour établir le contact avec les personnes sans domicile, leur efficacité est moins évidente lorsqu'il s'agit d'orienter les patients.

Les équipes mobiles qui interviennent directement auprès des gens à la rue soulignent tout particulièrement le manque de structures de prise en charge spécialisée de la santé mentale et des abus de substances (Pleace & Quilgars, 2004). Souplesse, adaptabilité aux besoins et travail coordonné sont considérés comme des caractéristiques importantes de la prise en charge spécialisée. Dès 2002, les services gouvernementaux en charge des politiques du logement et de la santé ont élaboré une approche commune de prise en charge des personnes sans domicile dépendantes de la drogue (ODPM, 2002).

Ce sont les personnes sans-abri qui, le plus souvent, sont à la fois dans l'état sanitaire le plus déplorable et font face aux obstacles les plus insurmontables pour accéder aux soins de santé. Des dispositifs ont donc été développés pour cibler le public spécifique des personnes qui dorment dans la rue (Griffiths, 2002). L'enquête menée par Griffiths a montré qu'une prise en charge sanitaire spécialisée est accessible, sous une forme ou sous une autre, dans 28 des 45 zones ayant répondu à ce volet de son étude, principalement à travers des *Primary Care Teams* (Equipes de soins primaires). Par contre, sur 51 zones étudiées, 17 ne possédaient aucun point d'accès ouvert en dehors des heures de bureau. Les dispositifs de soins spécialisés se concentrent dans les zones à forte densité de gens à la rue et la disponibilité de prises en charge spécialisées varie considérablement sur le territoire national (Griffiths, 2002).

Lester (2003) résume les avantages et les inconvénients des deux approches de prise en charge sanitaire des personnes sans domicile au Royaume-Uni que sont les filières traditionnelles et les dispositifs spécialisés. Les partisans de soins séparés/spécialisés affirment que cette approche a la faveur des personnes sans domicile. Lester identifie, en 1996, 13 centres spécialisés de prise en charge sanitaire des personnes sans domicile en Angleterre, chiffre entre-temps passé à 25

qui consultent dans divers centres d'accueil résidentiel ou autre pour personnes sans domicile. Elles sont infirmières privées ou libérales et assistent donc également les omnipraticiens dans leurs fonctions habituelles.

Pour améliorer l'accessibilité des dispositifs de prise en charge ainsi que la coordination entre les services médicaux et pharmaceutiques prodigués spécifiquement aux personnes sans domicile, des structures d'Amsterdam et d'Utrecht ont lancé divers projets de normalisation des procédures opérationnelles désormais formalisées dans un ouvrage intitulé *"Recette pour une action efficace"*⁵. Cette initiative procède du constat de l'impossibilité de déterminer qui est censé prodiguer les soins médicaux et délivrer les traitements médicamenteux, dans quelles conditions et à quel titre. Ces projets ont accouché d'une série de normes opérationnelles et d'accords de coopération entre les divers acteurs de la chaîne des services locaux. La finalité de ces projets était de veiller à ce que les usagers reçoivent plus rapidement des soins appropriés et d'assurer un meilleur suivi des résultats des traitements administrés. Les normes opérationnelles fixent des exigences de qualité pour les soins médicaux et les traitements médicamenteux prescrits aux usagers des structures de prise en charge des personnes sans domicile en ce qui concerne:

- > Les missions de traitement médical et médicamenteux confiées au personnel des structures de prise en charge des personnes sans domicile;
- > La concertation ou la collaboration dans les soins médicaux et les traitements médicamenteux administrés dans l'enceinte des structures de prise en charge des personnes sans domicile par des acteurs extérieurs (SMS, services de santé mentale, dispositifs de prise en charge des dépendances, services de soins à domicile et consultations de médecine générale, de pharmacie et de dentisterie);
- > Modalités de coordination et de collaboration entre structures de prise en charge des personnes sans domicile et prestataires de soins extérieurs en ce qui concerne les traitements médicaux et médicamenteux administrés aux usagers de ces structures en dehors de celles-ci.

Au Danemark, les dispositifs de prise en charge de la plupart de foyers d'hébergement d'insertion §94 se caractérisent par une dimension sanitaire. La plupart des foyers sont dotés de personnel infirmier. Certains, parmi les plus importants, possèdent même un service médicalisé - il s'agit le plus souvent de lits réservés aux usagers demandant des soins - dont la norme d'encadrement infirmier est plus élevée. Ces services constituent non pas une alternative à l'hospitalisation mais bien un dispositif permettant de prodiguer des soins aux personnes qui, si elles n'étaient pas sans abri, pourraient être prises en charge à domicile avec une aide extérieure, par exemple mise à disposition par le service municipal des soins à domicile.

Le Danemark a également mis en place des équipes de terrains cherchant à joindre les personnes sans domicile le plus gravement exclues. L'un de ces dispositifs, baptisé "Equipe de santé" (*Health Team*), se compose d'un médecin et de quatre infirmiers basés au Sundholm - structure intégrée à un ensemble plus vaste de prise en charge des personnes sans domicile réunissant un foyer d'hébergement d'insertion, un centre de jour et un centre d'hébergement d'urgence. Cette équipe de santé prodigue des soins primaires aux personnes sans domicile les plus marginalisées, c'est-à-dire celles qui alternent souvent les courts séjours en CHU et dans la rue. Ses publics cibles spécifiques sont les personnes présentant des problèmes complexes associant abus de substances et troubles somatiques et psychiatriques. Si les équipes sanitaires de terrain de ce type ne font pas partie des dispositifs habituels de prise en charge des personnes sans domicile, quelques grandes villes et agglomérations s'en sont néanmoins dotées. Une ligne budgétaire du cadre général 2006-2009 de financement de l'aide aux publics socialement vulnérables (*satspuljen*) est consacrée aux projets d'extension de ces dispositifs à d'autres villes.

Le Danemark se pose en outre en pionnier des approches de prise en charge résidentielle des soins de santé des seniors sans domicile. Ces séniories alternatives sont issues d'une approche holistique de la santé puisqu'elles mettent à disposition des personnes âgées sans domicile un endroit pour vivre et un personnel qualifié (entre autres infirmier) formé aux soins somatiques et dont la norme d'encadrement est revue à la hausse. Si Meert (2005) cite cette initiative en exemple de bonne pratique, l'expérience a montré que l'accent doit y être mis sur l'adéquation à la fois de la dotation en personnel (par exemple pour assurer les gardes de nuit) et du dimensionnement des espaces (ex.: des salles de bains assez grandes pour permettre au personnel d'aider les seniors dans leur toilette) à l'ampleur des handicaps physiques des personnes et de leurs besoins en termes de soins somatiques (Benjaminsen *et al*, 2006).

⁵ *Recept voor goed handelen ("Recette pour une action efficace")*. Ville d'Utrecht, SMS d'Utrecht, Agis Zorgkantoor, Veltkamp en Partners, Amersfoort, septembre 2004.

Il semble qu'en Autriche, la stratégie de beaucoup de structures de prise en charge des personnes sans domicile consiste à améliorer l'état sanitaire de leurs usagers en traitant prioritairement leurs besoins urgents sur le plan de la santé. C'est ainsi que l'on observe l'intégration progressive d'un personnel formé aux problématiques de santé dans les structures de prise en charge. La plupart proposent dans ce domaine des traitements urgents sur place assortis d'une orientation vers les services et professionnels de santé des filières traditionnelles. Pour le surplus, le suivi des traitements et des thérapies est essentiellement assuré par un travail individuel à travers l'orientation des patients, soit vers des partenaires réguliers et contractuels, soit dans les structures elles-mêmes avec ou sans accompagnement complémentaire des patients sans domicile vers les infrastructures de santé.

3 Mécanismes d'amélioration de l'accès

Le descriptif ci-dessus de l'éventail des initiatives et mesures politiques visant à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes sans domicile et leur accès aux soins de santé suggère une série de mécanismes de mise en œuvre desdites politiques.

On rencontre tout d'abord une série de mesures stratégiques ou structurelles (reposant sur le modèle de santé de chaque pays et donc adaptée aux contraintes qu'il impose). Il s'agit entre autres de directives s'appliquant aux hôpitaux, aux omnipraticiens et aux structures de prise en charge de l'exclusion liée au logement. Citons à titre d'exemple le Royaume-Uni où l'on tente depuis un certain temps d'encourager les filières de santé traditionnelles à mieux rencontrer les besoins des personnes sans domicile par le biais d'une programmation, de directives et d'objectifs de résultats. Ensuite, des mécanismes ont été élaborés pour surmonter les obstacles institutionnels, à l'instar de certains dispositifs bénéficiant d'un financement supplémentaire ou mieux ciblé afin d'éliminer les entraves et contraintes financières, ou pour mettre à disposition des professionnels de santé spécialisés ou permanents.

Les infirmières praticiennes néerlandaises constituent un bon exemple de mécanismes de ce type dans le contexte du modèle d'assurance-santé privée. Enfin, on rencontre des initiatives qui, directement ou indirectement, visent à renforcer les compétences des professionnels de santé ou les liens de coopération entre les personnels des secteurs de la santé et de l'exclusion liée au logement afin d'adapter ou d'affiner les approches de prise en charge des personnes sans domicile. Les exemples de telles approches évoqués ci-dessus concernent l'établissement de protocoles (Portugal), l'élargissement des plages d'ouverture des cabinets médicaux (Pays-Bas) et le renforcement de la formation du personnel (Royaume-Uni).

En Autriche, seul un tiers des structures mentionnent un cadre contractuel et la collaboration entre les services sanitaires et sociaux dépend essentiellement de l'orientation des usagers au cas par cas.

Encadré 3 Mécanismes d'amélioration de l'accès aux soins de santé

- Structurel
 - > Améliorer la programmation et les directives (Etat)
 - > Aborder les thématiques financières
 - > Renforcer la disponibilité des dispositifs (prise en charge, milieu rural)
- Institutionnel
 - > Faciliter l'inscription auprès d'un omnipraticien référent
 - > Adapter ou améliorer les filières traditionnelles
 - > Prévoir un personnel ou des unités spécialisées dans les filières traditionnelles
 - > Fournir des soins spécialisés
- Personnels
 - > Accompagner la personne (plan de soin, suivi post-hospitalier, orientation)
 - > Faire évoluer comportements et prestations (formation)
 - > Personnaliser les dispositifs

Plusieurs pays peuvent se targuer d'améliorer la prise en charge. Dans de nombreux pays - en particulier ceux où les stratégies de lutte contre l'exclusion liée au logement sont moins développées -, l'amélioration des soins de santé aux personnes sans domicile dépend de l'initiative du monde associatif. Des difficultés existent dans tous les pays en termes de prise en charge performante de la santé, souvent chancelante, des personnes sans domicile. Elles sont dues à une dépendance excessive des (services d'urgences des) hôpitaux et à un manque de continuité des traitements lié à l'insuffisance de la coordination interservices. Des témoignages d'initiatives sont toutefois apportés concernant la prise en charge des besoins sanitaires à long terme de seniors sans domicile qui, du fait d'un long passé d'exclusion liée au logement, requièrent un accueil résidentiel spécialisé (voir les dispositifs danois et néerlandais). Le financement de services d'accompagnement centrés sur la personne plutôt que sur l'hébergement peut influencer favorablement sur l'accès des personnes sans domicile à des soins de santé adaptés.

Outre l'amélioration de la planification des services de santé et l'offre de dispositifs novateurs ou rénovés permettant une prise en charge plus appropriée des besoins des personnes sans domicile, il convient également d'améliorer le fonctionnement de la prise en charge en tant que telle. C'est d'autant plus important que tous les pays de l'étude soulignent le rôle des facteurs institutionnels et personnels (liés à l'entregent) dans l'apparition des obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé.

Notre analyse identifie comme obstacle majeur l'inscription obligatoire auprès d'un médecin référent. Quant aux incitants financiers, si leur impact positif est avéré (par exemple au Royaume-Uni), ils peuvent aussi avoir des effets pervers si les objectifs fixés ne sont pas choisis avec soin. Aborder les obstacles comportementaux identifiés dans tous les pays exige à la fois une évolution sur le plan organisationnel (en termes d'approches administrative et philosophique) et des efforts de formation ciblée convenablement dotés. Les données issues de plusieurs pays montrent que des projets locaux ont permis d'améliorer la prise en charge. Ces projets sont issus à la fois d'efforts de collaboration informelle et d'approches ascendantes d'une part, et de projets pilotes soigneusement conçus et correctement financés d'autre part. Assurer une véritable application des principes de coordination interagences et de collaboration opérationnelle à l'échelon local afin d'améliorer la prise en charge des personnes sans domicile sur le plan de la santé constitue malgré tout un défi qui reste d'actualité dans tous les pays.

Il semble donc que la question qui se pose à l'avenir pour la recherche soit la suivante: "qu'est ce qui change pour les personnes sans domicile sur les plans de la santé et de l'accès aux soins?" Un simple travail de synthèse régulière d'études passées risque fort de déboucher sur la répétition d'évidences issues de la sagesse populaire alors que de nouveaux travaux empiriques seraient susceptibles de révéler des changements. Des recherches évaluatives sont donc nécessaires pour observer les évolutions.

- Kemp, P., Neale, J. and Robertson, M. (2006) Homelessness among problem drug users: prevalence, risk factors and trigger events, *Health and Social Care in the Community* 14(4), 319-328.
- Koch-Neilsen, I (2005) Inter-agency working in homelessness in Denmark, national report for the European Observatory on Homelessness, Feantsa Brussels
- Konstantakopoulos, G, Kakoulas, I, Valma, V, Stamatogiannopoulou, E, Giotakos O and Katsadoros K (2003) 'Mental disorders and dual diagnosis in a sample of homeless people in Athens'
- Lamb R. (2004) 'Deinstitutionalization and the homeless mentally ill', in American Psychiatric Association, (eds.) *The Homeless Mentally Ill*. Washington.
- Lester, H. (2003) 'Homelessness and health: the role of primary care', chapter 3, pp47-65 in Paramjit, G. and de Wildt, G. (eds) *Housing and health: the role of primary care*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Lester H, Bradley C. (2001) 'Barriers to primary healthcare for the homeless: the general practitioner's perspective', *European Journal of General Practice*, 7:6-12.
- MacKenzie D and Chamberlain C (2003) *Homeless Careers: Pathways in and out of homelessness*, Melbourne, Swinburne and RMIT Universities, Melbourne
- Malos, E. and Hague, G. (1997) 'Women, housing, homelessness, and domestic violence', *Women's Studies International Forum*, vol 20, no 3, pp 397-410.
- Malos, E. and Hague, G. (1998) 'Facing both ways at once,' in D. Cowan (ed) *Housing, participation and exclusion*, Aldershot: Ashgate.
- McKeown, S. (2006) *Safe as houses: an inclusive approach for housing drug users*. London: Shelter.
- Meert, H (2005) *Preventing and Tackling Homelessness*, Danish Peer Review on Social Inclusion, INBAS-NIZW, Vienna
- Mullender, A. and Morley, R. (eds) (1994) *Children Living with Domestic Violence: Putting Men's Abuse of Women on the Child Care Agenda*. London: Whiting and Birch.
- Neale, J. (2002) *Drug users in society*. Basingstoke: Palgrave.
- Nordentoft M, Wandall-Holm N. (2003) 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, 2003, 327(7406):81.
- OECD. (1994) *The Reform of Health Care Systems*, (OECD: Paris).
- OECD (2004) *Proposal for a taxonomy of health insurance*. OECD health project. June. (OECD: Paris).
- Office of the Deputy Prime Minister (2002) *Drug Services for Homeless People* (Homelessness Directorate and Drugs Strategy Directorate).
- Office of the Deputy Prime Minister (2004) *Achieving positive shared outcomes in health and homelessness*. A Homelessness and Housing Support Directorate Advice Note to Local Authorities, Primary Care Trusts and Other Partners. London: Office of the Deputy Prime Minister and Department of Health.
- Office of the Deputy Prime Minister (2005) *Homelessness and health information sheet no 4: hospital discharge*. London: ODPM.
- Pickering, K, Fitzpatrick, S, Hinds, K, Lynn P and Tipping S (2003) *Tracking Homelessness: A Feasibility Study*, Scottish Executive, Edinburgh
- Pleace N and Quilgars D (2003) *Delivering Health Care to Homeless People: An Effectiveness Review*, Edinburgh NHS Scotland
- Reinking DP, Wolf JR, Kroon H. (2001) 'High prevalence of mental disorders and addiction problems among the homeless in Utrecht'. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145(24):1161-1166.
- Salize H.J., A. Horst, C. Dillmann-Lange, U. Killmann, G. Stern, I. Wolf, F. Henn, W. Rössler (2001) "Needs for mental health care and service provision in single homeless people", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 36, Number 4, pages: 207 - 216.
- Sang-Yi Lee, and Chang-Bae Chun (2004) *The National Health Insurance as One Type of New Typology: The Case of South Korea and Taiwan*

ANNEXE

Correspondants de l'Observatoire européen sur le sans-abrisme

Autriche

Heinz Schoibl – Helix Research and Consulting
Heinz.schoibl@helixaustria.com

Belgique

Pascal de Decker – Antwerp University
Pascal.dedecker@ua.ac.be

République tchèque

Ilija Hradecký – Naděje
hradecky@nadeje.cz

Danemark

Lars Benjaminsen – Social Forsknings Institutet
lab@sfi.dk

Estonie

Jüri Kõre – University of Tartu
Juri.Kore@ut.ee

Finlande

Jukka Korhonen – Department of Social Policy and Social Psychology, University of Kuopio
jukka.korhonen@uku.fi

France

Marie Loison
Equipe De Recherche Sur Les Inégalités Sociales
marie.loison@ens.fr

Allemagne

Volker Busch-Geertsema – GISS.e.v
vbg@giss-ev.de

Grèce

Aristides Sapounakis – KIVOTOS
arsapkiv@mail.hol.gr

Hongrie

Péter Györi – HAJZOLT
gyori_peter@yahoo.com

Irlande

Eoin O'Sullivan
School of Social Work and Social Policy, Trinity College
Dublin
tosullvn@tcd.ie

Italie

Antonio Tosi – DIAP Politecnico di Milano
antonio.tosi@polimi.it

Lettonie

Ilze Trapenciere – Institute of Philosophy and Sociology
ilze.trapenciere@sociology.lv

Lituanie

Vita Karpuskiene – Vilnius University
Vita.Karpuskiene@ef.vu.lt

Luxembourg

Roland Maas – Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques
Roland.Maas@ceps.lu

Pays-Bas

Judith Wolf – Trimbos-institute Utrecht and Radboud University Nijmegen
Judith.Wolf@wxs.nl

Pologne

Julia Wygnańska
julkiw@interia.pl

Portugal

Isabel Baptista – CESIS, Lisbon
isabel.baptista@cesis.org

Slovénie

Maša Filipovič
University of Ljubljana, Faculty of Social Sciences
masa.filipovic@fdv.uni-lj.si

Espagne

Pedro Cabrera – Universidad Pontificia Comillas 3
pcabrera@chs.upco.es

Suède

Ingrid Sahlin
Department of Social Work, Göteborg University
Ingrid.Sahlin@socwork.gu.se

Royaume-Uni

Isobel Anderson
Housing Policy and Practice Unit University of Stirling
Isobel.Anderson@stir.ac.uk