

« Le droit à la santé est un droit humain : Garantir l'accès à la santé des personnes sans domicile fixe »

Éléments de réponse pour le rapport de la FEANTSA

Q. 1 : Les profils de santé des personnes sans domicile fixe

- **Il n'existe pas de maladie propre à la précarité... :**

Les études qui traitent des questions de santé concernant les populations précaires montrent qu'il ne semble pas exister de maladies propres à la précarité. En revanche, la **santé des populations s'altère avec l'accentuation de la précarité**. L'étude menée de 1995 à 2002 sur les inégalités de santé et les comportements le montre bien¹. Elle met en évidence que la plupart des indicateurs de santé sont altérés dans toutes les catégories de personnes en situation de précarité : « *les risques relatifs varient de 1,96 pour les femmes en contrat emploi solidarité et 2,02 pour les hommes chômeurs jusqu'à des valeurs très supérieures pour les sans domicile fixe (hommes RR=5,21, femmes RR=9,54)* »². De plus cette étude montre que les personnes en précarité ont plus le sentiment d'être en mauvaise santé que les non précaires. Le non recours aux soins est plus important avec un gradient qui s'accentue avec la précarité.

- **... mais un cumul des difficultés... :**

D'autres enquêtes pointent le fait que chez les populations les plus démunies, il existe un **cumul de difficultés et de problèmes de santé** repérés qui sont, de plus, soignés tardivement. A ces difficultés viennent se greffer des facteurs de risques aggravés dus aux conditions de vie dans lesquelles se trouvent les personnes.

L'état de santé général des personnes en situation d'exclusion est moins bon que la moyenne des catégories de la population française, comme le montre l'enquête Insee réalisée en 2001 : « *16 % des sans-domicile usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3 % de la population ayant un logement personnel* ».³

- **... et une accentuation des pathologies...**

La même enquête montre que les usagers des services d'aide, qui relèvent donc du champ de la Fnars, ont une plus forte propension à la migraine (20%), aux maladies respiratoires (14%). Il est montré que ce public souffre également 5 fois plus du système digestif, 2 fois plus d'hypertension et de troubles cardio-vasculaire et 2 fois plus de problèmes dermatologiques (eczéma, mycoses, psoriasis,...). Ces données sont étayées par l'enquête ABENA qui s'est déroulée en 2004 et 2005. L'étude montre que les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire sont confrontées à des risques nutritionnels spécifiques liés aux conditions de vie précaires avec des risques pré-morbides et morbides plus importants dans cette population⁴.

Certaines **pathologies sont fortement accentuées** et posent des difficultés de santé publique. C'est le cas de la tuberculose dont le taux d'incidence est quatre fois plus

¹ Jean-Jacques Moulin, Virginie Dauphinot, Caroline Dupré, Catherine Sass, Emilie Labbe, Laurent Gerbaud, René Guéguen, *Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002*, in, BEH, n°43/2005, 31 octobre 2005

² idem

³ ROCHERE de la, Bernadette, *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide*, in, Insee Première, Avril 2003, n°893

⁴ Etude ABENA 2004-2005, in Prévalence, n°15, avril 2006

important chez les sans domicile fixe que dans la population générale et huit fois plus importante parmi les populations migrantes (In BEH n° 18/2006 du 9 mai 2006).

Il est à remarquer que de nombreux indicateurs sont mal documentés, c'est notamment le cas pour les maladies mentales, les addictions, les atteintes physiques : Il existe notamment une étude chez les sans domicile fixe parisiens faite par Kovess en 1997, qui montre que 56% des personnes de l'échantillon présentent des pathologies mentales. En Bretagne un travail mené en 2005 a montré que 67% des personnes accueillies ont eu des séjours en psychiatrie avant l'admission en CHRS⁵.

Des recensements des atteintes pathologiques existent dans les centres de soins gratuits, mais sont plus sujet à caution en raison des biais de recrutement engendrés par ces structures, du nombre restreint des échantillons, de la diversité de typologies mal définies des personnes précaires venant dans ces structures ; mais on y retrouve toujours un gradient d'aggravation et de multiplication des pathologies ainsi qu'un retard au soin avec l'accentuation de la précarité (Etude Credoc de 2000).

- **... avec un état de santé plus fragile que le reste de la population...**

Les personnes en situation de grande précarité présentent donc un état de santé plus fragile que le reste de la population. A cela s'ajoute un cumul des symptômes plus élevé que la moyenne. En effet, on constate que parmi les individus qui consultent des centres de soins gratuits, 50% des usagers ont au moins 4 problèmes repérés et 20% sont diagnostiqués avec au moins 8 problèmes⁶.

Emmanuelle Cambois écrit dans les Travaux de l'Observatoire 2003-2004 qu' « *il semble que, subies d'une manière prolongée, les conditions de vie des personnes en situation précaire soient à même d'induire, de déclencher ou de révéler des pathologies latentes et d'expliquer ainsi une plus grande prévalence de pathologies avérées dans les milieux défavorisés* ».

Les enquêtes nationales ou régionales montrent donc, d'un point de vue macro-social que les publics rencontrés dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion présentent des difficultés particulières liées à la santé. Les responsables de structures font toutefois remonter que sur le plan micro-social, il est difficile d'évaluer ces données puisqu'ils ne sont pas en possession d'outils pour établir un état des lieux de santé dans les établissements, ce qui rend difficile les priorisations et les stratégies d'intervention.

- **... et une perception particulière de la santé :**

L'enquête menée conjointement par l'Observatoire Social du Changement et la Fnars en 2002⁷ a montré que le nombre de difficultés rencontrées dans l'enfance et l'adolescence, ajoutées au cumul des difficultés, marquent et mettent les personnes dans des situations où il est difficile d'agir, d'être en position d'acteur, de projets.

Les répercussions sont très importantes, notamment sur la **santé psychologique** des personnes qui les ont vécues :

⁵ Enquête menée en 2005 sur la région Bretagne par la Commission Santé FNARS sur 311 questionnaires fait sur 3 départements

⁶ CHAUVIN P., PARIZOT I., LEBAS J., « Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits », in JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V., *Précarisation, risque et santé*, Inserm

⁷ Serge Paugam, Mireille Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales*, enquête OSC/ FNARS, Recueils et documents, n°17, avril 2002

- ⇒ **Manque d'estime de soi** : sentiment de ne pas être utile, de ne pas bien se sentir dans sa peau, d'être rejeté ou dévalorisé,
- ⇒ **Angoisse et troubles psychosomatiques** : incapacité à se concentrer, préoccupation au point de perdre le sommeil, sentiment d'être constamment sous pression,
- ⇒ **Incapacité à faire face** : l'incapacité de surmonter les difficultés, l'impossibilité de prendre les choses du bon côté et la perte de confiance en soi.

Q2. La protection sociale : le droit aux soins de santé pour les personnes sans domicile fixe

- L'intervention sociale en France, intègre aujourd'hui tout un ensemble de textes juridiques. De même, l'accompagnement santé qui participe de la démarche d'insertion s'inscrit, à son niveau, dans un cadre législatif et réglementaire vaste :

- ✓ La **Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions** n° 98-657 du 29 Juillet 1998 parue au Journal Officiel le 31 juillet 1998 énonce dans son premier article que "La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation." Ce texte garanti l'accès aux soins pour tous et amène l'idée de la création d'une couverture maladie universelle pour les personnes les plus démunies. Cette mesure sera concrétisée un an plus tard.
- ✓ La **Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle** est une réforme majeure pour assurer un réel accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. A partir du 1er janvier 2000, date de sa mise en vigueur, la loi permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture maladie complémentaire.
- ✓ La **Loi organique relative aux lois de finances (LOLF)** du 1^{er} août 2001 a pour objectif de redéfinir les politiques publiques en missions. Chaque mission comporte plusieurs programmes qui traduisent de manière opérationnelle ces politiques. Ainsi, la mission santé comporte plusieurs programmes dont les principaux sont : santé publique et prévention, offre de soins.
- ✓ La **Loi du 2 janvier 2002** rénove la conception de l'action sociale et affirme la place de l'usager au cœur des préoccupations et des dispositifs à travers la formalisation d'outils qui favorisent le droit des usagers et la démarche participative.
- ✓ La **Loi relative à la politique de Santé Publique** du 9 août 2004 affirme le rôle de l'Etat face aux orientations de la politique de santé publique et à sa mise en œuvre. L'Etat a donc la responsabilité des stratégies visant à améliorer la santé de la population et surtout à réduire les inégalités de santé.

- Les principaux dispositifs de prise en charge :

- ✓ **La CMU de base**

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 4 ans (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale). Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le

plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

✓ **La CMU complémentaire**

La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les caisses d'assurance maladie.

✓ **Le crédit d'impôt**

Le crédit d'impôt consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.

Le montant du crédit d'impôt est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

La demande de crédit d'impôt est à faire auprès de la caisse d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation de droit au crédit d'impôt. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, l'assuré social peut bénéficier d'une réduction sur le contrat santé individuel qu'il a choisi de souscrire ou qu'il a déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Si le contrat vaut par exemple 400 € et que la réduction est de 100 €, la personne ne paiera que la différence, soit 300 €.

✓ **L'aide médicale de l'Etat**

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime

général.

L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier.

130 000 personnes environ ont eu accès à l'aide médicale de l'Etat en 2004.

✓ **Les permanences d'accès aux soins de santé**

Les PASS sont des permanences d'accès aux soins de santé au sein des hôpitaux qui ont pour objectif d'offrir aux personnes vulnérables s'adressant aux hôpitaux des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, et de soins. Une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et les actions de santé ne se limitent pas aux soins curatifs mais doivent accorder une place essentielle au suivi, à la prévention et à la promotion de la santé. Une telle mise en œuvre ne peut se réaliser que par un travail en réseau.

✓ **Les hôpitaux**

L'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes, ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement. Il est demandé aux directeurs des établissements de sensibiliser le personnel hospitalier pour qu'il exerce une particulière vigilance afin de faciliter l'accueil des plus démunis, notamment en période de grand froid.

2.2. Durcissement de l'accès à l'AME, notamment pour les personnes étrangères.

Deux décrets (n°2005-859 et n°2005-860) publiés cet été sont venus durcir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

Q3.

3.1. Les lits Halte soins santé. Voir circulaire.

Les « Lits Halte Soins Santé » sont nés avec leur financement dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006, qui les inscrit "dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux" à l'article L. 312-1, 9° du code de la Sécurité Sociale.

Les LHSS offrent une prise en charge médico-sociale de la personne en situation de précarité.

Ils sont destinés à l'accueil temporaire des personnes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée.

Ils "constituent une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale avec hébergement temporaire, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention. Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante."

Ces structures doivent “permettre aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile s’ils en disposaient”. “Les lits halte soins santé ne sont pas dédiés à un type de pathologie donnée”.

Le législateur pense que “sur le plan sanitaire, ces structures vont permettre d’éviter des hospitalisations itératives effectuées le plus souvent tardivement et en urgence, le développement de pathologies graves résultant de l’aggravation de pathologies initialement bénignes, de traiter ces dernières pathologies, de continuer des soins initiés à l’hôpital mais ne nécessitant plus une hospitalisation, d’initier des traitements, dans un cadre assurant en outre l’accompagnement social des personnes, l’ouverture ou la régularisation de prestations sociales de droit commun, un bilan social et, un début de réinsertion favorisé par l’amélioration de l’état de santé des personnes concernées”.

Si toute action en direction des populations précaires comporte des risques et d’éventuels glissements, il semble indispensable pour la Fnars de s’inscrire dans ce nouveau dispositif car :

- Il y a de véritables besoins pour les usagers et ce dispositif peut constituer une vraie réponse pour peu qu’il soit bien réfléchi et conduit.
- Ce sont des places nouvelles qui se créent, qu’elles ont l’assurance d’être financées et elles participent à la diversification de nos financeurs.
- Avec la gestion de telles structures, il y aura l’acquisition de nouvelles compétences, la pénétration de nouveaux réseaux qui peuvent à l’avenir permettre de nouveaux développements.

S’il faut faire preuve de pragmatisme, il faut rester vigilant, éviter de dépasser ses compétences, savoir que toute action avec des personnes en précarité amène des effets secondaires néfastes, qu’il faut prévoir pour les repérer, les évaluer, les éviter ou les corriger.

Les caractéristiques de ce dispositif et des personnes qui y seront accueillies, demanderont un grand dynamisme de la part des équipes, dans le suivi des soins, la gestion des espaces et du temps, dans l’accès à la citoyenneté et aux droits sociaux, dans l’acquisition de l’autonomie des personnes ; elles nécessiteront des partenariats étendus et très impliqués.

Ces dispositifs, en fonction des opportunités locales, pourront être menés en partenariats avec des structures hospitalières, pourront fonctionner à partir de l’hôpital, pourront s’intégrer à un CHRS,..

3.2. Mobilisation du secteur associatif : de nombreuses actions de prévention ou d’éducation à la santé, en lien avec les politiques publiques, sont menées dans les associations du réseau. *Voir le tableau en annexe.*

Pour garantir un accès effectif aux droits fondamentaux, le conseil interministériel de lutte contre les exclusions a décidé de créer, à titre expérimental, des résidences d’accueil pour les personnes souffrant de handicap physique.

Les maisons relais ont été mises en place pour répondre à un besoin spécifique en logement de personnes rencontrant des difficultés économiques et sociales, auxquelles s’ajoutent des problématiques personnelles d’isolement et de grande exclusion. Ces structures généralistes accueillent des publics variés, en capacité de vivre de manière autonome dans leur logement.

Cependant, aucun accompagnement social ni prestations spécifiques ne sont proposés au sein des maisons relais, qui, de ce fait, ne peuvent accueillir les personnes en situation simultanée d’exclusion sociale et de handicap psychique qui nécessitent une prise en charge spécifique.

L'objectif de la mesure proposée par le CILE est de décliner le concept « maisons relais » de manière adaptée aux personnes souffrant de handicap psychique, intégrant systématiquement un suivi sanitaire et social des publics accueillis.

3.3. Non, on parle souvent d'une médecine à double vitesse. De plus, plusieurs études montrent que les professionnels de santé, principalement les médecins spécialisés, refusent de prendre en charge les personnes bénéficiant de l'AME ou de la CMU.

Compléments MM

1.1 Les études disponibles n'ont bien sûr pas été faites à partir de la typologie ETHOS. Il serait donc artificiel de tenter de l'introduire après coup dans les résultats. De plus, je ne pense pas que l'utilisation de cette typologie au moment de l'enquête donnerait des résultats significatifs. Elle confirmerait vraisemblablement les trois données générales suivantes :

- 1- Plus grande est la précarité, plus la santé est détériorée.
- 2- Il n'y a pas de maladie spécifique, mais une incidence des maladies liées à la malnutrition, à l'absence de prévention et de soins, aux conduites à risques liées à l'abandon de soi et à l'absence de projet de vie.
- 3- La santé s'améliore d'autant que l'accompagnement se renforce.
- 4- L'appréciation subjective de la mauvaise santé est d'autant plus grande que l'exclusion est aggravée.

Une donnée mesurée par l'enquête OSC-Fnars est intéressante à cet égard :

23,9% des personnes (24,9 pour les hommes et 22,3 pour les femmes) pensent qu'elles restent marquées par les problèmes de santé.

1.2 En ce qui concerne la santé mentale, 20,7% des personnes enquêtées par l'OSC ont connu une hospitalisation psychiatrique, 23,1 % une tentative de suicide, 27,1% une dépendance à l'alcool et 17,1% à la drogue.

2.3 les principaux obstacles tiennent à l'absence de démarche de soin volontaire, à la méconnaissance de ses droits et à la crainte de rentrer dans le système social. Ce sont des obstacles plus subjectifs qu'objectifs, même s'il faut signaler la réticence constatée de quelques praticiens à recevoir et à soigner des personnes très dégradées.

2.4. C'est pourquoi les associations ont intégré l'accès aux soins à l'accueil global en CHRS d'insertion : visite du médecin dans le centre et participation d'un psychiatre au travail des équipes éducatives.

3.1 Oui, des associations comme Médecins du Monde ont une mission France et des interventions mobiles de rue. Médecins du Monde est d'ailleurs associée aux collectifs de lutte contre l'exclusion , Alerte et EAPN-France.

3.2 Il y a une interaction des différents facteurs positifs dans la mesure où l'exclusion résidentielle est multifactorielle. On peut dire que la prise en compte de la santé et son amélioration ont une influence positive sur l'employabilité

(plus que sur l'emploi), mais la réciproque est aussi vraie !

Q.5. Je suggère que l'on n'utilise pas le terme d'agence (agency), mais celui d'inter-associatif ou d'inter-services. En effet, en France et dans ce contexte, le terme « agence » correspondant très précisément à un organisme para-public, créé par les pouvoirs publics qui sont représentés à 50% et désignent un affidé comme responsable. Une agence permet aux pouvoirs publics d'associer (à 50%) les acteurs de la société civile et les partenaires sociaux ; Elle facilite aussi l'utilisation de financements publics en évitant les lourdeurs administratives.

Je suppose que le questionnaire envisage la possible collaboration entre des services dépendant directement (services publics) ou indirectement (Agence pour l'emploi) des pouvoirs publics et des services relevant des associations de lutte contre l'exclusion.

Oui, la collaboration existe de fait sur un territoire et les différents acteurs ont l'occasion de confronter leurs pratiques lors des nombreuses commissions locales qui réunissent tous les acteurs.

5.2 Les CHRS sont en relation aussi bien avec les hôpitaux généraux et psychiatriques qu'avec les prisons. La « sortie » d'institution est préparée en lien avec les services sociaux ou médicaux.

6.1. Les données sur les SDF au sens 3 et 4 d'ETHOS sont collectées par les centres d'hébergement. Les institutions font également leurs recueils de données annuelles (prisons, hôpitaux).

6.2. La dimension santé est présente dans les enquêtes. Cf. références.

6.3. Cf. supra.

6.5. Oui concernant le lien avec le logement, l'échec scolaire, le niveau d'étude....

7.1 La loi de 98 qui fonde la politique de lutte contre les exclusions est basée sur l'accès aux droits fondamentaux. L'accès à la santé en fait partie.

7.2 Non. L'opinion est sensible à ce qui se voit : l'absence de logement, surtout l'hiver.