

## **Structures d'accueil pour les sans-abris : première ligne de front pour une santé inclusive**

Alexandre Berger, Grégory Heiniger, Maxime Karlen, Jeremy Padua, Adrien Waeber

### **Introduction**

Ce travail s'intéresse au rôle joué par les structures d'accueil pour les sans-abris telles que la Marmotte, la Maraude, le Sleep-in et la Soupe Populaire dans la prise en charge médicale de sans domicile fixe (SDF) à Lausanne. Cet intérêt est motivé par l'accroissement de la prévalence des SDF dans la majorité des pays d'Europe et probablement aussi en Suisse, bien que les données ne manquent (1). Selon les études actuelles, les sans-abris représentent une population vulnérable avec des besoins médicaux spécifiques (2) (3) (4). L'utilisation massive des urgences par cette population reflète notamment ses besoins particuliers (5), et justifie la nécessité, en tant que médecin et soignant, d'être sensibilisé et formé pour faire face à cette réalité (2). Cette utilisation inappropriée des urgences témoigne de l'inadéquation du système de soin face aux besoins des SDF, d'autant plus que l'hétérogénéité de ceux-ci complique une prise en charge standardisée (2). Il semble donc important de mettre en place des stratégies en amont des urgences (6) afin de diminuer l'utilisation de ces services de dernier recours. Plusieurs études constatent qu'une prise en charge de type *case management* (gestion de cas), axée sur des déterminants psychosociaux, permet d'améliorer l'état de santé des SDF concernés (6). Cependant, la littérature est limitée. On ne relève que peu d'études sur le sujet, en particulier en Suisse, avec une hétérogénéité des méthodologies (pas d'étude sur le long terme prouvant l'efficacité d'une prise en charge de type *case management* (6) et présence récurrente de biais de sélection). Nos recherches se sont donc tournées vers les structures sociales qui accueillent une population en amont des complications aiguës. Ces institutions côtoient quotidiennement une proportion importante des sans-abris et proposent des services qui touchent un échantillon plus large de cette population, puisque ceux-ci ne s'adressent pas seulement à des malades, mais à toute personne en situation de difficulté. C'est ainsi qu'est née la question de recherche suivante : Quel(s) rôle(s) les structures d'accueil lausannoises telles que la Marmotte, le Sleep-in, la Maraude ou la Soupe Populaire jouent-elles au niveau de la coordination et de la facilitation de la prise en charge sanitaire des sans domicile fixe ?

### **Méthode**

Le travail se base sur un design descriptif, suivant un schéma observationnel. Dans cette optique, la procédure a été la suivante : recensement de différentes structures lausannoises non médicalisées travaillant régulièrement auprès des sans-abris. La Marmotte, le Sleep-in, la Soupe Populaire et la Maraude ont été sélectionnés puis contactés. Une rencontre avec l'un de leurs intervenants a été agendée les 14.06, 18.06, 19.06 et 25.06 respectivement. Les rencontres se sont déroulées sous la forme d'entretiens semi-structurés selon une grille préparée et comportant des questions standardisées et de relance dans le but d'investiguer l'implication réelle ou potentielle des intervenants à propos de la santé des sans-abris. Une fois les résultats des entretiens recueillis et analysés qualitativement, un focus groupe réunissant assistants sociaux, financiers, soignants et médecins de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) a eu lieu le 26.06.

### **Résultats**

Composée entre autre de migrants, de marginaux, de personnes avec vulnérabilité psychique, la population des SDF est très hétérogène. Leur état de santé, généralement mauvais, est corrélé avec leur marginalisation : ceux qui échappent au système social présenteront une détérioration plus marquée et plus rapide de leur état de santé. Les SDF, faisant face à une multitude de difficultés, placent rarement leur santé au premier plan. Même dans un état critique, certains n'iront pas consulter à cause des nombreuses barrières entre eux et le système de soins. La saturation du système d'aide d'urgence mis en place pour les sans-abris a provoqué un clivage en deux sous-groupes d'institutions : d'un côté celles ayant adopté une politique de sélection (accueil de nuit géré par le bureau des réservations en fonction du statut et de la vulnérabilité) et de l'autre celles proposant une aide inconditionnelle. Celles qui sélectionnent sont fréquentées régulièrement par un nombre restreint de mêmes individus, ce qui les a amenées à côtoyer les sans-abris sur le long terme, leur relation devenant peu à peu privilégiée. A l'opposé, celles qui proposent une aide inconditionnelle font face à une large population qui se renouvelle plus fréquemment. Ces conditions, bien qu'elles diminuent la disponibilité du personnel, n'empêchent pas les bénéficiaires d'exposer leurs problèmes et de chercher des

conseils. Ces deux sous-groupes, dans l'optique de rester des structures de bas seuil accessibles, recherchent la simplicité. En effet, en complexifiant la prise en charge par des mesures systématiques (prise d'identité, etc.), cela peut décourager les SDF à fréquenter des structures d'accueil et restreindre l'accessibilité de ces dernières. Parfois, les institutions visitées offrent une aide individualisée et globalisée qui dépasse la fonction d'aide d'urgence. Malgré de très bons résultats, ces aides restent sporadiques et résultent d'initiatives personnelles. En effet, les institutions souhaitent rester focalisées sur leur mission principale et dans les domaines qu'elles maîtrisent. Typiquement, les collaborateurs des structures sociales sont capables d'observer des changements dans l'état de santé des SDF et pourront les orienter s'ils en font la demande mais ne vont pas jouer un rôle de coordinateur sur le long terme. De son côté, la PMU, bien qu'en mesure de prendre efficacement les SDF en charge, reste trop éloignée du système social et de la réalité à laquelle cette population fait face. Cela limite l'accès à cette structure et diminue le nombre de sans-abris en bénéficiant. Plus généralement, malgré l'existence de structures compétentes, la prise en charge des SDF manque de globalité. Seule une vision à long terme enveloppant le SDF dans son ensemble permettrait d'inclure cette population dans le système de soins actuel.

## **Discussion**

Les résultats montrent que les institutions sociales sont les plus à même de mettre en place une relation privilégiée avec les sans-abris. Actuellement, celles-ci proposent un aide d'urgence qui répond aux besoins vitaux (logement, nourriture). Cependant, des prises en charge globales ont été proposées à travers des initiatives personnelles améliorant la situation générale, permettant de replacer la santé au premier plan. Le travailleur social peut donc être amené à jouer le rôle de *case manager*, qui, conformément à la littérature, semble bénéfique pour la santé des sans-abris (6). Les recherches ont également pu mettre en lumière de manière plus évidente l'hétérogénéité au sein de la population étudiée, compliquant une prise en charge structurée(2, 3). Concernant les perspectives d'avenir, il s'est avéré que la prise en charge des SDF devrait être à la fois mieux coordonnée, plus globale et sur le long terme. Une personne au sein des structures sociales, qui aurait la tâche d'articuler et de faciliter la prise en charge sociale et médicale des bénéficiaires pourrait atteindre ces objectifs. Ce collaborateur proviendrait de préférence du milieu médical ou du milieu social. Cette solution a été discutée et appréciée par les représentants de la PMU, sous réserve d'en avoir les moyens financiers. Une meilleure communication entre les différents acteurs du réseau et une formation des personnes en contact régulier avec les sans-abris sont des pistes d'amélioration dans le but d'intégrer le système de santé dans le quotidien des sans domicile fixe.

## **Références**

1. Coupechoux S, Serme-Morin C. 3ème Regard sur le mal-logement en Europe 2018 [En ligne]. Brussels: FEANTSA, Fondation Abbé Pierre; 2018 [cité le 28 juin 2018]. Disponible: <https://www.feantsa.org/download/rapport-complet-fr71390086662738737.pdf>
2. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. AEMJ [En Ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018] ; Volume 25 (5) : 577-593. doi : 10.1111/acem.13358
3. Williams SP, Bryant KL. Sexually Transmitted Infection Prevalence among Homeless Adults in the United States: A Systematic Literature Review. Sex Transm Dis [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 45(7): 494-504. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000780
4. Laporte A, Vandentorren S, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. Int J Environ Res Public Health [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018] ; Volume 15: 241. doi:10.3390/ijerph15020241
5. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018] ; Volume 391 (10117) : 241–250. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31869-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31869-X/fulltext)
6. The Lancet. A shared future for all: let's talk about homelessness. The Lancet [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018] ; Volume 391(10117) : 179. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30086-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30086-2/fulltext)

## **Mots clés**

Sans-abri ; santé inclusive ; structure sociale

1<sup>er</sup> juillet 2018



# Structures d'accueil pour les sans-abris : première ligne de front pour une santé inclusive

Alexandre Berger, Grégory Heiniger, Maxime Karlen, Jeremy Padua, Adrien Waeber

## Introduction

Les sans-abris représentent une population vulnérable en augmentation avec des besoins médicaux spécifiques (1) (2) (3) (4). L'utilisation massive des urgences et le manque de suivi à long terme (5) témoignent de l'inadaptation du système de santé face aux besoins des SDF et il semble donc important de mettre en place des stratégies en amont des urgences. Nos recherches se sont donc tournées vers les structures sociales qui accueillent une large population de SDF avant les complications médicales aiguës. C'est ainsi qu'est née la question de recherche suivante : **Quel(s) rôle(s) les structures d'accueil lausannoises telles que la Marmotte, le Sleep-in, la Maraude ou la Soupe Populaire jouent-elles au niveau de la coordination et de la facilitation de la prise en soin des sans domicile fixe ?**

## Méthodologie

- Revue de littérature
- Etude qualitative:
  - Entretiens semi-structurés avec des collaborateurs des structures sociales non médicalisées telles que la Marmotte, le Sleep-In, la Soupe Populaire et la Maraude
  - Un focus groupe réunissant assistants sociaux, financiers, soignants et médecins de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU)

## Références

1. Coupechoux S, Serme-Morin C. 3ème Regard sur le mal-logement en Europe 2018 [En ligne]. Brest: FEANTSA et Fondation Abbé Pierre; 2018 [cité le 28 juin 2018]. Disponible: <https://www.feantsa.org/download/rapportcompletfr7139008662738737.pdf>
2. Sahi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. AEMJ [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 25 (5) : 577-593. doi : 10.1111/acem.13358
3. Williams SP, Bryant KL. Sexually Transmitted Infection Prevalence among Homeless Adults in the United States: A Systematic Literature Review. Sex Transm Dis [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 45(7) : 494-504. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000780
4. Laporte A, Vandentorren S, Détéz MA, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. Int J Environ Res Public Health [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 15: 241. doi:10.3390/ijerph15020241
5. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 391 (10117) : 241-250. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31869-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31869-X/fulltext)
6. The Lancet. A shared future for all: let's talk about homelessness. The Lancet [En ligne]. 2018 [cité le 12 juin 2018]; Volume 391(10117) : 179. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30086-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30086-2/fulltext)

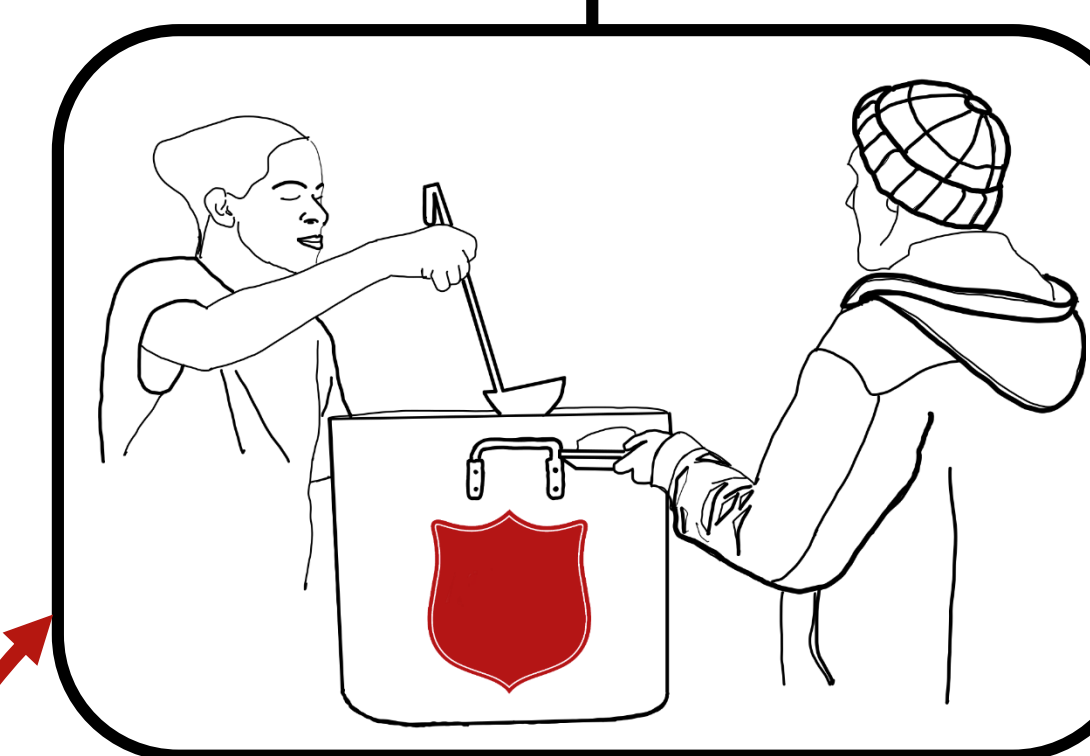
## Relation entre les sans-abris et les structures d'accueil :

Dépend de la politique des associations :

- Celles qui sélectionnent :
  - a. fréquentées régulièrement par un nombre restreint de mêmes individus
  - b. Relation privilégiée sur le long terme
- Celles qui proposent une aide inconditionnelle :
  - a. Large population qui se renouvelle plus fréquemment.
  - b. Disponibilité du personnel diminuée mais n'empêche pas les bénéficiaires d'exposer leurs problèmes et chercher des conseils

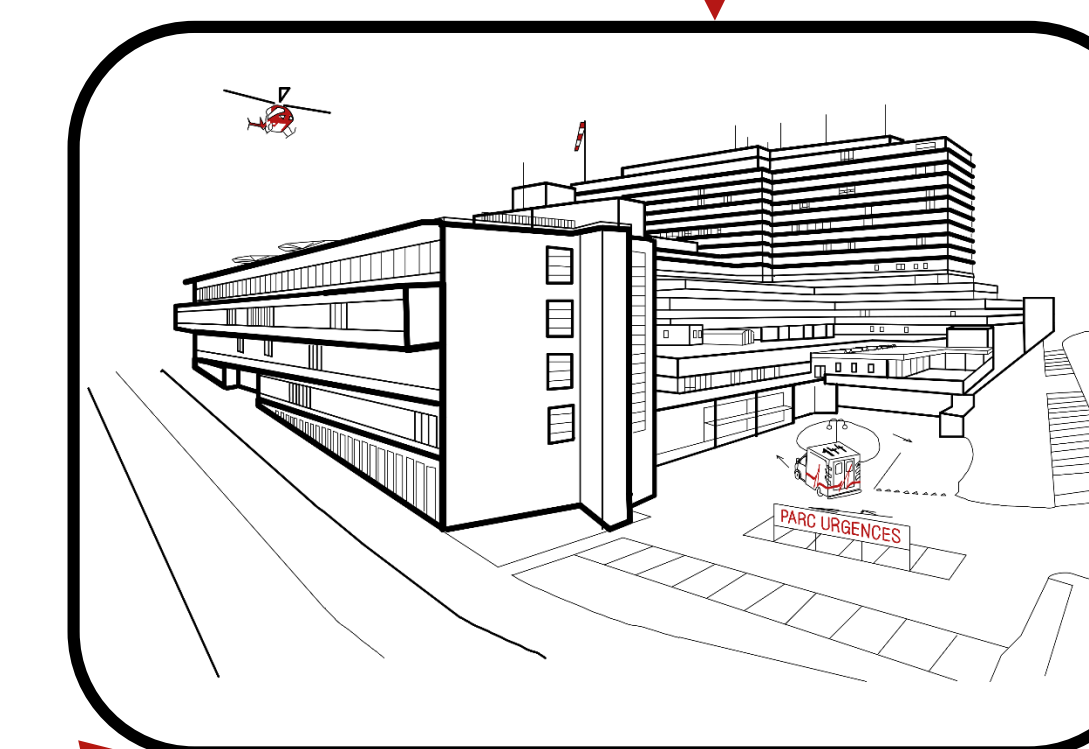
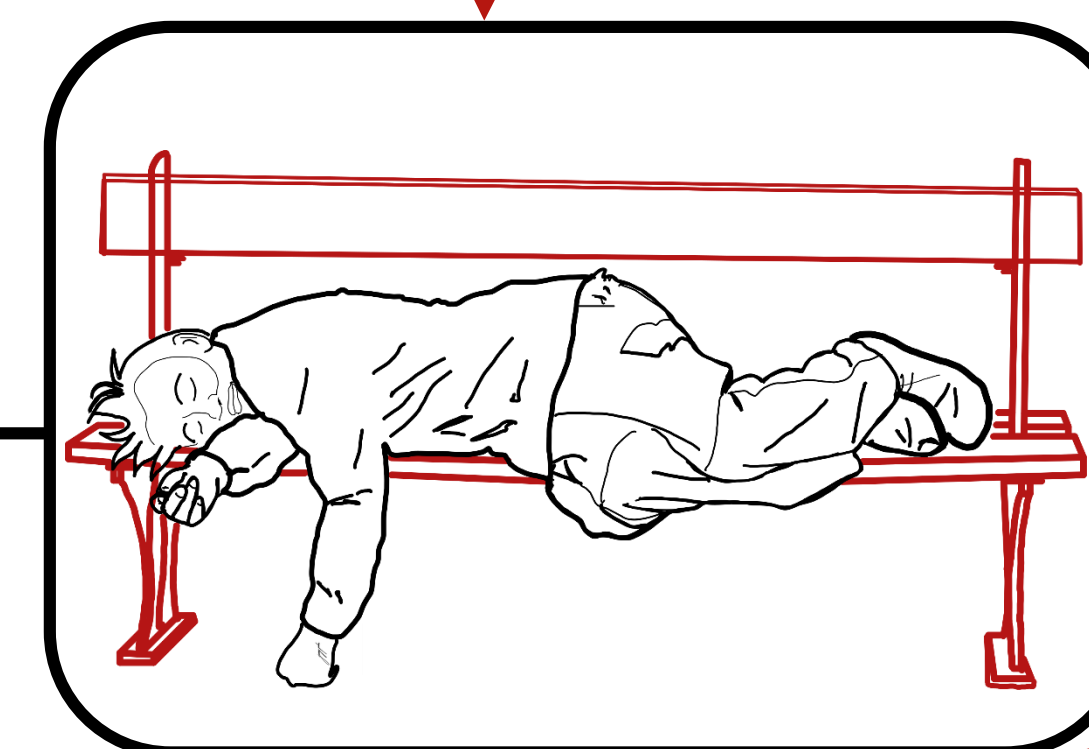
## Les structures d'accueil pour les sans-abris :

- Saturées par le nombre de SDF
- Classables en deux groupes:
  - a. Politique de sélection (accueil de nuit géré par le bureau des réservations en fonction du statut et de la vulnérabilité)
  - b. Politique d'aide inconditionnelle
- Présentent une volonté de rester très tolérantes donc accessibles
- Proposent parfois une aide individualisée, à long terme, mais seulement sur initiative personnelle
- Préfèrent rester focalisées sur leur mission principale et dans les domaines qu'elles maîtrisent (non-médicaux)



## Les sans-abris :

- Vulnérables :
  - a. Risque élevé de développer des pathologies psychiatriques (dépression) ou somatiques (IST) (3) (4)
  - b. Plus enclin à adopter des comportements à risque (abus de substances) (6)
  - c. Nombreux à méconnaître leur état de santé ou à ne pas consulter, révélant qu'il ne s'agit pas de leur priorité absolue
- Population hétérogène dont la diversité est reflétée par :
  - a. les parcours qui ont pu amener les gens à la rue
  - b. les pathologies par lesquelles ils peuvent être atteints
  - c. la situation socio-politico-économique
- Population marginalisée dont les besoins vont au-delà de la seule sphère médicale



## Relation entre les sans-abris et le système de soin :

La relation est rendue difficile par de nombreuses barrières:

- Situation économique, sociale et légale compliquée
- Représentation de l'institution hospitalière
- Expérience(s) préalable(s) de l'hôpital
- Problèmes de santé éclipsés par les besoins vitaux (se nourrir, se loger, etc.)
- Peur de consulter

Ce qui restreint le nombre de SDF pris en charge par le système de soins

*Santé inclusive: agenda politique visant à prévenir les inégalités sociales et sanitaires (6)*

*SDF: sans domicile fixe  
PMU: Polyclinique Médicale Universitaire  
IST: Infection Sexuellement Transmissible*

## Relation entre structures d'accueil et le système de soin :

- Des contacts privilégiés existent grâce à des groupes de travail collaboratifs :
  - a. Dispositif bas seuil
  - b. Santé mentale et précarité
- Des dispositifs d'urgence faisant le pont:
  - a. Ambulance
  - b. Police
  - c. Equipe mobile d'urgence sociale
- Nombreux sont les services proposés des deux côtés mais la coordination entre ceux-ci n'est toujours pas optimale

## Le système de soin:

- Centre des populations vulnérables de la PMU
  - a. Equipes pluridisciplinaires permettent une prise en charge de qualité et complète des SDF
- Les urgences représentent la porte d'entrée pour les SDF pour une prise en charge médicale
- L'équipe mobile vulnérabilité permet une prise en charge intégrée par la suite

## Mise en perspective et améliorations

Les résultats de la recherche ont montré que les institutions sociales sont les plus à même de mettre en place une relation privilégiée avec les sans-abris. Actuellement, celles-ci proposent une aide d'urgence qui répond aux besoins vitaux mais des prises en charge plus globales ont été proposées à travers des initiatives personnelles avec une amélioration de la situation générale. La prise en charge des SDF devrait ainsi être à la fois mieux coordonnée, plus globale, et sur le long terme. Une personne au sein des structures sociales, qui aurait la tâche d'articuler et de faciliter la prise en charge sociale et médicale des bénéficiaires pourrait atteindre ces objectifs. D'autres points à améliorer concernant la prise en charge des sans-abris seraient une meilleure communication entre les différents acteurs du réseau et une formation des personnes en contact régulier avec les sans domicile fixe.

## Remerciements

Un grand merci au Professeur P. Bodenmann pour sa disponibilité. Nous remercions également les personnes interrogées et les félicitons pour leur travail de longue haleine au quotidien auprès des sans-abris.