



DDASS
des Hautes-Pyrénées



Précarité et accès aux soins à Lourdes

DOCUMENT DE TRAVAIL

**Compte rendu et analyse des entretiens réalisés auprès
de personnes en situation de précarité dans le cadre
de la « mise en réseau de l'action de proximité
auprès des publics les plus démunis à Lourdes »**

Juillet 2003

Jean Mantovani
Maité Delarue

1. Eléments de méthode

▶ **L'information recueillie**

Elle repose sur un ensemble d'une trentaine de documents de qualité et de nature très inégale, composé :

- parfois de comptes rendus d'entretiens très circonstanciés
- le plus souvent, malgré les limites qui s'imposent à retranscrire de mémoire le contenu de l'entretien, le résultat permet de bien qualifier la situation des personnes rencontrées
- Les réponses à l'entretien ont parfois été traitées en questionnaires beaucoup plus "fermés" (réponses en OUI/NON, données manquantes...). Dans certains cas, il est alors souvent bien difficile de se faire une opinion sur la condition de la personne.

▶ **Les conditions de "recrutement" des personnes interviewées**

Il s'agit d'une dimension essentielle, surtout lorsque l'on traite des publics marginalisés.

Elles apparaissent elles aussi disparates, selon que les personnes ont été contactées à la rue, dans les locaux d'une association, ou ceux d'une institution... et il restera impossible de définir la "représentativité" de l'échantillon constitué par rapport à l'ensemble des personnes dites "en situation très précaire", logées ou sans logement, comme par rapport à l'ensemble des "clients", usagers ou publics des structures.

Il y a de fortes raisons de penser que l'échantillon représente la partie la plus visible de la population ciblée, et que la partie la plus invisible (ni ostensiblement sur le trottoir, ni cliente des structures caritatives, et peu connue des services sociaux parce que très peu demandeuse) a échappé à l'enquête.

Exemples :

En se référant à ce que nous avons pu étudier dans des contextes à peu près comparables (l'Ariège, le Lot...) certaines situations type de précarité-marginalité ne sont pas représentées dans l'enquête, ainsi par exemple certains profils :

- de jeunes très mobiles, seuls ou en groupe, qui se disent eux-mêmes en quête d'alternatives de vie (d'habitat, de culture...) et s'arrêtent plus ou moins longuement dans des squats urbains ou ruraux. Ainsi ceux qui se revendiquent de la culture des "travellers"
- des jeunes plus isolés et définis avant tout comme toxicomanes.
- de squatters plus âgés et organisés, qui ont en commun avec les précédents de vivre plutôt de la "récup" que de la manche.
- de personnes qui s'inscrivent de longue date dans un parcours de suivi psychiatrique.
- des situations plus ponctuelles de personnes sans logis suite à une ou plusieurs ruptures (notamment familiales)
- etc.

Le propos n'est pas de remettre en cause la démarche entreprise, mais de rappeler les limites intrinsèques de toute enquête qui prétend rendre compte des situations de la grande pauvreté/précarité :

- il est difficile de situer et de rencontrer les personnes qui ne font rien pour se rendre visibles (c'est à dire des personnes sur lesquelles portent les interrogations majeures, dans la mesure où elles ne sont pas constituées en "usagers" de l'action publique). Le phénomène "SDF" dépasse lui-même la dimension des personnes qui se rendent visibles en investissant le trottoir du centre ville.
- l'analyse de l'activité des services existants permet tout au plus de définir des profils de publics de personnes porteuses d'une demande (Or, en matière d'accès aux soins comme d'accès à l'offre d'aide sociale, ce sont les moins demandeurs qui posent problème).
- dans l'ensemble, la représentation que l'on peut se faire de la "population" considérée est toujours fortement dépendante de l'état de l'offre de services, lieux d'accueil, hébergement...

► **La démarche d'analyse.**

Non un traitement statistique mais une approche qualitative

Pour les raisons qui précèdent, il ne paraît pas possible de donner du sens à un quelconque traitement statistique des données constituées.

Il n'en reste pas moins que l'enquête présente un intérêt réel, dans la mesure où elle permet de préciser divers PROFILS de personnes et de groupes sociaux, profils potentiellement révélateurs des différents PUBLICS d'une action sociale. L'analyse des différentes situations type en présence permet de définir des CATEGORIES SOCIALES redevables d'une intervention particulière, en fonction de leurs conditions d'accès à l'offre de soins et de leur rapport à la santé, de leurs conditions de vie, des réseaux relationnels dans lesquels ils s'inscrivent (ou de leur manque de réseau), de leur condition administrative, de la façon dont ces personnes se vivent sous le regard des autres.

Un des intérêts majeurs de l'enquête est de montrer que, quelle que soit leur situation de plus ou moins grande marginalisation, les personnes considérées ont une vision assez claire de leur condition, et de ce qui pourrait participer à l'améliorer. Il en ressort une autre représentation de la DEMANDE, mieux informée des obstacles que rencontrent les plus fragiles et des ressources mobilisables. Il en ressort aussi une représentation plus claire du rapport que ces différentes personnes entretiennent avec les DISPOSITIFS existants, offre de soins ou de services au sens large, médicaux, médico-sociaux ou sociaux, ainsi que de l'efficacité de l'offre à répondre aux besoins exprimés. Là est la clé d'une meilleure compréhension des conditions d'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE des personnes considérées, comme de la définition des actions à entreprendre.

La démarche ayant d'abord une vocation qualitative (c'est à dire de préciser la nature des situations plus que leur quantité), il semble intéressant d'aller jusqu'au bout de la logique. Les termes en majuscules dans le paragraphe précédent situent les principaux thèmes à traiter et la méthode qui a été adoptée.

Nous avons procédé à un recueil transversal systématique des éléments permettent de préciser :

I. Les profils et situations de personnes.

Trajectoires personnelles - Situation de logement, de travail,...

Situation administrative - etc.

II. Les conditions déclarées d'accès ou de non-accès aux soins

Quelles limites déclarées à l'accès aux soins ?

Quels facteurs de facilitation ?

Quelles situations (d'accès ou de non-accès aux soins) décrites au nom des autres ?

Quelles situations pour soi ?

III. Qu'est-ce qu'il se profile des réseaux dans lesquels sont impliquées les personnes et d'un dispositif accessible ?

Dans quel rapport se situent les personnes, aux réseaux "informels" (familiaux, amicaux), aux services institutionnels, aux associations...

Qu'est-ce qui apparaît des articulations pouvant exister entre les différents services et structures ?

Quelles limites, quels manques repérables ? (En matière de santé et de façon plus générale, dispositif d'accueil, de soutien ...)

IV. Quelle(s) demande(s) ? Ou quelle absence de demande ? Quelles attentes déclarées ?

Quelle place relative pour une demande de santé ?

Quelles autres demandes ?

Eléments de synthèse

A l'issue de ce travail, nous avons cherché à alimenter quelques questions principales :

- *Quelles caractéristiques du contexte lourdaise ?*
- *Comment s'articulent problématiques d'accès aux soins et problématiques plus globales ?*
- *Dans quel sens orienter une action susceptible de faciliter l'accès aux soins et à la santé des publics en présence ?*

Notre but étant de susciter une réflexion avec les membres du collectif de travail.

2. Quels profils de personnes ?

Le tour d'horizon des entretiens laisse apparaître cinq composantes majeures.

Celles-ci ne sont pas strictement "étanches" :

- La situation de certaines personnes au moment de l'enquête peut renvoyer à plusieurs de ces composantes
- A évoquer certaines situations individuelles, de personnes "logées" mais en situation très précaire, on peut même parler d'une certaine continuité entre situations de pauvreté, de précarité et de marginalité plus ou moins consommée (constat qui va dans le sens de multiples observations)

Mais le découpage en cinq situations nous semble susceptible d'orienter la réflexion opérationnelle, autant en matière d'approche globale des situations individuelles que pour une action ciblée spécifique.

1) Des personnes clochardisées

A une ou deux exceptions près, leurs profils type n'ont rien de spécifiquement lourdais. Ils caractérisent :

- des personnes d'origine sociale très pauvre, ayant parfois conservé quelques liens familiaux, mais ne pouvant pas compter sur un réseau familial efficient.- depuis longtemps à la rue
- souvent depuis longtemps à Lourdes et bien visibles dans la journée sur leur coin de trottoir. Ils font métier de la manche. Souvent squatters la nuit, mais hors de tout groupe organisé. A Toulouse, les intervenants de rue les désignent souvent sous la formule "résidents notoires", pour signifier que bien que SDF, ils n'en sont pas moins notoirement habitants de la ville.
- souvent tout aussi notoirement individualistes, même s'ils ont des liens d'élection et peuvent se montrer solidaires de leurs pairs. Certains entretiens montrent bien comment les relations qu'ils ont établies leur permettent d'accéder à certains services (le pharmacien)...

- les moins dépendants de leur environnement urbain immédiat sont capables d'une mobilité somme toute très normée, même si celle-ci échappe aux règles habituelles de consommation.

On ne sait pas ce qui a attiré à Lourdes les rares nouveaux arrivants (sinon que Lourdes n'est rien d'autre qu'une capitale mondiale du pèlerinage et qu'elle est du côté du soleil...). On peut simplement dire que ceux-là font preuve d'une capacité de mobilité, très valorisée dans notre société.

- les entretiens montrent aussi à quel point vouloir "sortir" de leur condition peut se révéler un véritable parcours du combattant (qu'ils ne sont pas). Ils sont de fait très peu demandeurs à l'égard des structures, sinon en situation de crise.
- l'alcool est très souvent présent, parfois les médicaments, mais on s'évitera de chercher qui a fait l'œuf et la poule. Certains disent simplement comment ils peuvent faire partie intégrante de leur condition, ne serait-ce que pour la rendre "tenable" (on y reviendra).

2) De très jeunes personnes en mal d'insertion

et d'intégration professionnelle

- Ils ont moins de 25 ans et ne peuvent prétendre aux minima sociaux. (Mais ce type de situation peut se prolonger au-delà de l'âge seuil)
- leur "employabilité" reste limitée.
- la plupart ont des attaches locales, des liens familiaux (mais leurs parents n'ont guère de moyens eux-mêmes), des liens amicaux (mais les copains sont souvent dans la même situation)
- ils galèrent et certains sont très proches de la "zone" (l'univers des jeunes les plus marginalisés)

- mais on ne peut pas parler de marginalisation consommée. Ils restent en mesure de faire appel lorsque le besoin s'en fait sentir, mais étant donné leur âge, c'est rarement pour des soins. La question de la prévention ne s'en pose pas moins, et d'abord sur le versant de l'insertion.

3) Le public contraint des personnes et des familles très pauvres

- Personnes plus âgées en rupture de travail, dont une bonne partie déclarées handicapées (AAH).
- elles sont en quête de solutions institutionnelles face à des situations plus ou moins ponctuelles de non-solvabilité.
- plus souvent encore que les plus jeunes, ce sont des lourdaises, qui peuvent compter sur un réseau familial, mais très démunis (lorsque ces personnes n'assument pas elles-mêmes les charges de personnes encore plus fragiles, enfants ou ascendants).
- elles constituent un public "classique" de l'action sociale, mais quelques exemples montrent que le risque est présent de voir une partie de ces personnes se marginaliser, en perdant leur logement par exemple.

4) Des personnes précarisées suite à une ou plusieurs rupture(s)

(notamment familiales)

- En petit nombre dans l'échantillon, et contactées essentiellement auprès des services sociaux
- essentiellement des femmes
- elles constituent un public légitimé, bien connu de l'action sociale (ainsi que de la médecine du travail par exemple) de demandeuses d'emploi fragilisées, souvent avec des enfants à charge.
- elles ont subi un déclassement, mais on ne peut pas parler pour autant de marginalisation

- souvent en situation administrative précaire, mais restant très préoccupées de santé, elles sont en demande de solutions susceptibles de faciliter notamment l'accès aux soins pour elles et leurs proches.
- la plupart ont des attaches locales de longue date.

5) Les saisonniers

- Ils ne constituent une catégorie à part entière que du fait de leur statut déclaré de "saisonnier". Sinon, leur profil les rapproche alternativement de l'une des trois composantes précédentes, en tant que personnes plus ou moins jeunes en situation d'accès précaire au travail, alternant périodes d'emploi, de chômage et de fin de droits, à la fois démunies et en situation administrative complexe, mais généralement sans trop de problèmes d'accès au logement.
- Cette composante mérite quand même d'être isolée pour ses caractéristiques très lourdaises.

L'économie saisonnière participe à fixer (et à attirer) une population de personnes en situation précaire pour lesquelles la "saison" ne constitue pas (ou plus) un revenu familial d'appoint mais les seules ressources disponibles.

3. La dimension « accès aux soins »

1) Les limites déclarées à l'accès aux soins :

▶ *Les SDF*

La limite principale qui revient dans tous les discours est l'**absence de CMU** et les difficultés à se faire ouvrir les droits; difficultés administratives car pour beaucoup, ils n'ont pas ou plus de papiers et la **complexité des circuits** pour en obtenir les décourage d'entreprendre la démarche; ils évoquent également des problèmes de manque de temps, de difficulté de transport, et ils ne savent pas toujours à qui s'adresser.

Le fait de **vivre à la rue** est cité par beaucoup comme un obstacle majeur au maintien d'une bonne santé et fait qu'ils ne réagissent que face à l'urgence ou la gravité d'un problème.

Un autre frein signalé en particulier en cas de nécessité d'hospitalisation est de devoir mettre le chien à la SPA ou le confier à un copain.

Enfin certaines limites sont davantage d'ordre psychosociologique et ressortent de ce qu'on pourrait qualifier de « **honte sociale** » : ils pensent faire l'objet de discrimination de traitement, de passer après les autres, d'être gardés moins longtemps, bref d'être mal accueillis. Mais l'essentiel est dans la difficulté qu'ils éprouvent à se confronter au regard des autres, et en particulier des représentants des institutions.

▶ *Les très jeunes*

Le problème majeur est le manque d'argent; ils ne savent pas toujours où ils en sont en matière de couverture sociale et ne sont pas très au courant du dispositif existant.

Autre obstacle : ils ne savent pas où aller ni où s'adresser pour avoir l'information.

Ils signalent également des attitudes de rejet à leur égard car la société « n'a pas de respect pour les jeunes qui ne travaillent pas »; « on vous rabaisse, on vous parle mal ».

▶ ***Les familles pauvres***

Beaucoup, parmi eux, sont chômeurs ou bénéficiaires de l'AAH ; ils ont donc souvent des revenus légèrement supérieurs aux barèmes de la CMUC et sont donc victimes des effets seuils ; les obstacles à l'accès aux soins sont donc essentiellement financiers : pas de mutuelle, pas les moyens de faire l'avance des frais. Les difficultés des démarches administratives sont également citées avec le sentiment parfois, d'ingérence dans la vie privée : « les travailleurs sociaux posent trop de questions personnelles ».

▶ ***Les femmes en situation de rupture***

Les limites de l'accès aux soins sont les mêmes que celles de la catégorie précédente : difficultés financières liées à l'absence de mutuelle ou à l'impossibilité de faire l'avance des frais ; difficulté des démarches administratives.

▶ ***Les travailleurs saisonniers***

Limites financières pour faire l'avance des frais, le manque de temps pour se soigner est aussi évoqué de même que la difficulté psychologique de faire la démarche de soin ; la complexité des circuits administratifs est soulignée ; une personne est également méfiante vis à vis de l'hôpital qui l'oriente contre son gré à Lannemezan.

2) Les facteurs de facilitation :

▶ *Les SDF :*

La CMU est perçue comme un sésame universel : elle permet de « se faire soigner comme tout le monde ». Mais

La présence d'un hôpital est pour les SDF un argument à prendre en compte pour le choix de se poser; on peut y être soigné, même sans papier.

Les **relations privilégiées inter personnelles** : Connaître un médecin qui accueille bien, est gentil, écoute, est très important. Ainsi, un homme parle d'un contact qu'il avait noué avec une assistante sociale qui lui avait permis d'amorcer une démarche de soin; cette personne est partie, il l'a vécu comme un abandon personnel et a tout laissé tomber.

▶ *Les très jeunes*

Etre rassuré, est un besoin qui revient souvent, par un médecin que l'on connaît, ou par une prise en charge sécurisante à l'hôpital.

▶ *Les familles pauvres*

La confiance dans les soignants; le fait d'être bien accueilli.

▶ *Les femmes en situation de rupture*

Connaître et être connu, nouer des liens semble très important; ainsi, pour une de ces personnes, le changement d'assistante sociale a été déstabilisant et elle a l'impression que tant que la nouvelle assistante sociale ne la connaît pas bien, son dossier n'avancera pas. Il y a également chez cette catégorie de personnes, un besoin plus affirmé d'écoute, d'accompagnement : « le positif c'est qu'on s'occupe de nous ».

► *Les travailleurs saisonniers*

L'hôpital est un atout car on peut y être soigné sans payer et être reçu immédiatement. Un atout est le fait que Lourdes soit une petite ville où il est plus facile d'identifier les services et de se faire « ses repères ».

Pouvoir avoir un suivi personnalisé est un facteur facilitant l'accès aux soins, que ce soit par un médecin traitant ou à l'hôpital ou encore dans les services sociaux.

3) Les situations décrites :

► *Les SDF :*

Les problèmes dentaires sont quasi permanents : ils les traitent au moment de l'urgence, à l'hôpital mais n'entreprennent pas le suivi qu'il faudrait instaurer, par manque d'argent pour se payer un appareil dentaire, par impossibilité également d'envisager de s'inscrire dans la durée.

Tous connaissent des SDF qui boivent, prennent des cachets et ont dépassé le stade de s'intéresser à leur santé.

Sont décrites aussi des situations de rejet de l'hôpital, pour trouble de l'ordre public lié à l'alcoolisme; l'automédication est la règle pour les petits problèmes du quotidien.

Plusieurs ont fait des séjours, pour désintoxication en particulier, à Lannemezan ; ils en gardent tous un mauvais souvenir car « il n'y a que des fous » ; ils craignent, à l'occasion d'une visite à l'hôpital, d'être renvoyés là-bas

► *Les très jeunes*

Ils décrivent des situations analogues à celles qui sont décrites par les SDF : jeunes qui se droguent et se moquent de leur santé, rejet par les institutions...

Pour eux-mêmes, ce sont surtout des situations qui les laissent désemparés : fille qui ne prend conscience de sa grossesse qu'au bout de trois mois et qui fait face seule, qui ne sait pas comment faire pour le suivi, accouche seule à

l'hôpital sans personne famille ou professionnel pour l'écouter ou l'accompagner; jeune homme avec des problèmes cardiaques qui ne sait pas comment faire pour trouver un spécialiste qui s'occupe de lui...

▶ ***Les familles pauvres***

Les problèmes récurrents semblent être des problèmes d'alcoolisme plus ou moins pris en charge, qui cependant n'empêchent pas de « fonctionner » au quotidien ; sont évoqués aussi des renoncements aux soins dentaires, faute de moyens financiers et l'utilisation des urgences de l'hôpital pour des problèmes aigus ; il y a pour cette catégorie de personnes, unanimité à reconnaître la qualité de l'accueil et à déplorer les attentes décrites comme très longues.

▶ ***Les femmes en situation de rupture***

Les situations décrites relèvent d'impossibilité de s'adresser à la médecine de ville par manque d'argent, par peur également du regard des autres sur leur pauvreté.

▶ ***Les travailleurs saisonniers***

Il est rapporté des situations de difficulté pour trouver un médecin de ville qui soigne en l'absence de droits ouverts; situation également de difficulté d'avoir une prise en charge adaptée de problèmes d'alcoolisme à Lourdes.

4. Les réseaux et l'utilisation des dispositifs

▶ *Les SDF*

Si presque toutes ces personnes ont conservé des liens plus ou moins distendus avec leur famille, les liens les plus forts sont avec les copains de galère ; la solidarité joue sans toutefois occulter l'individualisme.

Le recours principal en matière de santé est l'hôpital ; certains médecins généralistes connus pour soigner gratuitement et bien les accueillir sont mentionnés ; il est aussi beaucoup question des pharmaciens qui dépannent avec des échantillons, donnent des médicaments quand ils connaissent...

En matière d'hébergement, il semblerait qu'il n'y ait aucun dispositif sur Lourdes, en dehors de solution ponctuelle (Algeco de la Croix Rouge) ; il est fait référence à un centre d'hébergement à Tarbes qui ne serait réservé qu'aux réfugiés. La politique en matière de squat a l'air sévère car ils sont murés au fur et à mesure de leur occupation; or les SDF disent que c'est le seul mode d'habitat compatible avec le fait d'avoir des chiens.

L'abri de jour est cité; il est possible d'y manger 3 repas par mois et de prendre une douche; l'accueil est perçu différemment selon les personnes ; certaines semblent rejetées alors que d'autres y sont bien accueillies.

Enfin le tissu associatif apparaît essentiellement caritatif : secours populaire pour les vêtements, secours catholique pour la domiciliation, restos du cœur, sœurs polonaises de Bagnères.

Il ne semble pas qu'il y ait une orientation organisée vers ces services qui sont utilisés au coup par coup, et connus par le bouche à oreille.

▶ *Les très jeunes*

Le recours possible à la famille est variable car il y a souvent eu rupture ; le jeune est seul où avec un compagnon ou une compagne ; le recours aux services

se fait à peu près sur le même mode que les SDF avec cependant la présence plus fréquente d'un médecin traitant, sans doute parce qu'ils ont plus souvent la CMU. Le point marquant reste leur sentiment de solitude face aux dispositifs et services ; comment les connaître et comment y avoir accès reste leur préoccupation majeure ; ce sont surtout eux qui demandent des lieux d'information, des personnes pour accompagner vers les services.

► *Les familles pauvres*

La plupart de ces personnes vivent en famille et ont des liens avec des parents et des amis ou voisins ; cependant la plupart également, disent ne pas pouvoir faire appel à eux en cas de problème car leur famille est très pauvre et a à faire face aux mêmes problèmes de précarité qu'eux.

En terme de dispositifs de santé, contrairement aux catégories précédentes, tous ont un médecin traitant, à qui ils s'adressent prioritairement, l'hôpital étant un recours plus exceptionnel, et hormis les problèmes financiers, ils utilisent le système de soins de la même façon que la population générale. On a affaire à des personnes plutôt insérées dans le tissu social sachant faire appel aux services en fonction de leurs besoins : CCAS, mairie, assistantes sociale... le réseau associatif caritatif a l'air moins sollicité, probablement parce que les besoins à faire prendre en charge par la collectivité sont moins « vitaux ».

► *Les femmes en situation de rupture*

Le réseau familial ou amical semble plus ténu que pour la catégorie précédente et souvent se limiter au compagnon qu'elles ont actuellement. Concernant l'accès au dispositif, le recours le plus souvent cité en priorité est le recours aux services sociaux, assistante sociale, mairie, CCAS, qui orientent et aident à la gestion du quotidien ; ces personnes utilisent aussi l'offre de service des associations caritatives pour se nourrir et s'habiller.

En terme d'accès aux soins les situations sont plus contrastées : certaines ont un médecin traitant, et utilisent « normalement » les dispositifs de soins, les autres

ont seulement recours à l'hôpital parce que c'est gratuit, qu'elles ne connaissent rien d'autre.

► ***Les travailleurs saisonniers***

La présence d'un réseau familial ou amical est très variable selon les personnes. En terme de dispositif, concernant la santé le recours prioritaire est l'hôpital, qui apparaît comme le plus facile d'accès : gratuité, rapidité ; peu ont un médecin traitant.

Ces personnes ont également recours aux services sociaux et aux associations caritatives.

5. Les demandes exprimées

On notera ici quelques expressions typiques de la demande exprimée, avant d'y revenir de façon plus systématique au niveau de la synthèse.

On distinguera seulement entre les personnes clochardisées et les autres.

► *Les SDF*

La complexité administrative

"Je demande rien car quand vous y allez on demande trop de choses d'un coup"

"Ma CMU est grillée depuis juin"

Habiter : condition première pour l'accès à la santé

La demande santé apparaît très liée à demande d'habitat, de "lieux" :

- "un lieu qui accueille tout le monde sans se préoccuper de la CMU"

- "Ca va me donner un logement ?"

- "Que déjà, il y ait un lieu d'accueil. On dort dehors. Comment on peut rester en bonne santé ?"

- "des abris, les Restos toute l'année"

... et souvent très clairement formulée en termes de logement :

- "UN ENDROIT POUR DORMIR !!! Comment veux tu te soigner sinon ?"

- "C'est un foyer où on peut prendre les chiens qu'il faudrait"

- "Une grande maison abandonnée, chacun leur pièce, ça serait pas que de la boisson, les gens croient que ça serait que ça ... c'est pour tuer le temps qu'on boit, pour calmer les nerfs. Si t'as pas un toit."

Un dispositif plus étoffé, mieux structuré

- "Sur PARIS, structures médicales qui soignent sans papier. Ici cela n'existe pas". "En cas de besoin, je connaissais pas mal de structures"

- "Pour les zonards, il faudrait faire comme dans les grandes villes, un camion (exemple des prostituées) qui passe et qui fasse les premiers soins. Il faut aller vers eux"
- etc. (voir aussi "dispositif")

Pouvoir créer des liens avec des personnes

- "j'ai tout arrêté parce que l'assistante sociale là bas(il montre la direction du CCAS) elle est partie, elle a changé d'endroit, alors puisqu'elle s'en fout, j'ai tout arrêté"
 - « Les médecins : ils se mettent dans une position où on voit bien qu'on vous écoute pas"
- (Voir aussi sous le thème de l'accès aux soins, nombreuses formules qui vont dans ce sens.)

► *Les autres*

Pouvoir créer des liens avec des personnes

- "Pour les jeunes il faudrait plus de considération pour qu'ils aient du travail"
- "Trouver quelqu'un de compréhensif, je manque d'écoute. Je suis trop seule, pour tout je me débrouille seule"
- "Communiquer avec eux, ouvrir le dialogue positif. Créer un lieu de rencontre pour faire une mise au point avec les personnes."

Un dispositif plus étoffé, mieux structuré

- "Ce qui manquerait à Lourdes pour améliorer l'accès aux soins, c'est l'information écrite/orale + informations pratiques. "
- "Qu'il existe un médiateur qui donne la bonne direction"
- "il faut suivre le cas de chacun selon ses besoins sans avoir la sensation d'être épié, surveillé, mis sous tutelle. Il faut une structure."

Le logement, des lieux

- "un appartement pas trop cher", "un appartement accessible"
- "lieu de rencontre"

Lever la complexité administrative

- "un seul numéro qui ferait CAF, EDF... Des endroits où on pourrait se faire soigner sans avoir de papiers"
- " Endroit où on peut avoir l'avis d'un médecin ou des médicaments si on n'a pas l'argent nécessaire ou la CMU comme Médecins du Monde."

6. Synthèse

Dans quel sens qu'on les prenne, les quatre sous-titres de la partie précédente nous semblent essentiels dans une perspective opérationnelle :

- *Lever la complexité administrative*
- *Un dispositif mieux structuré, mieux régulé*
- *développer la médiation personnalisée, les liens avec les personnes précaires, "aller vers" les personnes...*
- *Penser l'accès aux soins sans oublier que ses conditions premières passent par d'autres dimensions, et en premier l'insertion par le logement, des lieux d'accueil...*

Ces quatre points sont transversaux à la plupart des entretiens réalisés.

Ils sont également transversaux, malgré les disparités de situations, à l'ensemble des composantes sociales décrites, SDF clochardisés, jeunes en mal d'insertion-intégration, saisonniers, familles pauvres, personnes fragilisées suite à ruptures de trajectoires.

Ils apparaissent ici aussi très liés les uns aux autres.

► *Lever la complexité administrative*

Malgré (et aussi à cause de) la multiplication des formules et procédures visant à faciliter le traitement administratif de l'accès aux droits, le système reste très compliqué, très segmenté, très "vertical". A Lourdes comme ailleurs, cette complexité se retourne contre les plus fragiles, les jeunes les moins au fait des contraintes administratives, les plus marginalisés, et plus généralement à l'encontre des personnes en situation administrative précaire, qui doivent réitérer à l'infini les démarches, à chaque changement de statut, de situation au regard du travail, d'échéance de fin de droit...

Le mot d'ordre, depuis les débuts de la décentralisation, est toujours de créer les moyens locaux pour "transversaliser" les moyens, par delà les missions spécifiques de chaque administration. Ce qui signifie, certains le disent concrètement : mise en place de guichet unique, développement de l'information, et de la médiation personnalisée... ce qui renvoie aux points suivants.

► *Un dispositif mieux structuré, mieux régulé*

Il nous est difficile de nous prononcer sur l'état des dispositifs à Lourdes, sur lesquels nous n'avons que très peu d'indications hors de ce qu'en suggèrent les personnes qui ont participé à l'enquête.

Le sentiment dominant qui en ressort est que l'offre locale reste peu structurée, et surtout en mal de régulation.

- On a vu que le service des urgences de l'hôpital local occupe une place centrale dans l'esprit de la plupart des personnes interrogées, pour tout ce qui concerne le besoin de soins en urgence. Mais on peut penser que c'est par défaut d'un dispositif de ville plus large qui assurerait par exemple un accès facilité à la médecine de ville. Et on peut penser qu'un tel dispositif plus large serait nécessaire du fait des difficultés grandissantes que rencontrent les urgentistes à faire face à la demande, en particulier pendant les saisons touristiques et de pèlerinage.
- L'offre de "soins" au sens large (y compris d'hygiène, d'alimentation, de vestiaire...) semble à la fois assez limitée et relativement éclatée. Le sentiment que laissent les entretiens est que les personnes accèdent individuellement à l'offre locale, en fonction de leurs capacités personnelles à aller "sonner", des relations qu'ils ont été en mesure d'établir.

On ne perçoit guère derrière les formules employées le signe de l'existence d'un dispositif concerté associant l'ensemble des intervenants : hospitaliers, libéraux, services institutionnels, associatifs,...

- Le rôle des associations, dont on sait l'importance dans les dispositifs de ville, apparaît ici assez limité, même si l'accueil de jour, les services fournis par le Secours catholique le Secours Populaire..., sont cités par différentes personnes bien au-delà des SDF. Mais le sentiment dominant est que les règles qu'elles se sont données ne sont pas très clairement définies, ou qu'elles restent comprises différemment selon les personnes et les publics demandeurs...

On peut ainsi penser que le développement de la concertation et la direction des différents intervenants, l'élargissement ou la mise en place d'une ou plusieurs instances de débat et de régulation, peut constituer une des perspectives d'action à venir.

Avec comme attendus pratiques à court terme :

- de rendre plus visible et accessibles les composantes de l'offre existante
- de fédérer les interventions, de se donner des règles partagées
- de prioriser les actions à entreprendre, de formuler des projets...

► ***développer la médiation personnalisée, les liens avec les personnes précaires, "aller vers" les personnes...***

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur le contenu des entretiens : l'enquête, comme toutes les recherches qui donnent la parole aux personnes en situation de précarité, montre bien l'extrême importance que revêt la médiation de personnes à personne en matière d'accès aux soins.

Il en va d'un constat général qui n'est pas propre à l'univers de la grande pauvreté : s'occuper de soi, prendre soin de son corps, exprimer une demande de soins et faire la démarche de consulter met en oeuvre non seulement la "volonté" de l'individu, mais aussi les systèmes de relations autour de l'individu, et le rôle essentiel de "passeurs", de "médiateurs" ou simplement

d'intermédiaires que jouent les proches dans l'émergence d'une demande de santé.

Dans l'univers des personnes les mieux intégrées il en va généralement de l'intervention des familiers, des amis, des relations de travail ou de loisir... du regard sur soi que génère le regard valorisant des autres.

Parmi les personnes précarisées et marginalisées, ces liens font en partie défaut et la construction d'une demande se complique du sentiment d'indignité que développent les personnes précaires elles-mêmes (sous le regard de professionnels pas toujours très valorisant).

De nombreuses expériences ont montré qu'une des clés essentielles de l'accès des plus démunis à la santé et aux soins est dans le soutien personnalisé, l'accompagnement individuel, la mise en place de référents professionnels, de "passeurs" en mesure d'entretenir le lien interindividuel en deçà et au-delà de l'acte de soins. Les formules de type lieux d'accueil, pôles d'orientation, équipes mobiles,... ont souvent cherché à apporter des réponses à ce niveau, et peuvent souvent faire état de résultats positifs, y compris auprès des personnes les plus "exclues".

► ***Penser l'accès aux soins sans oublier que ses conditions premières passent par d'autres dimensions, et en premier l'insertion par le logement, des lieux d'accueil...***

La précarité est un tout et les problématiques de l'accès à la santé des précaires nécessitent de considérer le tout.

Les entretiens montrent bien :

- que la "population" considérée est à dominante jeune, composée de personnes qui, à de rares exceptions près, ne connaissent pas aujourd'hui de problèmes de santé graves ou chroniques. On n'en sait pas moins que les inégalités sociales de santé (comme d'espérance de vie) sont très marquées et que les enjeux de la santé dépassent largement le simple accès ponctuel et individuel à des soins de

qualité, qu'une prévention efficace en ce domaine consiste d'abord à rétablir les conditions essentielles d'une vie décente, à restaurer une estime de soi très entamée, à nouer des liens, sans chercher à imposer une norme de conduite, et sans chercher à mettre les impératifs théoriques de santé comme condition première.

- le résultat des entretiens permet d'alimenter une réflexion à ce niveau :

- la préoccupation première des plus marginalisés (les personnes clochardisées) concerne l'habitat au sens minimal : où trouver à se poser, à se mettre à l'abri, éventuellement avec leur chien, dans des conditions qui garantissent l'autonomie de chacun ? Le modèle de la "grande maison abandonnée" n'a rien d'anecdotique: certains acteurs s'en sont inspirés pour créer des structures d'accueil et d'hébergement qui permettent à des SDF de se "refaire" (voir "Habitat Différent" à Toulouse par exemple).

- la demande de lieux d'accueil, de lieux collectifs accessibles (de rencontres, d'échanges, de réassurance...), comme la demande de lieux de services de type guichet unique, s'exprime chez les "logés" comme chez les sans logis.

Ce type de demande formulée traduit une attente plus générale d'espaces d'insertion, inhérente aux situation de précarité dans leur ensemble.

Ce constat, qui ressort de différentes recherches et que l'enquête confirme dans le cadre lourdaise, demanderait de longs développements un peu théoriques que l'on s'évitera ici. On notera seulement :

- que le terme "insertion" est pris ici dans son sens premier (et non pas dans sa définition institutionnelle dévoyée qui en a fait un synonyme d'intégration professionnelle)
- lorsque les conditions d'accès au travail et au logement normés ne sont pas ou plus réunies, s'insérer consiste à s'inscrire dans un ou des espaces collectifs, espaces de sociabilité, espaces de rencontre, d'activités partagées, de projets bâtis en commun...
- l'enquête traduit un besoin qui apparaît de plus en plus essentiel lorsque l'on traite de précarisation et de marginalisation ; besoin de construction

de soi, d'une identité individuelle autonome qui passe nécessairement par la construction ou reconstruction du sentiment d'appartenance au(x) collectif(s).

Sous la formule "espace d'insertion", nous évoquons une fonction qu'ont su remplir, par exemple, les maisons des jeunes des années 60 dans certains quartiers urbains, les "maisons des chômeurs", Emmaüs,... mais aussi de nombreuses associations à vocation d'activité bénévole, jusqu'à certaines formules de squats organisés.

Au-delà du suivi et de l'accompagnement individuel, il revient aussi à l'action publique de participer à générer de tels espaces, susceptibles de participer à l'autonomisation des personnes, et notamment en matière d'accès à la santé.

Il semble que l'offre d'accueil qui existe à Lourdes aujourd'hui (accueil de jour, restos du cœur, Secours Catholique) ne réponde que très partiellement aux attentes.

◦
◦ ◦

Les SDF clochardisés du centre ville et les consommations d'alcool et/ou autres toxiques

Quelques considérations rapides de synthèse un peu désordonnée, concernant ce groupe et ses consommations, dans la mesure où la problématique qui s'y attache nous semble avoir valeur beaucoup plus large. On s'appuie ici sur les résultats de l'enquête, et beaucoup plus largement sur les approches empruntées à la recherche sociologique et aux professionnels du social qui sont amenés à côtoyer les SDF.

Concernant les "SDF" de centre-ville, la démarche d'enquête a permis de mettre en lumière quelques traits essentiels :

- L'opinion publique a fait de cette "population" le prototype de "l'exclusion", de la misère moderne, mais leur situation :

- apparaît bien plus ambivalente que cela,
- et elle est loin de résumer les problèmes qui se rapportent aux phénomènes de précarisation liés à la perte du lien au travail et aux autres collectifs fondateurs de notre société.

- Ces personnes génèrent une certaine peur, les individus, les groupes sont parfois agressifs, parfois injoignables..., mais ils sont le plus souvent tout à fait accessibles.
- Elles n'ont pas investi n'importe quel espace, mais celui du centre urbain
- Elles font souvent font métier de la manche
- Ce "groupe" n'est pas homogène, au sens social des termes, il compte des personnes très autonomes (et il en faut de l'autonomie pour vivre à la rue) et d'autres beaucoup plus dépendantes de l'environnement.
- Les personnes les plus autonomes sont tout en fait en mesure de se constituer des ressources suffisantes et de se déplacer (y compris de "partir en vacances"). Les plus "dépendantes" sont fortement tributaires de leur environnement immédiat dans le petit périmètre
- Certains ont su se constituer un ensemble parfois très riche de relations, y compris avec des professionnels du soin, et les conditions de leur accès aux soins est fonction de ces relations.
- Ce sont des "urbains", qui recherchent le contact avec d'autres urbains, sur un mode somme toute très "bourgeois" (au sens littéral du terme), et qui verront toujours d'un mauvais oeil qu'on prétende les isoler sur un de ces délaissés de rocade où l'on parque généralement les gens du voyage.
- Ils ont souvent acquis une certaine peur panique du vide social, que représente par exemple un lieu désert, un appartement vide...
- Ils essaient d'habiter le trottoir, avec toute l'ambiguïté qu'on peut y voir, et les sanctions qui s'y attachent.
- Ils consomment de l'alcool souvent très massivement, parfois mélangé de psychotropes

- Ces consommations participent à "tenir" à la rue, à se ménager de l'espace privé sur l'espace public
- Elles ne sont pas seulement un facteur d'altération de la santé, mais aussi paradoxalement obstacle à l'accès aux soins, notamment face à un certain interventionnisme médical :
 - qui considère d'abord l'aspect pathologique de la consommation d'alcool
 - et du traitement médico-psychiatrique de cette pathologie un préalable à toute intervention de santé.

L'enquête a aussi montré que certains ont déjà fait l'expérience de la cure de désintoxication... pour retourner aussitôt après à la rue, en l'absence d'autres perspectives.

Il est dit combien la perspective de recommencer le cycle peut être assez peu engageante ; retourner "chez les fous", "patient" sous autorité médicale, puis le retour au point de départ, sinon en deçà, dans la mesure où il faut rebâtir les relations perdues de vue.

La réflexion sur la situation SDF et l'alcool (mais aussi sur la situation SDF et la santé mentale) prend ainsi dimension de réflexion sur l'ordre des priorités à donner aux interventions auprès de ces publics :

- il serait peut être possible de faire du temps de la cure un temps de travail social intense, moyennant une démarche pluridisciplinaire...
- mais quel sens aurait un travail social en milieu thérapeutique fermé ?
- la cure n'apparaît ni comme début d'un travail, ni comme finalité en soi.

L'expérience acquise montre que ce qui apparaît autrement plus déterminant dans la perspective de voir certaines personnes "passer à autre chose" relève plutôt d'un travail au long cours portant sur les différents points évoqués plus haut : instauration d'un lien, médiation, ouverture de lieux adaptés, insertion par l'activité, etc.

ANNEXE

Grille d'entretien

Introduction :

- qui nous sommes
- en quête de témoignages sur les conditions de vie et de santé des personnes précaires, de la part de personnes qui connaissent les situations de galère à Lourdes.

Ia - Connaissez vous actuellement à Lourdes des personnes SDF qui ont des problèmes de santé et qui ne se font pas soigner ? OUI-NON

Si oui, donner des exemples :

- pour quel type de problème de santé ?
- comment expliquez-vous qu'il ne se fasse pas soigner ?

Si non. Avez vous eu connaissance de situations de ce type dans le passé ?

OUI-NON

Si oui, donner des exemples :

- il y a combien de temps ?
- pour quel type de problème de santé ?
- comment expliquez-vous qu'il ne se soit pas fait soigner ?

Ib – Avez-vous vous même connu ce type de situation ? OUI-NON

Si oui :

- il y a combien de temps ?
- pour quel type de problème de santé ?
- pourquoi êtes vous resté sans soins ?

II - Vous est-il arrivé d'aider une personne SDF qui avait un problème de santé ?

Exemple(s)

- qu'avez-vous fait ?
- Vous êtes vous adressé à quelqu'un ? (personne ou structure, un service, un médecin, une association ...) ?

IIIa – A qui, ou à quelle(s) structure(s), peut-on s'adresser aujourd'hui à Lourdes en cas de problème de santé ?

Listage	avantages
inconvénients	

IV – VOUS MEME – Où êtes vous déjà allé à Lourdes pour vous faire soigner ?

Lieu 1	2	3
--------	---	---

Quel lieu ?

Il y a combien de temps ?

Comment avez vous été amené à y aller ?

Quelqu'un est-il intervenu ?

Vous l'avez-t-on conseillé ?

Avez-vous été bien reçu ?

Qu'est-ce que vous avez trouvé positif ?

Qu'est-ce qui vous a gêné ?

IVb – Hors de ceux que vous avez fréquenté, y a-t-il d'autres lieux où il est possible de se faire soigner ? (qu'est-ce qu'il se dit à ce propos parmi vos amis et connaissances ?)

Lesquels ?

IVc – Y a-t-il des lieux réputés pour ne pas réserver le meilleur accueil aux SDF ?

Lesquels ?

V – Connaissez-vous personnellement :

Un ou des pharmaciens ?

Un ou des médecins de ville ?

Une ou des personnes à l'hôpital ? Précisez ?

Pour chacun. Pensez-vous que vous pourriez vous adresser directement à lui-eux si vous aviez un problème de santé ?

VI – A votre avis, qu'est-ce qui devrait ou pourrait être fait à Lourdes pour améliorer la santé des personnes les plus précaires (ou SDF, ou exclues) ?

(volontairement large pour laisser la personne répondre sur le terrain des soins, ou sur d'autres terrains (l'accès au travail, au logement))

VII– Quelques questions personnelles

Quel est votre âge ?

Votre situation ?

Votre couverture maladie ?

Etes vous en lien régulier avec un ou des membres de votre famille ? Le ou lesquels ?

Vous pourriez compter sur l'un d'entre eux au moins si vous étiez malade ?

Avez-vous des amis sur lesquels vous pourriez compter si vous étiez malade ?