



HAL
open science

Projet TREPSAM. Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille

Cyril Farnarier, Matteo Fano, Carlotta Magnani, Yannick Jaffre

► To cite this version:

Cyril Farnarier, Matteo Fano, Carlotta Magnani, Yannick Jaffre. Projet TREPSAM. Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. [Rapport de recherche] UMI 3189 Environnement, santé, sociétés. 2015. halshs-03454716

HAL Id: halshs-03454716

<https://shs.hal.science/halshs-03454716>

Submitted on 29 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Unité Mixte Internationale n° 3189 - Environnement, Santé, Sociétés

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Rapport de recherche

Projet TREPSAM

(Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille)

Mai 2015

Cyril Farnarier

Mattéo Fano

Carlotta Magnani

Yannick Jaffré

Contact : cyril.farnarier@gmail.com

Préambule	5
Liste des acronymes utilisés	6
Synthèse du rapport	I-XVI
Introduction	18
Présentation de l'étude	18
De la question posée à la question de recherche : construire une méthodologie d'enquête	18
Définition de la population cible	18
Choix des lieux d'enquête	19
Critères d'inclusion/exclusion	21
Méthodologie d'enquête	21
Données recueillies	23
Éléments d'analyse quantitative	26
Lecture graphique et codage des trajectoires	28
Quelques biais et remarques en vue de l'interprétation	29
Trajectoires incomplètes	29
La santé au présent	29
Des structures sous déclarées	29
Gravité perçue et trajectoires de soin	30
Vivre « dans la rue »	31
Le quotidien des « sans-abri »	31
La structuration d'une journée.....	31
Accès aux besoins primaires.....	36
Vivre dans un milieu pathogène	57
Des conditions de vie qui affectent la santé.....	57
Contagion et transmission.....	60
De l'envie à la nécessité	73
Trajectoires de soins	74
Perception et évaluation d'un problème de santé	74
Pourquoi réagir ?	74
Sous-estimation.....	78
Expérience	79
Automédication.....	81
Recours au système de santé	84
Proximité et contingence	84
Confiance.....	90
Habitudes (proximité, contingence, confiance et besoin).....	94
Les entraves aux recours aux soins (Existence des droits VS accessibilité effective aux droits) ...	95
Problèmes administratifs et bureaucratiques	95
Problèmes avec la justice	105
Troubles mentaux.....	107
Animaux de compagnie	110
Les conditions de vie dans la rue (entraves pragmatiques)	110
Ordre des priorités	112
« Effets indésirables »	114
Détournement du système de soin (tactique et stratégie)	116
Complexité	119
Conclusion	122
Questionner la santé comme valeur	122
L'usage des services comme « art de faire »	122

Annexes	123
Addictions et consommations	123
Cigarettes	123
Alcool.....	127
Autres substances	135

Préambule

Le présent document est le rapport de recherche de l'enquête TREPSAM.

Il vise à exposer les résultats tant pratiques que scientifiques de cette enquête.

Dans la période allant du 1^{er} juin 2013 au 15 mars 2014, environ 2/3 des données attendues ont été recueillies par rapport à l'objectif initial. Soit 129 questionnaires sur les 200 prévus initialement.

L'écart qui existe entre les données attendues et celles effectivement recueillies s'explique majoritairement par l'importante contrainte temporelle dans laquelle s'est conduite cette enquête.

L'exploitation des données quantitatives est confiée au laboratoire de santé publique et seul un nombre limité d'items émanant des questionnaires seront mobilisés dans le présent rapport. Ils servent ici principalement à contrôler l'échantillon de population mobilisé (âge, genre et lieux fréquentés par les personnes) et à retracer un arbre général des conduites (événement de santé et nombre et type de recours) dont la lecture globale fournit quelques pistes pour l'analyse des données qualitatives.

Par ailleurs, le volet qualitatif de l'enquête a été aménagé en fonction des contraintes révélées lors de l'enquête ainsi qu'en raison des contraintes matérielles que nous avons rencontrées. L'enquête par entretiens qualitatifs formels (avec enregistrement et retranscription) a été ajournée au profit d'entretiens plus informels en utilisant la passation du questionnaire comme base de discussion.

Ainsi chaque passation de questionnaire a donnée lieu à de nombreux échanges qui permettent aux enquêteurs d'approfondir diverses questions directement issues du questionnaire. Ces échanges étaient reportés par écrit au dos des documents quantitatifs. La partie qualitative du présent rapport est construite à partir de l'analyse de ces entretiens informels, complétés par les notes d'observations prises par les enquêteurs au fil des jours passés sur le terrain.

Cette articulation du terrain et de ses réalités avec les objectifs et procédures d'enquête est essentielle. Seul cet ajustement peut permettre à l'enquête d'être isomorphe avec les réalités concrètes des populations supposées en bénéficier.

Soulignons que les dynamiques sociales et économiques constituant la pauvreté étant variables, l'étude incite à penser en terme de mise en place d'un processus régulier d'enquête assurant une constante « réflexivité socio-sanitaire » plus qu'en un simple moment d'étude apportant des résultats « définitifs » non liés aux contextes.

Liste des acronymes utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADN : Accueil De Nuit

ADJ : Accueil De Jour

ALD : Affection Longue Durée

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AME : Aide Médicale d'Etat

AMPTA : Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MdM : Médecin du Monde

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RDR : Réduction Des Risques

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UE : Union Européenne

UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence

SYNTHESE DU RAPPORT¹

Présentation de l'étude

Cette recherche sur les trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille (TREPSAM) s'inscrit dans le cadre général du projet ASSAb (Accès aux Soins des Sans Abris) et a été financée par l'agence régionale de santé Paca. Elle et a bénéficiée d'un double portage institutionnel par l'APHM, via son laboratoire de santé publique, le docteur Hubert Balique étant à l'origine de ce projet de recherche, et par le CNRS via l'UMI 3189, le professeur Yannick Jaffré ayant assuré la direction du projet.

Objectifs

L'objectif initial était d'interroger, par questionnaire, 200 personnes, et pour chacune d'entre elles, de retracer son parcours de soin pour deux évènements de santé. L'appel qui a été fait à une équipe de recherche qualitative visait alors à documenter les conditions de vie des personnes rencontrées tout comme les conditions dans lesquelles s'étaient déroulés ces différents recours aux soins.

Données recueillies

Au final, l'enquête a été conduite auprès de 129 personnes (dont seulement 10 femmes – 8%) et a permis de recueillir des données sur 243 événement de santé pour le moins hétéroclites (allant de l'abcès dentaire à la dépression en passant par les coups de couteau et le rhume). Elle s'est déroulée entre juin 2013 et mars 2014 dans 11 structures d'accueil bas seuil dont 4 centres d'accueil d'urgence de nuit, généralistes ou avec un public cible, 5 Accueil de jour et un centre de consultation médical et social (en nous restreignant aux moment de consultations sociales) et une unité mobile d'un CAARUD.

Le présent rapport ne traite qu'exclusivement des données qualitatives qui ont été recueillies. Un simple appel « de cadrage » sera fait aux données quantitatives. Le traitement et l'analyse de ces dernières ont été confiés au laboratoire de santé publique de l'APHM.

Pour toutes les données recueillies auprès des personnes, il est important de noter qu'il s'agit exclusivement de données déclaratives c'est-à-dire du point de vue des personnes. Ce partie prit d'une approche phénoménologique, s'il s'écarte d'une évaluation des services existant et de leur mode de fonctionnement, nous rapproche d'autant d'une lecture compréhensive des choix et des comportement des personnes que nous avons rencontrées. Cela semble pertinent puisque en matière d'accès au soin, ce qui existe en terme de possibilité, n'est pas plus important que ce que les personnes en font, comment elles s'en saisissent et pourquoi.

¹ Le texte de cette synthèse est issu d'une conférence, intitulée « la santé des personnes sans abri : questionner l'accès aux soins », donnée par Cyril Farnarier, Mattéo Fano et Carlotta Magnani le 11 décembre 2014 à l'EHESS Marseille dans le cadre du séminaire « la santé au prisme des sciences sociales » animé par Christelle Rabier et Sandrine Musso.

Démarche anthropologique

L'approche anthropologique portée sur une question de santé publique (l'accès et la continuité des soins des personnes sans abris) nous a amené à déplacer le regard pour passer d'un questionnement sur l'accès aux soins à un questionnement sur le maintien de la santé. Ainsi, plutôt que de travailler uniquement sur les parcours de soin et l'usage des services de santé il nous fut nécessaire de placer comme élément contextuel majeur les modalités de recours aux soins et les conditions du maintien de la santé pour les personnes « de la rue ».

Ce déplacement du regard permet de contextualiser le type de réponse amené *in fine* à la question initialement posée.

La présente synthèse est alors composée de trois parties :

- Une ethnographie de la débrouille et du quotidien sans chez soi. Un recours au soin n'étant pas une action « hors sol », il s'inscrit dans un quotidien. Cette première partie décrit rapidement ce que signifie vivre dans la rue
- Les éléments qui entravent les recours aux soins. Au moins autant que la question du recours aux soins, il est important de comprendre pourquoi les personnes ne recourent pas aux soins, pour quoi elles y renoncent ou pourquoi elles les refusent.
- Ce qui motive le recours et ce qui le rend possible. La possibilité d'un recours aux soins est soumise à certaines conditions, dont les principales sont exposées dans cette partie.

Vivre « dans la rue »

En matière d'inégalité de santé, il y existe tout un domaine qui caractérise la condition de personnes sans abris et que l'on pourrait regrouper derrière la notion d'« accès à l'hygiène de vie ». Même si cet ensemble n'est pas directement en lien avec les soins médicaux, il est lié avec la santé des personnes parce qu'il influence tant la prévention des maladies que l'accès, la continuité et l'adhésion aux soins.

La structuration d'une journée

Ce domaine concerne la satisfaction des besoins primaires à travers des actions aussi simples que boire, manger, dormir, se laver, laver son linge ou aller aux toilettes. En effet, ces activités sont normalement accomplies quotidiennement de façon machinale. Mais tout change dès lors qu'on est privé d'un lieu de vie personnel : il faut trouver où et comment assouvir ces besoins. Et cela peut relever d'un véritable parcours du combattant, fait de contraintes horaires, de règles à respecter et de déplacements multiples. A ce propos, un homme nous disait :

« Mes journées se passent en boucle, tout le temps... Je ne paie rien, je n'ai pas besoin d'argent : à Marseille tu peux tout avoir gratuit. Mais il faut respecter des horaires pour chaque service. Je me demande ce que je fais ici, ce n'est pas une vie d'homme ça : on

est des zombies qui bougent toute la journée, tous les jours, d'un endroit à un autre... Et le tour est toujours le même. Par exemple, si tu veux me trouver, tu n'as pas besoin de mon numéro de téléphone : je peux te dire dès maintenant que, par exemple, en début d'après-midi je suis à la bibliothèque pour me poser et aller sur internet... Et ça, tous les jours... Sauf si elle est fermée »

Un déplacement constant pour survivre

Ces différents services, gratuits ou demandant un prix symbolique (par exemple, 50 centimes) sont mis à disposition par un certain nombre de lieux, publics ou privés. Les personnes doivent circuler dans la ville, le plus souvent à pied, pour les joindre.

Néanmoins, aussi divers et variés qu'ils soient, les services proposés dans les structures dédiées, ne couvrent que partiellement les demandes des personnes ou n'y répondent pas de la façon attendue. Chaque personne développera alors des tactiques d'usage des services proposés et cherchera dans les interstices de la ville les différents éléments capables de répondre à ses besoins.

De fait, les déplacements quotidiens des personnes mêlent une circulation entre les lieux d'accueil bas seuil, les structures sociales et d'autres lieux propres à chacun selon ses nécessités.

Ces différents déplacements demandent énergie et organisation. Par exemple, le premier pas est de savoir que faire de ses affaires personnelles : est-ce qu'il faudra les garder toute la journée avec soi ou est-ce qu'il sera possible de les déposer quelque part ? Dans le premier cas : est-ce qu'il sera possible de parcourir les distances prévues ? Et dans le deuxième : où, à quel moment et dans quelles conditions sera-t-il possible de les déposer ?

Un emploi du temps contraint par les horaires

Si chaque service est proposé par une structure particulière dans un endroit précis de la ville, alors son usage est soumis à ses règles et contraintes de fonctionnement, au premier rang desquelles se trouvent les horaires d'ouverture et de fermeture.

Ainsi, les gens ne peuvent pas choisir le moment auquel satisfaire un besoin. Il leur est nécessaire d'arriver au bon endroit, au bon moment. Cela demande soit d'anticiper grandement, soit d'attendre longtemps à cause des horaires contraints, des déplacements nécessaires pour se rendre sur place et de la surcharge générale des services.

Une des premières conséquences de ces contraintes multiples qui pèsent sur le quotidien est que, parfois, les personnes renoncent à utiliser un service. Ce qui veut dire qu'elles vont sauter un repas, ne pas prendre de douche, etc...

Une autre conséquence est que les personnes ont peu de marge de manœuvre dans l'organisation de leurs journées parce que les emplois du temps sont rythmés par l'accès à ces différents services de première nécessité. Ce qui dans la population générale marque les différents moments de la journée (prendre une douche le matin, faire une pause repas à midi,...) vient ici structurer le quotidien : aller à un endroit et faire la queue pour prendre une douche, se dépêcher d'aller ailleurs pour trouver un repas,... Et ça, jusqu'au soir.

Les contraintes et la débrouille autour des besoins primaires

Mais les déplacements géographiques et les contraintes horaires ne suffisent pas à expliquer les conditions de vie dans la rue. Encore faut-il prendre en compte la dimension qualitative de cette offre.

Aller aux toilettes

Dans une ville comme Marseille, où les toilettes publiques gratuites sont inexistantes, la possibilité de faire ses besoins pour quelqu'un dépourvu d'un chez soi dépend des heures, des lieux, des saisons ou de l'argent disponible. Dans ce contexte, chacun doit se débrouiller en construisant ses propres tactiques qui sont bricolées à partir de trois facteurs : les caractéristiques personnelles de l'individu (sexe, âge, état de santé, habitudes, ...) ; la nature et l'urgence du besoin ; l'offre des structures et la connaissance que la personne en a.

Par exemple, si tout le monde est plus ou moins d'accord pour dire que les toilettes des structures d'accueil de nuit sont à éviter parce que insalubres, un homme aura toutefois moins de difficulté qu'une femme pour y uriner, mais les deux sexes rencontreront les mêmes difficultés pour la défécation. La même situation se présente pour trouver où accomplir ses besoins dans l'espace publique. En outre, indépendamment du sexe, des habitudes propres à la routine de vie peuvent favoriser certains choix (parc, café, bibliothèque, gare...) ; de même que le vécu de chacun, qui influence la perception de la saleté d'un endroit (par exemple, avoir fait l'expérience des toilettes d'une cellule de prison).

Se laver

De la même façon, pouvoir se laver dans des conditions décentes est assez difficile parce que le nombre limité de postes fait que les structures sont hyper-sollicitées ; ce qui porte atteinte à la qualité du service. Il est alors capital de connaître les horaires de nettoyage des lieux et leur fréquentation (pour avoir une douche propre et/ou de l'eau chaude). En outre, dans les cas de personnes ayant une mobilité réduite, il est nécessaire de connaître les structures qui assurent un service adapté (par exemple des cabines ayant des dimensions adéquates pour y entrer en fauteuil).

De fait, certaines personnes mettent en œuvre de véritables stratégies au delà du choix du lieu et de l'horaire. Ces actions permettent de répondre à leurs besoins personnels, mais finissent par aggraver le problème pour la collectivité (par exemple, démonter et cacher un robinet afin d'empêcher d'autres personnes d'utiliser la douche, faire ses besoins dans la douche afin de ne pas aller dans des toilettes sales,...).

Manger

Se nourrir est un autre problème capital dans la vie des personnes. Celui-ci représente l'un de domaine où les critiques des personnes envers les structures sont les plus fortes. La nourriture est souvent jugée « dégueulasse » et/ou en quantité « insuffisante ». Dans tous les cas, il n'y a pas de choix, ce qui peut poser problème à des personnes qui présentent des problèmes de santé nécessitant un régime particulier comme : cholestérol, problème cardiaque, ulcère...

Mais les critiques ne se limitent pas à la nourriture en elle-même. Les conditions d'accueil et de service, de même que les horaires des structures sont aussi pointées par les usagers. Par exemple, pour des raisons qui leurs sont propres, certains lieux servent les repas de midi en milieu de matinée, ce qui est jugé trop tôt, ne permettant pas de « tenir » jusqu'au repas du soir.

Il est vrai que, comme pour l'hygiène, une part importante de l'évaluation de l'offre de service est éminemment subjective. Néanmoins, qu'il s'agisse de raisons « objectives » ou d'opinions « infondées », les arguments avancés ont des effets concrets sur les conduites des personnes, la répartition de leurs ressources économiques, l'organisation de leur emploi du temps et leur état de santé.

Par exemple, certains mettent de côté leur régime particulier au détriment de leur santé, d'autres choisissent de s'acheter à manger dans les commerces, ce qui demande de trouver de l'argent (et manger tous les jours dans un snack n'est pas un régime idéal)...

Dormir

Ce qui est vrai pour la nourriture l'est aussi pour le sommeil. Plusieurs personnes déclarent souffrir de véritables troubles dans ce domaine, et plus nombreux encore sont ceux qui affirment dormir mal et seulement quelques heures par nuit. Nombreux sont ceux qui prennent des somnifères pour faire face à cette situation et qui, souvent, glissent dans l'abus.

En effets, à l'inquiétude d'obtenir une place en foyer (et si possible une bonne place !) répond la faible qualité du sommeil dans les lieux ; que ce soit à cause du bruit, de la peur suscitée par les autres ou des conditions de couchage.

Alors, ceux qui le peuvent préfèrent aller à l'hôtel (ce qui coûte cher) ou mobiliser ses réseaux personnels (s'ils en ont) ou, encore, dormir dans la rue (ce qui présente à la fois un certain nombre de risques et est directement soumis aux conditions climatiques).

Se poser

La difficulté à se reposer correctement la nuit entre en relation directe avec l'absence de lieux où se poser au cours de la journée et, éventuellement, récupérer des heures de sommeil. En l'absence d'autre solution (par exemple une connaissance mettant une maison à disposition), les personnes n'ont que deux possibilités.

Elles peuvent soit se rendre dans des accueils de jour mais, c'est sans compter que ces lieux ont des horaires d'ouverture et de fermeture, qu'ils sont souvent sur-fréquentés au point qu'il peut être impossible de trouver une place pour s'asseoir et qu'ils peuvent se révéler très monotones et parfois violents.

Soit elles peuvent détourner d'autres lieux de la ville (par exemple les bibliothèques, la FNAC, les camions de dépistage,...), mais cela ne peut se produire que si la personne arrive à dissimuler le besoin de se poser avec une autre activité qui justifie sa présence sur place. Il faut alors mettre en place de véritables stratégies de dissimulation pour se rendre invisible ou masquer la véritable motivation de sa présence.

Vivre dans un milieu pathogène

Les différents éléments présentés dessinent un milieu de vie qui met le corps à rude épreuve et dans lequel maintenir une hygiène de vie demande des efforts considérables et nécessite d'en avoir les compétences.

En conséquence, lorsque la situation s'installe dans la durée, nombreux sont ceux qui renoncent progressivement au maintien de soi : par exemple, ne prendre qu'une douche par semaine, ne manger qu'une fois par jour, faire ses besoins dans la rue...

En outre, certaines pathologies, sans être nécessairement des affections spécifiques à ce contexte, sont considérées comme typiques de ce milieu en raison de leur fréquence, de leur mode de diffusion ainsi que des difficultés particulières que les personnes rencontrent pour les traiter et/ou pour passer la convalescence.

En effets, d'un côté, *le cadre de vie* que rencontre les personnes, le milieu dans lequel elles sont amenées à vivre au quotidien, peut-être en lui-même, source de contagion et de transmission d'agents pathogènes. De l'autre, *le style de vie* qui en découle peut être en lui-même source de problème de santé ou ne pas permettre aux personnes de se soigner convenablement.

Pathologies physiques

Dans une telle situation, les représentations de la contagion entre les personnes sont extrêmement fortes et parfois exagérées. Néanmoins, elles ne sont pas dénuées d'une certaine réalité. Par exemple, il est vrai que la promiscuité facilite la circulation des virus, et l'absence d'hygiène celle des parasites. En tout cas, dans ce contexte il est assez facile que de véritables petites épidémies se déclenchent.

Au premier rang se trouvent, sans doute, la gale, les poux et les maladies dermatologiques.

Bien représentées, se trouvent aussi les maladies de l'appareil respiratoire, qui sont aggravées, d'un côté, par le surpeuplement et l'aménagement des lieux d'hébergement (par exemple, des douches mal isolées) ; de l'autre par le tabagisme, qui dans ce milieu est massif.

Enfin il y a les problèmes dentaires et ophtalmiques dont la prise en charge est compliquée parce que, d'un côté, l'aide médical d'état ne prend pas en charge ce type de soins, de fait, de nombreuses personnes n'ont pas la possibilité de se faire soigner ; de l'autre, parce que la quête de soin est souvent recherchée seulement lorsque le problème devient invalidant et donc lorsqu'ils s'est aggravé.

Santé mentale

L'ensemble de ces conditions de vie est source de stress et d'angoisse pour les personnes, qui sont exposées à différentes formes de violences. En effets, aux violences symboliques et sociales s'ajoutent les violences physiques et verbales. En outre, comme le remarque le rapport Deckmin² pour la fondation Abbé Pierre « il y a la violence d'une errance

² Rapport Deckmin, 2014, *La place des Sans-abris dans la ville*, réalisé pour la Fondation Abbé Pierre,

quotidienne subie dans les rues de la ville en raison d'un espace public de plus en plus conçue comme lieu de circulation et de consommation et de moins en moins comme lieu de vie, de socialisation et du vivre ensemble. »

Cette situation est d'autant plus grave pour les personnes souffrant de troubles neurologiques ou psychiques qui, dans des situations de stress intense ou prolongé, ne peuvent que s'aggraver. Les « maladies de la tête » sont alors souvent évoquées. Il s'agit d'une catégorie émiqque qui désigne un ensemble très large aux frontières assez floues : « nerfs », « angoisse », « stress », « trop de pensées »,... Souvent, ces termes sont utilisés par nos interlocuteurs pour expliquer toute une série de malaises physiques qui les gênent ; d'autres fois, ces états de souffrances semblent aggraver des troubles déjà existants. En effets, les nerfs (entendus comme catégorie de la médecine populaire) représentent le lien entre le corps physique et le social : le moyen par lequel il est possible d'établir une communication entre ces deux domaines.

Par conséquent, il n'est pas possible de faire une véritable catégorisation médicale, ni, dans la plupart de cas, de distinguer le poids de facteurs strictement physiologiques de celui des autres. Alors, nous ne pouvons que remarquer les problèmes le plus fréquemment rapportés par les personnes : stress/nerfs, dépression, migraines et épilepsie (dont la diagnose est toujours médicale mais pas l'explication étiologique que la personne se donne).

Désœuvrement

Il faut enfin souligner un paradoxe qui existe entre, d'un côté, des emplois du temps extrêmement rythmés et contraints ; et de l'autre les longues plages de temps mort qu'ils laissent. En effets, entre deux accessions à un service, la personne doit demeurer dans la zone géographique des structures sans rien avoir à faire.

Ce point est d'autant plus saillant pour les personnes en situation irrégulière pour lesquelles la multiplication des heures passées dans l'espace public augmente d'autant le risque d'être contrôlé par la police.

Mais quel que soit la régularité de leur situation, très nombreux sont ceux qui font part de leur ennui, de leur désœuvrement et de leur envie de trouver l'occasion d'exercer des activités concrètes pendant leur journée. Certains, combattent cet ennui et ce désœuvrement par les consommations qui ont toujours des conséquences, qu'elles soient économiques ou sanitaire.

De l'envie à la nécessité

A peu près aucune caractéristique individuelle n'a été présentée dans cette première partie mais il va de soi que toutes les personnes ne sont pas égales face aux risques. En fait, chacun développe ses propres tactiques en suivant une véritable carrière de vie dans la rue, au cours de laquelle, comme l'écrit la sociologue Pascale Pichon, « À l'hésitation, la honte, la répugnance des premières démarches, succède l'adaptation, la familiarisation, l'habitude »³.

Ainsi, si cette offre de service permet aux personnes de survivre dans la rue, l'organisation de vie qu'elle impose, entre « emploi du temps chargé » et ennui, ne laisse que peu de place pour le développement de véritables stratégies pour s'en sortir.

Au fil de l'avancée dans la carrière dans la rue, c'est l'ensemble des représentations de soi, du rapport au corps et à ses besoins qui changent ; le bien-être et l'envie sont progressivement remplacés par le besoin et le nécessaire. S'occuper de soi, dans ce contexte, prend une signification différente.

Il est alors possible d'établir des couples d'opposition sur ces diverses activités évoquées, entre ce qu'elles représentent lorsqu'elles sont accomplies par envie ou à l'inverse par nécessité.

Envie		Besoin	
Manger	Les plaisirs de la bouche	Se nourrir	Alimenter le corps
Se coucher	Se retirer dans son lit	Dormir	Récupérer des forces
Prendre soin de soi	S'entretenir	Se laver	Se nettoyer
Se poser	Prendre le temps en un lieu fixe	Se poser	Faire passer le temps en un lieu fixe
Flâner	Prendre le temps en déambulation	Trainer	Faire passer le temps en déambulation

C'est dans ce cadre de vie général, les conditions qu'il impose et les contraintes qui le structurent qu'adviennent les « événements de santé », objet de cette étude.

Entraves aux recours, à l'accès et à la continuité des soins

La plupart du temps, la gravité d'un problème de santé et la nécessité de s'en occuper, sont estimées sur la base du rapport entre symptomatologie et contexte d'existence. Le plus souvent, la nécessité d'un recours aux soins dépend de l'impacte plus ou moins invalidant des symptômes sur la vie de tous les jours. Cette logique ne concerne pas uniquement le publique de notre enquête, mais l'importante place qu'occupent les conditions de vie dans le processus d'évaluation de la symptomatologie, fait que certaines spécificités peuvent être détectées.

De nombreux renoncements aux soins peuvent être entendus soit comme des conséquences des conditions matérielles dans lesquelles les soins sont dispensés soit comme des conséquences de la situation sociale de la personne. Mais le plus souvent, ces renoncements sont les résultats d'une combinaison des deux éléments à la fois.

Sur la base des données recueillies, nous avons catégorisé les raisons du refus ou du renoncement sous cinq points nodaux. Le principe de l'évaluation des priorités subjectives les traverse tous et intervient à chaque moment d'un parcours de soin, dont la continuité n'est, par conséquent, jamais assurée.

Questions administratives

Parmi les différentes entraves identifiées, se trouvent d'abord les questions administratives, qui comprennent à la fois ce qui relève de la bureaucratie et du rapport à la justice.

Bureaucratie

En ce qui concerne la bureaucratie, plus qu'une véritable absence de droits, il apparaît que certaines caractéristiques d'accès et d'utilisation de la couverture médicale se révèlent peu adaptées aux besoins et aux contraintes matérielles réelles que rencontrent les individus.

Tout d'abord, ils sont nombreux à n'avoir aucune couverture, ce qui peut aboutir à un refus de soin de la part de l'institution. Dans ce cas, la seule possibilité est de se rendre dans une des structures « bas seuil », lesquelles ne disposent bien souvent pas des moyens nécessaires pour assurer le traitement de tout type de problème, surtout dans l'urgence.

Cependant, si presque tout le monde peut, à priori, ouvrir des droits, la complexité de l'appareil bureaucratique paralyse leur accessibilité réelle, à cause des nombreuses démarches à accomplir, ainsi que des importants délais de traitement des dossiers. Les difficultés pour l'élaboration d'un dossier augmentent avec le degré de précarité de la personne. Par exemple, le fait de ne pas avoir de logement où stocker ses papiers rend généralement caduque leur accessibilité en temps voulu. De plus, lorsque une personne est en errance entre plusieurs localités/département/pays, elle devrait refaire de nombreuses démarches à chaque déplacement.

D'autres part, des obstacles résident aussi dans l'attitude des usagers. Par exemple, il arrive que la personne, tant qu'elle a d'autres solutions, ne considère pas nécessaire d'entreprendre les démarches pour ouvrir ses droits. Comme la plupart des ressources temporelles, physiques et surtout mentales sont occupées par le maintien d'un équilibre fragile, la réalisation de démarches administratives n'occupe pas forcément le premier rang des priorités.

Enfin, même lorsque la personne possède une couverture médicale, les conditions de vie à la rue rendent assez difficile la conservation des justificatifs, qui, comme tout autre document, sont souvent volés ou perdus.

Une remarque particulière doit être faite à propos des étrangers en situation irrégulière. Même s'ils ont droit à une aide spécifiquement conçue, l'AME, les démarches à accomplir sont compliquées ou, dans certaines conditions, *de facto* impossibles. C'est le cas quand le passeport ou l'acte de naissance doivent être demandés auprès du pays d'origine, ou lorsque les ressources économiques sont insuffisantes pour constituer toutes les pièces du dossier. Enfin, il faut remarquer que l'AME ne couvre pas toutes les prestations, notamment dentaires et oculaires.

Justice

Certaines personnes rencontrées sont arrivées à la rue suite à une période de prison, une rupture qui a entraîné la perte du logement et parfois des liens familiaux. D'autres, ont tout abandonné suite à une condamnation et se retrouvent en fuite afin d'éviter leur peine. Ces

derniers sont souvent amenés à s'exclure volontairement du circuit de soin, ou en tout cas à bien réfléchir sur les implications d'un éventuel recours. Des rumeurs circulent selon lesquels des policiers en civil sont placés dans les alentours des hôpitaux. Qu'elles soient vraies ou pas, la crainte d'être interpellé par la police sur le trajet vers le lieu de soin est un facteur important de non recours aux soins.

Évidemment, ceux pour qui la crainte d'interpellation est la plus grande sont les étrangers en situation irrégulière, car les contrôles pour les papiers sont les plus répandus. Pour ces personnes, paradoxalement, il est préférable de ne porter aucun papier sur soi, plutôt que de présenter une carte d'AME. En effet, celle-ci est nécessaire pour justifier ses droits auprès du médecin mais représente aussi le certificat administratif de la situation d'irrégularité sur le territoire.

Informations

Un autre obstacle considérable dans l'accès aux droits et dans l'utilisation des différents services réside dans l'incompréhension et la méconnaissance du fonctionnement du système de soin.

En effet les personnes abordent ce système complexe par l'usage concret qu'elles en ont ou que les personnes de leur entourage en ont. De fait, chaque situation particulière est susceptible d'être interprétée comme étant la règle générale pour tous, ce qui crée incompréhensions, détournements et inutilisation de services.

Dans cette circulation d'informations, parfois erronées, le rôle des opérateurs de première ligne est aussi à considérer. La complexité des droits en fonction de chaque situation personnelle fait que les informations délivrées sont souvent discordantes, parfois erronées ou mal comprises. Cette confusion influe notamment sur le fonctionnement de certaines structures de soins, comme le centre de soin de Médecin du Monde ou les urgences hospitalières, et a pour conséquence une augmentation injustifiée de la charge de travail de structures déjà débordées.

Dans le cas spécifique du droit à l'AME la question se complique ultérieurement, car les informations circulant sur les conditions d'accès sont souvent ambiguës. Les étrangers irréguliers ayant un titre de séjour d'un autre pays européen en sont un parfait exemple. D'un côté, ils ne peuvent pas accéder au droit commun en France, parce qu'ils n'ont pas le droit d'y résider. De l'autre côté, ils n'ont pas accès à l'AME tant que leur titre de séjour est en cours de validité. Dans les faits, certaines personnes obtiennent l'AME et d'autres pas, et par rapport aux informations recueillies, l'admission ou le refus semble relever de l'arbitraire.

Entraves pragmatiques

Lorsque les questions d'ordre administratif et bureaucratique sont réglées et que la personne sait quoi faire pour résoudre son problème, d'autres contraintes de type pragmatique s'interposent. Un parcours de soin, en fait, doit s'insérer dans la globalité du contexte de vie, dont certaines caractéristiques peuvent l'entraver.

Les services de soins ont des horaires de consultations à respecter, ce qui peut ne pas se conjuguer aux exigences découlant de la vie à la rue, rythmée par une série d'actions nécessaires à la survie. De plus, en cas de manque de ressources économiques, les personnes cherchent des activités lucratives comme faire la manche ou bricoler des boulots au noir. Dans ce cas, aller chez le médecin, équivaut à renoncer à une partie importante de ses revenus. Enfin, si la personne n'a pas les moyens de payer le transport ou se trouve en état d'épuisement, entre pénibilité ou impossibilité du trajet et faible importance du bénéfice attendu des soins, la personne peut décider d'y renoncer.

Animal de compagnie

Un autre facteur à prendre en compte pour comprendre les difficultés d'une personne vivant à la rue est la possession d'un animal de compagnie. Repère affectif autant qu'outils de survie, le fait d'avoir, par exemple, un chien, complexifie considérablement l'accès aux institutions qu'elles soient de soin, d'accueil ou de mise à l'abri. Les rares institutions qui les acceptent le font dans des conditions jugées suffisamment indécentes par les maîtres pour qu'ils refusent de s'y rendre. L'alternative est de trouver quelqu'un dans son propre entourage, qui soit digne de confiance et qui ait la possibilité de s'en occuper. Mais ces possibilités se réduisent considérablement en cas d'obligations de longue durée, comme une hospitalisation.

Conservation des ordonnances et traitements

D'autres facteurs peuvent rendre très complexe le suivi d'un traitement : les gestes les plus banals, quotidiennement considérés comme acquis quand on a un logement, deviennent des objectifs à atteindre et nécessitent la mise en œuvre de plusieurs actions coordonnées. Le fait d'avaler un cachet avec de l'eau, de conserver le médicament « à l'abri de la lumière, de l'humidité et de la chaleur », de respecter des contraintes horaires, de nettoyer et garder propres des blessures dans des conditions hygiéniques adaptées, etc... Tout cela, demande des efforts supplémentaires dans une organisation journalière qui est, souvent, déjà assez contraignante.

De fait, même si la personne reconnaît avoir un problème de santé et s'adresse à un professionnel, elle ne pourra pas en respecter les consignes, ce qui risque d'infirmier les démarches entreprises. Cela peut engendrer une rechute ou même une aggravation du problème. Par exemple, la convalescence est une étape aussi saillante que délicate dans un parcours de soin, mais pour être menée à terme, elle demande d'être faite dans des conditions convenables.

Effets secondaires

La non disposition d'un lieu sûr et tranquille où suivre une thérapie et se reposer complique aussi la gestion des effets d'un traitement. Celui-ci peut donc être abandonné, ou refusé d'entrée, en raison de la gêne qu'il occasionne ou de ses effets secondaires.

Par exemple, la réactivité à faire face à des éventuels dangers est primordiale, ce qui amène certains individus à considérer avec une grande prudence les somnifères ou les neuroleptiques qui peuvent leur être prescrits.

De la même manière, d'autres types de prescriptions peuvent être abandonnées car étant trop incapacitantes, ou gênant la capacité de mouvement, puisque la vie dans la rue demande des déplacements constants. C'est par exemple le cas des plâtres ou de tout traitement ordonnant du repos, ou ceux générant de la fatigue, comme les interférons, prescrits dans le traitement des hépatites.

Troubles mentaux

Enfin, il faut considérer qu'une partie des individus vivant à la rue souffre de désordres psychiques. Il ne s'agit pas de pathologies spécifiques, mais la prévalence de ces troubles est particulièrement élevée dans ce milieu. Des troubles psychiatriques ou psychologiques peuvent représenter une difficulté supplémentaire pour mener à bien un plan de soin. Selon leur symptomatologie, cela peut se traduire en des difficultés « techniques » (manque de mémoire), jusqu'à un éloignement du système de soin (par crainte des institutions en général ou par crainte de l'institution psychiatrique en particulier).

La question des priorités ; Refus/impossibilité

A la lumière de l'ensemble de ces considérations, on comprends comment, très souvent, le premier recours se fait dans l'urgence, et la continuité des soins se heurte non seulement à l'offre du système de soin qui est conçue « d'en haut » avec l'idée que tout le monde peut y trouver sa place. Mais ils se heurtent aussi à d'autres facteurs qui caractérisent le contexte de vie. Ceux-ci, sans être en connexion directe avec la santé, en sont en réalité les déterminants majeurs, à la fois par le développement de certains problèmes particuliers que par la possibilité de les traiter. Caroline Després *et al.*⁴, parle à ce sujet, de deux types de renoncement : le renoncement-barrière (dû à des contraintes, notamment économiques) et le renoncement-refus (qui est l'expression d'un acte d'autonomie). Ces deux types de renoncements sont souvent combinés car le facteur financier s'accompagne souvent d'autres motivations. Néanmoins, ce qui ressort de notre étude, est que par rapport au public concernés, cette distinction devient de moins en moins nette, car plus les contraintes sont nombreuses, plus l'autonomie du sujet en est affectée. Entre refus et impossibilité, la frontière est alors très nuancée.

De l'accès aux droits à l'accès aux soins.

Ces éléments ethnographiques sur la vie dans la rue mettent en perspective la question de l'accès aux soins pour la relativiser et rappeler le contexte dans lequel cet accès se joue.

Il semble important de rappeler qu'il y a une différence cruciale entre le fait d'être éligible à des droits, celui d'avoir des droits ouverts, et celui d'utiliser ces droits. L'usage de la carte d'AME est à ce titre exemplaire. Cette même différence se retrouve à l'étape suivante entre la question d'un accès potentiel aux soins (j'ai des droits et il existe des centres de soins où je pourrais être soigné) et l'accès effectif aux soins (je suis en capacité de me rendre dans le lieu où je pourrais trouver les soins dont j'ai besoin).

⁴ Caroline Després, Dourgnon P., Fantin R. et Jussot F., 2011, « le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Question d'économie de la Santé*, n°169

À ce titre, viennent d'être présentés les principaux éléments qui constituent des entraves aux recours aux soins pour les personnes dépourvues d'un lieu d'habitation personnel.

Les conditions des recours aux soins

Si nous avons vu que les éléments qui entravent les recours aux soins sont particulièrement nombreux, dans certaines conditions, les personnes s'adressent à un service de soin ou tentent de résoudre leur problème de santé par automédication. Il est apparu au fil de l'enquête que trois éléments principaux sont à l'origine des premières démarches de soin.

Ce qui motive le recours aux soins : la gravité perçue

La nécessité de résoudre un problème de santé va se faire jour en fonction de l'évaluation de la gravité que la personne fera de ce problème. Cette perception de la gravité étant généralement assez éloignée de l'évaluation médicale de ce même problème.

En effet, plusieurs points sont ressortis de l'analyse des données recueillies sur l'évaluation que chaque personne faisait de la gravité du problème de santé dont elle parlait :

- l'évaluation d'un problème est avant tout établit à partir des symptômes visibles ou ressentis. (une affection en phase asymptotique sera négligée ou les soins reportés à plus tard, lors d'une occasion plus propice)
- Les symptômes et leur gravité sont eux-mêmes évalués par rapport au milieu de vie de la personne (perdre une ou plusieurs dents, n'est pas forcément quelque chose de grave, les problèmes de dentition étant extrêmement fréquent dans ce milieu). Ce principe rejoint l'ensemble des éléments présentés sur la transformation du rapport au corps, du rapport à soi et à la santé.
- L'appréhension de ces symptômes est elle-même guidée par la gêne potentielle qu'ils occasionnent.

Ainsi tous les symptômes ne se valent pas et ce sont les *symptômes incapacitants* qui débouchent le plus rapidement sur une quête de soin.

Cette chaîne de raisonnement, « incapacité provoquée par le symptôme – évaluation de la gravité – quête de soin » est importante à entendre puisque c'est cette chaîne-là qui prime sur l'évaluation médicale du problème de santé.

De fait, avoir des ampoules aux pieds est un problème grave dont il faut se préoccuper puisqu'il gêne la mobilité des personnes et cette mobilité est particulièrement importante pour assurer sa survie. Alors qu'une hépatite C peut être jugée pas grave puisque asymptotique et les effets secondaires de son traitement, potentiellement invalidants.

De la même manière, la douleur, qui est un symptôme d'alerte envoyé par le système nerveux, pourra être négligée, là aussi, du fait de la fréquence de la douleur ressentie lorsqu'on vit dans la rue. Mais la douleur sera prise en compte dès qu'elle deviendra trop forte et sera « incapacitante », que ce soit pour dormir, pour travailler ou pour se déplacer.

De fait, la sous-estimation de la gravité d'un problème est fréquente. Que ce soit par habitude à la douleur, par négligence d'un symptôme d'appel qui ne représente pas une véritable gêne pour la personne ou par consommation de produit psychoactifs (alcool ou autre) qui fonctionnent plus ou moins bien comme antidouleur ou comme automédication pour des problèmes variés.

Une des conséquences de cette sous-estimation est que les problèmes de santé ne sont pris en compte que lorsqu'ils deviennent véritablement gênant pour la personne, ce qui correspond souvent à un état médical sérieux. Les recours en urgence sont donc très fréquents. Ce qui n'explique pas tous les recours aux services d'urgences qui sont aussi surfréquentés pour leur aspect très pratique de service de soins généralistes, ouverts 24h/24.

Enfin, il faut noter que les personnes ont comme tout un chacun une histoire médicale. La connaissance d'un problème de santé pour l'avoir déjà rencontré ou qu'un proche l'ait déjà rencontré, est aussi un élément déterminant pour guider le recours ou le non recours à un service de santé.

Ce qui permet le recours aux soins : proximité et contingence.

En dehors des situations jugées graves ou pouvant le devenir, deux éléments semblent guider les premiers recours aux soins.

Le premier est une question de proximité. En effet, sur les 243 épisodes de santé sur lesquels nous avons travaillé, l'occurrence la plus fréquente pour les premiers recours est de « ne rien faire », la seconde occurrence est de « tenter une automédication », qui consiste généralement à se débrouiller avec ce qui est directement accessible dans sa routine quotidienne et la troisième occurrence consiste à « s'adresser au personnel des structures d'accueil », que ce soit accueil de jour ou accueil de nuit.

Ces professionnels sont mobilisés en raison de leur accessibilité immédiate, plus ou moins indépendamment de leur qualification professionnelle. Outre les médicaux et paramédicaux, se retrouvent aussi parmi ces professionnels mobilisés en première intention de nombreux travailleurs sociaux et des agents de sécurité. Cela pose la question de la formation de ce personnel de première ligne non pas en terme de capacité soignante mais en terme de compétence d'orientation vers un service apte à gérer le problème.

Ce dernier point met en exergue un élément particulièrement important dans les récits des personnes et qui consiste en une forme de contingence des recours aux soins. Contingence étant ici entendu dans le sens premier du terme, à savoir « quelque chose qui peut avoir lieu ou ne pas avoir lieu, tributaires de circonstances fortuites »⁵. En effet, pour être mobilisés en premier recours, il faut que ces professionnels soient là, qu'ils soient disponibles et qu'ils sachent répondre à la question posée.

Cette notion de contingence, permet alors de rassembler non seulement tous les recours de proximité, qui n'auraient pas eu lieu, si le personnel était plus éloigné mais aussi d'y adjoindre tous les recours qui ont lieu « à l'occasion de... ». À savoir, à l'occasion de l'accompagnement d'un collègue dans un service, en profiter pour présenter aussi son

⁵ CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/definition/contingence>, page consultée le 13/11/2014.

propre problème, à l'occasion d'un rendez-vous avec une assistante sociale dans un centre médico-social, en profiter pour essayer de voir aussi un médecin, ou encore à l'occasion d'une consultation médicale pour un problème donné, profiter de cette rencontre pour parler au soignant d'un tout autre problème, qui se révélera éventuellement plus important ; de nombreuses maladies chroniques (VIH, VHC, Cancer) sont ainsi dépistées dans ce genre de circonstances plus ou moins aléatoires.

Retenons alors, pour revenir sur la question des trajectoires, que les recours aux soins sont éminemment contingents ; qu'ils ont lieu, si les conditions nécessaires sont réunies. En ce sens, s'il existe des usages particuliers des services de santé par les personnes sans abris, d'éventuels abus ou des détournements de leur fonction ; ces usages résultent avant tout de tactiques apprises et mises en œuvre au coup par coup pour pouvoir accéder à un soin (ou à un service quel qu'il soit) davantage que de véritables stratégies que les personnes établiraient pour améliorer leur existence sur le moyen ou long terme.

Complexité

Enfin, pour conclure, il faut noter que cette contingence évoquée pour les premiers recours, s'exerce de la même manière sur les recours suivants. Ainsi une fois un parcours de soin démarré, il n'est jamais certain qu'il soit mené à son terme. Plus les soins durent longtemps, plus ils demandent d'accomplir de démarches, plus ils nécessitent de rendez-vous et de déplacements et plus ils sont susceptibles d'être interrompus en cours de route (tout du moins tant qu'ils ne s'inscrivent pas dans la routine quotidienne de la personne).

De fait si les quelques éléments d'ethnographie présentés viennent questionner la notion même d'accès aux soins, ils viennent par la même occasion questionner celle de la continuité des soins, qui est soumise aux mêmes contraintes et aux mêmes entraves que les premiers recours.

Et si, pour les besoins de l'analyse et de la présentation, les différents éléments qui entravent ou qui, à l'inverse, motivent ou permettent un accès aux soins, sont listés les uns à la suite des autres, les récits recueillis font souvent état d'une complexité considérable ou se croisent questions administratives, difficultés matérielles, automédication, représentation du système de soin et occasions trouvées... Et c'est bien l'agencement de l'ensemble de ces éléments autour d'un problème de santé que rassemble, en sociologie, la notion de trajectoire.

Conclusion

Questionner la santé comme valeur

Les connaissances et représentations de la maladie, mais aussi le rapport au corps et à la santé n'ont eu de cesse d'évoluer et de se transformer depuis la fin du XVIII^{ème}. Telle que la définit l'OMS (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ») la santé est un objectif, un horizon vers lequel tendre. Elle n'est donc plus aujourd'hui un outil pour la vie, mais devient un objectif même de la conduite de sa vie. Selon les termes de la sociologue Jeanine Pierret : « Cette émergence de la santé comme valeur centrale tend à faire de la santé non plus un simple moyen d'atteindre un but mais une finalité »⁶. Ainsi est-elle conceptualisée par Nicolas Dodier comme étant un « bien en soi »⁷, qui est recherchée pour elle-même, en tant que telle, sans contre partie.

Pour autant, les données recueillies au fil de cette enquête sur les conditions de vie dans la rue et ce qu'elles impliquent en termes de difficulté pour maintenir la santé en état, viennent questionner cette représentation d'une santé considérée comme acquise dans nos sociétés contemporaines.

Par ailleurs, l'analyse des éléments déclencheurs qui motivent les recours aux soins (gravité perçue, incapacité provoquée) tout comme celle des modalités selon lesquelles se déroulent ces recours (urgence, proximité, contingence) vient questionner la valeur santé dans de telles situations sociales. Si la santé ne devient une préoccupation que lorsque elle fait défaut, ce n'est plus parce qu'elle a une valeur pour elle-même mais parce qu'elle a une fonction. Dans de telles situations sociales, être « en bonne santé » n'est plus une fin en soi, mais redevient un moyen de faire (de se déplacer, de se maintenir, de travailler...), outils individuel, nécessaire à la survie du quotidien.

L'usage des services comme « art de faire »

Il est aussi important de s'arrêter sur les usages et mésusages des services et plus généralement sur les tactiques mises en œuvre par les personnes pour tirer profit de toutes les ressources qu'offre la ville. Cette notion de tactique est empruntée à Michel de Certeau, qui dans un chapitre intitulé « faire avec : usages et tactiques » explique que la consommation est un acte de production : elle produit un art de faire : celui de consommer à sa manière. Ainsi cette consommation « a pour caractéristique ses ruses, son effritement au gré des occasions, ses braconnages, sa clandestinité, son murmure inlassable, en somme une quasi-invisibilité puisqu'elle ne se signale guère par des produits propres mais par un art d'utiliser ceux qui lui sont imposés »⁸

⁶ Janine Pierret, 2000[1984], « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault » in Augé M. et Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Ed. Archives contemporaines : 225.

⁷ Nicolas Dodier, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, EHESS, coll. « cas de figure ».

⁸ De Certeau M., 1980, *L'invention du quotidien. Tome 1 : Art de faire*, UGE, Paris, coll.10/18 : 53.

INTRODUCTION

Présentation de l'étude

L'enquête TREPSAM est une enquête sur les trajectoires de soins des personnes sans abris à Marseille. Elle s'intéresse aux modalités de recours aux soins face à un événement de santé des personnes en situation de grande précarité.

Menée selon une double approche quantitative et qualitative, l'enquête TREPSAM a pour objectif de retracer les trajectoires de soins des personnes, d'identifier les différentes structures auxquelles elles ont eu recours, mais aussi de comprendre les raisons et motivations du choix d'une structure particulière plutôt qu'une autre, de recourir à l'automédication ou de renoncer aux soins. Elle vise à étudier les « raisons d'agir » - choix, contraintes, interactions avec les personnels et structures de santé - des populations vivant sans domicile.

Cette enquête est conduite parallèlement à trois autres recherches qui, dans la dynamique du projet ASSAb, s'intéressent respectivement à – la mise en place du Dossier Médical Personnel – la mise en réseau de médecins généralistes – la mise en place de visites annuelles pour les personnes sans abri. La coordination de ces différents volets de recherches est assurée par le Dr Hubert Balique, Maître de Conférence en Santé Publique à la Faculté de Médecine de Marseille.

Financée par l'ARS, cette étude bénéficie d'un double portage par l'APHM via son laboratoire de santé publique, et par le CNRS via l'UMI 3189 Environnement, Santé, Sociétés. Les décisions et orientations prises dans la conduite de cette étude bénéficient des conseils et sont encadrés par un comité de pilotage composé de représentant de l'APHM, de l'ARS, de la ville de Marseille, du CNRS et de la FNARS.

De la question posée à la question de recherche : construire une méthodologie d'enquête

Définition de la population cible

La genèse de cette étude émane du recensement ASSAb rendu public en 2012. Ce travail de dénombrement réalisé à partir des files active 2011 des lieux « bas seuil » est centré sur la catégorie de « personnes sans-abri » en situation d'urgence. En se référant aux classifications déjà existantes, c'est donc essentiellement aux deux premières catégories de la classification ETHOS que ce recensement s'intéresse ; à savoir des personnes vivant dans la rue ou « dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation » (ETHOS1) ; et les personnes en hébergement d'urgence « sans lieu de résidence habituel qui [font] usage des hébergements d'urgences, hébergements à bas

prix » (ETHOS2).

Seul recensement établi à ce jour grâce à une méthodologie explicite et rigoureuse, les données du recensement ASSAb (Bazus et Daguzan, 2012)⁹ nous ont servis de guide pour la construction de notre échantillon principalement sur les points suivants :

La répartition de la population par genre et par âge. Ces données, sont les seules qui soient recueillies pour l'ensemble des structures consultées pour ce recensement. Elles permettent de dessiner un profil démographique de la population cible.

L'importance des files actives de chacune de structures sollicitées. Afin de déterminer les priorités d'intervention pour chaque lieu à investiguer.

L'importance du nombre de personnes ne recourant qu'à une seule structure. Cela permet d'imaginer quelles structures s'inscrivent dans des circuits d'usages correspondant à des services proposés ou à l'inverse celles qui touchent une population spécifique qui ne fréquente qu'un seul lieu pour une raison spécifique.

En raison de la distinction des objectifs entre l'enquête TREPSAM et le recensement ASSAb et des méthodologies mises en œuvre pour les atteindre, un écart est à constater entre l'échantillon populationnel tel qu'il avait été imaginé dans le projet initial et la population effectivement interrogée lors de ce travail.

Sur la base des questions propres à la présente étude, nous pouvons souligner trois éléments qui nous ont amenés à nous écarter des catégories dessinées par le recensement :

- **Prendre en compte des lieux ou des structures qui n'avaient pas pu l'être dans le recensement.**
Le CASO de MdM n'avait pu être pris en compte du fait de la non informatisation de sa file active.
- **Prendre en compte des personnes qui n'avaient pas pu l'être :**
Les personnes qui fréquentent un lieu mais ne sont pas recensées dans un fichier (ex : ± 65% des personnes fréquentant la Boutique solidarité).
- **Ne pas mener d'enquête à l'intérieur des lieux de soins.** Cela pouvant avoir un impact considérable sur le récit de trajectoire délivré par la personne.

Choix des lieux d'enquête

Ne pas investiguer dans les lieux de soins

Aussi paradoxal que cela puisse paraître nous avons décidé de ne pas recourir aux lieux de soins pour constituer notre échantillon. Cette décision s'appuie sur deux arguments :

Compte tenu de l'objectif de l'enquête (retracer des trajectoires de soins) et du mode de recueil des données (travailler de façon rétrospective en faisant appel à la mémoire des

⁹ Bazus C. et Daguzan A., 2012, *Evaluation quantitative du nombre de personnes sans abri sur Marseille en 2011*, Projet « Accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille », Service de santé Publique et d'information Médicale, 112p.

personnes), intervenir directement dans les lieux où les personnes se rendent pour y être soignées risquait de **biaisier considérablement les discours recueillis**, les rendant impossible à comparer avec les autres questionnaires recueillies dans des lieux non soignants.

L'importante contrainte temporelle dans laquelle s'est déroulée cette enquête nous a obligé à limiter le nombre de lieux où elle s'est conduite. Or le recensement ASSAb nous indique que l'effectif cumulé des files actives (non « dédoublonnées ») de l'ensemble des structures de soins bas seuil¹⁰ ne représente « que » 806 personnes sur les 16520 recensées soit **moins de 5% de la population, réparti sur cinq structures distinctes**

Face à ce choix de ne pas intervenir dans les structures de soins, une exception doit être signalée :

le CASO de MdM. Deux raisons principales nous ont amené à retenir le CASO comme lieu d'enquête : 1 - l'importance de la file active du lieu (plus de 4000 personnes) 2 – le fait que le CASO n'est que très rarement pris en compte dans les recensement et études à visée exhaustive (du fait de la non informatisation des données personnelles). Bien qu'étant une structure de soins, afin de limiter au mieux les biais dans le recueil des discours, nos moments d'enquête ont été circonscrit au jeudi après-midi qui est consacré aux permanences sociales et où la structure n'est donc pas utilisé comme lieu de soins.

Prendre en compte des structures qui ne l'avaient pas été dans le recensement

D'autres structures nous ont semblé intéressantes pour cette étude et ont été ajoutées à celles mobilisées pour le recensement ASSAb.

Le CASO de MdM. Si le CASO n'a pu être pris en compte dans le recensement du fait de la non informatisation de sa file active, la méthodologie mobilisée pour l'enquête TREPSAM nous permettait d'y travailler.

Le bus 31/32. Nous avons décidé de retenir cette structure en raison de la possibilité qu'elle représentait d'y enregistrer des parcours et problématiques particuliers que nous ne retrouverions éventuellement pas dans d'autres structures.

Toutes les structures que nous avons contactées ont accepté de collaborer à ce travail d'enquête.

La prise de contact n'a, en général, pas posé de problème, mais il a été plus compliqué de commencer concrètement le travail dans certains lieux. Les deux raisons principales sont l'indisponibilité du personnel par surcharge de travail et les craintes d'éventuelles perturbations pour les usagers du lieu par la présence des enquêteurs. La combinaison de ces deux éléments a pu dans certains cas retarder le démarrage du travail d'enquête de plusieurs mois.

¹⁰ PASS Conception, PASS Psy, EMLPP Edouard Toulouse, EMPP APHM, LHSS,

Structures bas seuil	Structure effectivement prise en compte dans le recensement ASSAB	Structure prise en compte pour l'enquête TREPSAM
UHU La Madrague	X	X
UHU La Roseraie	X	X
ADN St Jean de Dieu	X	X
CAARUD Sleep'In	X	X
ADJ Marceau	X	X
ADJ Consolat	X	X
ADJ Béthanie	X	X
ADJ Crimée		X
ADJ Boutique Solidarité	X	X
EMPP-MARSS	X	
EMLPP	X	
LHSS de Fontainieu	X	
PASS Rimbaud Conception	X	
PASS psy Edouard Toulouse	X	
CASO Médecins du Monde		X
Bus 31/32		X
115	X	

Comparaison des lieux retenus entre le recensement ASSAB et l'enquête TREPSAM

Critères d'inclusion/exclusion

Critères d'inclusion

Est susceptible d'être incluse dans l'échantillon, toute personne rencontrée dans un des lieux où l'enquête se déroule et ayant connu au moins un événement de santé dans la ville de Marseille depuis la perte d'un logement personnel stable.

Critères d'exclusion

Ne peut être incluse dans l'échantillon, toute personne n'ayant connu aucun épisode de santé sur le territoire de la ville de Marseille ou occupant un logement personnel de façon pérenne.

Méthodologie d'enquête

L'enquête TREPSAM a deux objectifs principaux :

Retracer un « arbre des conduites » qui permette de visualiser, selon une représentation simple, les principales structures qui sont mobilisées par les personnes sans-abri lorsqu'elles font face à un événement de santé

Comprendre quelles sont les logiques qui orientent les personnes vers une structure plutôt qu'une autre, les éléments matériels, géographiques, économiques, administratifs et sociaux qui permettent ou qui empêchent une personne d'accéder aux soins dans une situation donnée ou qui l'amènent, durant son parcours, à renoncer à se soigner.

Pour cela deux outils méthodologiques principaux ont été mobilisés.

Quantitatif

La partie quantitative a consistée en une enquête par questionnaire menée auprès des utilisateurs de ces différentes structures. Ce questionnaire vise à retracer les différents recours qu'une personne a utilisés face à un événement de santé. Il fonctionne de façon rétrospective et se base sur du déclaratif. Il n'est donc pas nécessaire que la personne ait un problème de santé au moment où elle est interrogée pour pouvoir participer à l'enquête.

Pour chaque personne il est demandé de se remémorer les différents recours pour deux événements de santé qu'elle a connus.

Pour ces deux événements de santé, il est demandé aux personnes de raconter un événement qu'elles considèrent comme « grave » et un autre qui est considéré comme étant plus « bénin ». L'objectif étant de « faire ressortir », de contraster, des différences dans les modalités de recours en fonction de la gravité perçue de l'événement en question. La mise en œuvre de ce point d'enquête est discutée plus loin dans la partie concernant les *données recueillies*.

Qualitatif

En vue d'apporter des éléments de compréhension sur les choix opérés lors des trajectoires de soins, de nombreuses données qualitatives sont recueillies par les enquêteurs par observation et par entretien conjointement lors de la passation des questionnaires.

La méthodologie, initialement prévue pour cette partie de l'enquête, a dû être adaptée en fonction des contraintes matérielles dans lesquelles elle s'est déroulée, mais aussi en raison de la mobilité des personnes et la faible assurance pour les enquêteurs de pouvoir retrouver une même personne d'une semaine à l'autre.

Ainsi à la trentaine d'entretiens formels (enregistrés, retranscrits et menés de façon différée de la passation des questionnaires) initialement prévus a été substituée une méthodologie qualitative plus adaptée aux conditions d'enquête et directement adossée à la passation des questionnaires. Chaque questionnaire était passé de manière relativement souple en s'apparentant davantage à une discussion. Au cours de ces discussions, les enquêteurs demandaient à certaines personnes de développer plus longuement un élément évoqué, menant ainsi autant d'entretiens qualitatifs informels que de questionnaires renseignés.

Ce procédé évite de perdre de vue un informateur intéressant en différant l'entretien de la passation du questionnaire. Par ailleurs, la dimension informelle de la discussion tend à faciliter les échanges. Cela permet aussi d'économiser les coûts temporels et financiers liés à la retranscription d'entretiens formels enregistrés.

Données recueillies

Composition de l'échantillon des personnes interrogées

Les caractéristiques de la population interrogée sont les suivantes :

- **119 hommes (92,2%)**
d'une moyenne d'âge de 41,5 ans (min = 19 ; max = 84 ; médiane = 40)
- **10 femmes (7,8%)**
d'une moyenne d'âge de 45,2 ans (min = 32 ; max = 59 ; médiane = 44)

Le ratio homme/femme reflète une sous-représentation des femmes.

La répartition par tranche d'âge des personnes interviewées est la suivante :

tranche d'âge	nb de personnes	pourcentage	Recensement ASSAb
18-29	32	24,8	32,8
30-39	29	22,5	25,8
40-49	28	21,7	21,3
50-59	24	18,6	11,4
60-69	12	9,3	5,6
70 et +	4	3,1	3,1
Total	129	100	100

L'échantillon des personnes révèle des moyennes d'âge plus élevées que celles indexées lors du recensement. Les tranches d'âge de 39 ans et moins y sont sous-représentées alors que celles entre 50 et 69 ans sont sur-représentées.

Lieux d'enquête et fréquentation des structures bas seuil

L'objectif de ce travail n'étant pas de dénombrer les personnes, mais de travailler sur leurs itinéraires de soin, ce n'est pas tant le lieu où elles sont rencontrées qui importe que les lieux où elles se rendent. Certaines personnes fréquentant plusieurs lieux, le nombre de lieux cités dépasse de loin le nombre de personnes interrogées.

Pour les 129 personnes qui composent l'échantillon à ce jour, la « répartition » entre les différents lieux est la suivante

Lieu de la rencontre	Nb d'entretien dans le lieu	Nb de personnes ayant fréquenté le lieu
UHU Madrague	30	46
ADN Forbin	31	48
ADJ Marceau	26	84
Sleepin'	13	16
ADJ Consolat	9	18
CASO	7	26
Boutique solidarité	4	37
Roseaie	3	5
Bus 31/32	3	4
ADJ Crimée	2	6
ADJ Béthanie	1	19
Ecole St Louis	0	10

Dans cet échantillon, seulement 11 personnes déclarent ne fréquenter que le lieu où elles ont été rencontrées soit 8,5% (contre 77,7% dans le recensement !). 43 personnes fréquentent un autre lieu que celui de l'entretien. 37 en fréquentent 2 autres, 25 en fréquentent 3 et 13 personnes déclarent fréquenter 5 lieux et plus. Il y a donc, par rapport aux données du recensement un nombre beaucoup plus faible de personnes qui ne fréquentent qu'une seule structure bas seuil.

Cette apparente plus grande mobilité, énoncée dans les réponses en face à face par rapport à ce que reflètent les relevés de file active peut s'expliquer pour deux raisons :

De nombreuses personnes peuvent fréquenter un lieu sans pour autant entrer dans leur fichier de file active. C'est notamment le cas pour les ADJ lorsque les personnes y viennent pour prendre un café ou faire leurs besoins. Ces usages des lieux sont invisibles dans le recensement.

La méthodologie mise en œuvre pour l'enquête TREPSAM, met peut-être plus facilement les enquêteurs en contact avec des personnes qui ont l'habitude de circuler entre différentes structures et de rencontrer différents professionnels. Les personnes ne fréquentant qu'une seule structure ayant alors une attitude plus réservée, davantage en retrait et donc plus difficile à « capter » pour les enquêteurs.

Nombre de questionnaires et épisodes

129 questionnaires ont pu être renseignés en totalité et retenus dans l'échantillon. Une vingtaine a dû être rejetée, soit parce qu'il fut impossible de les mener au bout, soit parce qu'il se sont révélés être hors échantillon.

Ces 129 questionnaires ont permis de recueillir les trajectoires synthétiques de 243 événements de santé de nature extrêmement hétéroclite. Il ne s'agit là bien sûr que des motifs des plaintes ou des pathologies ressenties (cf. encadré). Mais on devine à quel point une élucidation de ces représentations de soi et des passages entre normal et pathologique seraient indispensables à explorer et documenter.

Liste des 243 épisodes recueillis

Abcès dentaire, Addiction, Allergie au crane, Allergie au pollen, Ampoule au pied (3), Angine (3), Arcade sourcilière cassée, Baisse de la vision, Besoin de repos, Blessure à la tête et au bras, Blessure au bras (3), blessure au nez, blessure au pied, blessure au visage, Blessures superficielles, Blessures aux visages et au corps et contusions, Boutons rouges aux cuisses, Bras cassé, Bronchite (4), Bronchite chronique, Bronchite et fièvre, Brulure à la main, Brulure d'estomac, Bubon sous l'aisselle gauche et pulsations du nerf de la jambe gauche, Caillots de sang dans les testicules, Cancer, Carie dentaire (3), Champignon aux pieds, Chute, Chute et mal au dos, Claquage du genou, Coma (2), Comme une pelade, Condylome, Contusion, Contusion et traumatisme crânien, Contusions et choc (2), Coup de couteau (2), Coups de couteau à la cuisse et aux poignés, Coupé le nerf du doigt, Coupure tendon doigt, Crevasses aux pieds, Crève, Mal à la tête jusqu'au nez, Crise d'asthme, Crise d'épilepsie (6), Crise de nerf (2), Déchirure musculaire (2), Décollement du poumon, Démangeaison, Dépression (6), Dépression et idée suicidaire, Dérangement gastrique, Désarticulation du pouce, Détachement prothèse dentaire, Diarrhée, Dislocation doigt de pied, Douleur (à la cervical, à une dent, articulaire au genou, au corps, au genou, au ventre, aux cotes, aux dents de sagesse, à la colonne vertébrale, à l'estomac, à l'orteil, à la poitrine, aux jambes), Douleurs liés à la dégénérescence de la sclérose en plaques (2), Endormissement, Enervement, Entorse à la cheville, Entorse à la main, Envie suicidaire,

Evanouissement , Fatigue importante, Fièvre (3), Forte difficulté à uriner, Foulure pied, Fracture (de la clavicule, du doigt, de la Jambe, de la mâchoire, de la main), Gale (6), Gastro, Genou coincé, Glande de la gorge gonflée, Glaucome œil, Gonflement au front, Gonflement de la mâchoire, Grippe (16), Grippe et fièvre (2), Grippe et bronchite (2), Grippe intestinale, Grossesse, Hémorroïdes, Hépatite C (2), Infection bénigne , Inflammation de la main, Kyste à la cuisse, Laryngite, Mal (à la tête (3), aux dents (9), au bras, au bras et au sternum, au coude, au dos (3), au genou, au pied, au pouce, aux jambes, à la tête et angoisse, de tête avec bouffée de chaleur et yeux rouges), Mycose aux pieds, Migraine (3), migraine avec baisse de vue et vision de tâches, Nez qui coule, Nodule à la thyroïde, Perte d'appétit (2), Perte d'un plombage, Perte d'une zone de cheveux blancs, Perte de deux dents, Perte de mémoire, Plus aucune dent, Poux (3), Poux de corps, Pré-infarctus, Presque Dépression, Problème à la prostate, Problème au ventre, problème au visage, Problème de vue, Problème orteil, Problème prostate, Problème respiratoire, Problème thyroïde, Propagation d'une infection, Quinte de toux, Rage de dent (2), Refaire des prothèses dentaires, Rhinite, Rhinopharyngite, Rhume (4), Rupture tendon d'Achille, Ses dents se cassent et tombent, SIDA, Tache au poumon, Tachycardie et douleur poitrine, Tendinite, Tentative de suicide à l'alcool, Tête cassée, Tordu la cheville, Tousse très forte (3), Toux (4), Toux et mal de gorge, Toux et Nez qui coule, Toux avec vomissement et sang, Trois balles dans la jambe, Traitement méthadone, Tuberculose, Tumeur prostate, Urine remonte dans les reins, Vomi du sang, Yeux qui brûlent, Zona.

Sont présentés dans la suite de ce rapport les principaux résultats des analyses menées sur les données recueillies. Un premier moment est consacré aux données quantitatives. Ce premier passage est relativement succinct et sert avant tout de données de cadrage à la suite du rapport, consacrée à l'analyse qualitative de ce travail.

ÉLÉMENTS D'ANALYSE QUANTITATIVE

L'analyse complète des données quantitatives qui ont été recueillies doit être conduite par le laboratoire de santé publique de la faculté de médecine de Marseille. Les quelques éléments qui sont présentés ici ne peuvent donc pas être considérés comme les résultats de l'enquête quantitative qui a été menée. Il s'agit avant tout de tester le modèle de présentation qui était initialement choisi. Pour cela nous n'avons saisi que quelques uns des items que contiennent les questionnaires :

n. de questionnaire, âge, genre, lieu d'entretien, lieux fréquentés afin de pouvoir dessiner le profil démographique de la population rencontrées et la construction de l'échantillon en fonction des lieux fréquentés.

Concernant les épisodes de santé : Description de l'épisode, estimation de la gravité, type de recours, spontanéité du recours. Afin de pouvoir esquisser un premier ensemble de trajectoire de soins et dessiner un premier arbre général de l'ensemble des épisodes de santé.

Par ailleurs cette première démarche sur les données quantitatives, au delà du contrôle de l'échantillon, nous a fourni un certain nombre de piste de réflexion pour l'analyse des données qualitatives.

Ce premier graphique fournit une représentation générale des conduites des 129 personnes interviewées pour les 243 épisodes de santé qui nous ont été relatés.

Nous présentons ci-dessous, la manière dont sont codées les trajectoires et les principes de lecture de cette représentation graphique.

Lecture graphique et codage des trajectoires

Mode de lecture :

Cet « arbre des conduites » se lit de gauche à droite. Chaque colonne représente un recours différent pour un même épisode de santé. Les chiffres indiquent le nombre de personnes correspondant à ce type de recours.

Exemple :

Sur les 243 épisodes de santé recueillis :

Le *premier recours* fut :

Rien (ne rien faire) dans 90 cas ; l'automédication dans 32 cas ; le personnel soignant de la structure dans 36 cas ; les urgences hospitalières dans 40 cas ; etc...

Sur les 90 cas où le premier recours fut « Rien » :

L'épisode s'est terminé sans autre recours dans 26 cas (FIN)

Le *second recours* fut un médecin spécialiste de ville dans 5 cas ; un médecin généraliste de ville dans 9 cas ; les urgences hospitalières dans 13 cas ; etc...

Pour les cas où le premier recours fut « Rien » et le second un « médecin généraliste de ville » :

L'épisode s'est terminé sans autre recours dans cinq cas (FIN)

Le *troisième recours* fut un spécialiste de ville dans deux cas, à un service hospitalier dans un cas et à l'automédication dans un cas ; etc...

Lors de la passation des questionnaires, quand une personne raconte son parcours de soins, il arrive qu'elle se rende au même endroit plusieurs fois d'affilée. La représentation graphique de ces recours successifs varie selon les raisons de ces multiples recours à la même structure.

Ces différentes « allées et venues » de la personne ne sont représentées qu'une seule fois, dans un seul et même recours si ces mouvements successifs s'inscrivent dans un « parcours coordonné » ou de suivi. Par exemple, si une personne se rend chez un médecin généraliste de ville pour se faire examiner, que le médecin lui demande de revenir une semaine plus tard pour contrôler l'évolution du trouble et que la personne revient. Elle se sera rendue deux fois chez le généraliste mais il s'agit bien d'un seul recours (si elle n'a pas vu d'autres professionnels ou changé son traitement pendant ce laps de temps).

Ces différentes « allées et venues » de la personne en un même lieu sont, au contraire, représentées plusieurs fois si la répétition de ce recours n'était pas prévue initialement. Par exemple, une personne qui se présente trois fois dans la même semaine aux urgences hospitalières pour le même problème. Autre exemple, une personne qui se rend au CASO une première fois pour voir un médecin généraliste et qui revient une seconde fois pour voir un dentiste.

L'item « soignant structure » désigne en réalité un recours auprès de n'importe quel professionnel de la structure. Cela comprend l'ensemble des soignants, toutes professions confondues (médecin généraliste ou spécialiste, infirmière, aide soignante) mais aussi

d'autres professionnels « non soignants ». Ces derniers sont une faible minorité dans les parcours recueillis (agent d'accueil sont cités 3 fois et une assistante sociale une fois) mais ont joué un rôle d'orientation déterminant.

Certains items sont particulièrement représentés du fait que les structures qu'ils désignent sont utilisées par les personnes pour leur capacité à délivrer des traitements. Elles seront citées à plusieurs reprises par une même personne pour une même activité de délivrance de traitement, parfois en alternance avec une autre structure. Par exemple, une personne qui, en premier recours, a une prescription médicale et ensuite va chercher son traitement de façon alternative au CASO et à l'accueil de jour Béthanie.

Quelques biais et remarques en vue de l'interprétation

Trajectoires incomplètes

Les données recueillies par reconstruction mémorielle ne se révèlent être que partiellement fiables. En effet, une partie des informations intéressantes pour la recherche ne sont plus disponibles pour la personne elle-même, ces informations étant jugées peu importantes au moment de l'épisode de soins, la personne ne les a pas gardées en mémoire et ne peut donc les restituer pour l'enquête.

De fait, les parcours recueillis peuvent présenter certains « manques ». Lorsque ces « manques » sont très importants et que le parcours n'est plus vraisemblable, il n'est pas retenu dans l'échantillon.

Dans d'autres cas il revient aux enquêteurs d'ajouter eux-mêmes un recours « logique » ou « évident » qu'ils déduisent de ce qui leur est dit afin de compléter le parcours.

Mais il est probable que de nombreux recours ne soient pas cités par les personnes et restent invisible pour l'enquêteur puisque ne changeant pas la « cohérence reconstruite » ou « narrative » de la trajectoire.

La santé au présent

Pour la majorité des personnes rencontrées, il est nettement plus facile de parler du présent que de demander de reconstruire des événements passés. Il en résulte qu'un certain nombre de trajectoires recueillies concernent des événements de santé actuels et portent donc pas sur des parcours qui ne sont en réalité pas encore terminés. Si ce biais fut rapidement identifié, il se révèle difficile à contourner car pour la plupart des personnes, la gestion du quotidien reste la principale préoccupation.

Des structures sous déclarées

Au moins deux types de recours nous semblent sous évalués parmi ceux recueillis dans le discours des personnes. Il s'agit de la PASS (citée une seule fois) et des urgences psychiatriques (citées une seule fois). Ces deux recours peuvent vraisemblablement être englobés dans « hôpital urgence » ou « hôpital service spécialisé ». En effet, dans les discours des personnes les termes employés ne permettent pas de faire cette distinction puisqu'il s'agit soit d'aller aux urgences de la Conception (qui peuvent être psychiatrique ou

somatique) soit d'aller à l'hôpital de la Conception (sans distinction de service).

Gravité perçue et trajectoires de soin.

L'hétérogénéité des événements de santé recueillis peut apparaître comme une gêne pour l'analyse puisqu'elle amène à comparer des événements a priori incomparables (une carie et un cancer par exemple). Toutefois, afin de tirer partie de cette hétérogénéité, nous avons décidé de travailler sur la gravité perçue de ces événements de santé.

Les résultats que procure une première analyse à partir du seul item de gravité d'un événement de santé tel qu'il est déclaré au moment de l'entretien ne sont que peu concluants.

Premier recours		Episode					
		Grave		Pas grave		Grave	Pas grave
		Nb	%	Nb	%	%	%
Contingence	Rien	41	35,0	49	40,2	55,5	74,6
	Automédication	10	8,5	20	16,4		
	Structure	14	12,0	22	18,0		
Urgence	Hop. Urgc.	30	25,6	11	9,0	25,6	9,8
	Pompiers		0,0	1	0,8		
Service Généraliste	CASO	5	4,3	8	6,6	13,7	14,8
	Médecine de ville	11	9,4	8	6,6		
	PASS		0,0	1	0,8		
	Pharmacie		0,0	1	0,8		
Service spécialisé	BUS 31/32	1	0,9		0,0	5,2	0,8
	EMPP MARSS	2	1,7		0,0		
	Hop. svce spe.	3	2,6		0,0		
	Hop. Psy.		0,0	1	0,8		

Deux raisons principales à cela :

- un même événement de santé, une angine par exemple, peut être déclarée comme étant grave par certains et pas grave par d'autres. Il en va de même des affections parasitaires ou des problèmes dentaires.
- Les trajectoires recueillies étant reconstruite après-coups, la qualification de gravité donnée par la personne ne reflète bien souvent pas ce que pensait la personne au moment de l'affection mais plutôt le discours médical qui a été portée sur cette affection lors du parcours de soin.

Toutefois ce questionnement sur la gravité perçue reste pertinent du fait des arguments avancés par les personnes pour justifier cette qualification. Par exemple, « trois balles dans la jambe » était un événement jugé « pas grave » par la personne puisque c'était « dans la jambe ». Alors qu'une autre personne jugeait grave ses ampoules aux pieds, non pas pour le risque d'infection encourue mais parce que ça « gêne considérablement la mobilité ». Nous verrons dans la suite du rapport ce qu'apporte la prise en compte de ces arguments pour l'analyse des trajectoires de soins et des représentations de la santé.

Cependant notons dès à présent que l'importance de ces « ressentis fonctionnels » plutôt qu'une réponse liée à une objectivité diagnostique incite à proposer des structures de proximité. « L'occasion faisant le larron », l'accroche par un symptôme ressenti, quel qu'il puisse être, permettrait sans aucun doute de dépister d'autres pathologies.

VIVRE « DANS LA RUE »

Le quotidien des « sans-abri »

Etre privé d'un espace de vie personnelle est une condition qui a des implications sur toutes les dimensions de la vie, sans exception. Cette condition a des répercussions sur l'accomplissement de nombre d'activités qui sont réalisées quotidiennement sans y prêter attention dès lors que l'on est pourvu d'un chez soi.

La première partie de ce rapport vise à poser le cadre de vie général dans lequel agissent les personnes sans chez-soi. De dresser une sorte de phénoménologie du vivre dans la rue.

Dans un premier temps, nous verrons comment cette condition vient à structurer l'emploi du temps des personnes en les obligeant à des déplacements quotidiens pour accéder aux besoins primaires, nécessaires à la simple survie. Nous verrons comment ces déplacements et accès sont eux-mêmes contraints par la répartition géographique et les règles de fonctionnement des différentes institutions qui proposent des services à l'attention des personnes sans chez-soi.

Dans un second temps nous nous intéresserons aux différentes tactiques mises en place par les personnes pour accéder à ces offres de services ou pour faire sans, lorsque que le service offert ne répond pas à leurs attentes.

Enfin dans le troisième moment, nous verrons comment les conditions de vie dans le milieu de la rue sont en elles-mêmes sources d'affections et de pathologies.

La structuration d'une journée

Une part importante des actions accomplies quotidiennement par tout un chacun de façon machinale, relève d'un véritable parcours du combattant, dès lors que l'on est dépourvu d'un chez-soi.

Des actions aussi simples que boire, manger, dormir, se laver, laver son linge ou aller aux toilettes, demandent pour toute personne privée d'un lieu de vie personnel, de trouver où et comment assouvir ces besoins primaires.

Une errance imposée

Un certain nombre de lieux, publics ou privés, mettent à disposition de tels services et les personnes circulent dans la ville, le plus souvent à pied pour joindre ces différents services. La trame fonctionnelle des soins de soi est dispersée en de multiples lieux.

Leur utilisation demande d'organiser les journées en fonction des besoins à couvrir et des horaires des structures. Un des premiers problèmes à résoudre pour ces déplacements est de savoir quoi faire de ses bagages. La personne a-t-elle l'énergie suffisante pour se déplacer

avec l'ensemble de ses affaires ? Ou a-t-elle la possibilité de les déposer quelque part et si oui, à quelles conditions, dans quelles contraintes horaires, etc

Un homme de 53 ans se plaint du manque d'endroits où laisser ses bagages pendant la journée. Il affirme avoir demandé à la bagagerie, mais n'a pas encore eu de réponse favorable parce qu'ils n'ont plus de place. Il dit que, étant vieux, se promener avec tous ses bagages lui fatigue encore plus les jambes et que le soir venant il est vraiment crevé. (n.18 - 53ans).

Ainsi, alors que garder ses affaires avec soi contraint les possibilités de déplacement, les déposer dans les endroits prévus à cet effet constitue aussi une contrainte organisationnelle.

Il était domicilié à l'ADJ Marceau mais, pour des raisons pratiques, il a changé pour l'ADJ Consolat. En effet, il devait aller à Marceau tôt le matin pour prendre sa douche, et tout de suite courir à la bagagerie (proche de Consolat), dont la fermeture est à 09h00. (n.166 – 53ans)

Dans ce cadre d'une circulation géographique entre différents services, les journées sont à la fois perçues comme étant à remplir :

« Quand je travaillais (au noir), je sortais de Forbin pour aller au boulot et j'y rentrais vers 19h mais, maintenant, après être sorti je vais à Marceau, puis je vais manger. Enfin, je passe à la bibliothèque et je traîne un peu en ville avant de rentrer à Forbin dans l'après-midi » (n.54 – 27ans)

...et « trop pleines » :

Ses journées sont strictement organisées : le matin, quand elle sort de l'UHU, elle va à l'ADJ marceau. Vers 11h00 ou un peu avant, elle va à la gare St. Charles pour se connecter avec son ordinateur. De là, elle va manger au NOGA, pour après revenir à l'ADJ, d'où part le car qui la ramène à l'UHU. Elle exprime une grosse fatigue, car elle n'a jamais de repos alors qu'elle est malade (n.110 – 49ans)

Dans ce dernier exemple, cette femme a mis en place un ensemble de « rituels » chronologiquement encadrés, qu'elle répète jours après jours. Il semble qu'ici, cette organisation serrée donne à la personne un équilibre rassurant, qu'elle essaie à tout prix de préserver.

Mais à l'inverse, ces « emploi du temps journalier », qui structurent le quotidien sur la base de l'offre et de ses contraintes, peuvent se révéler aliénant. Les déplacements sont aussi contraints qu'obligatoires, répétitifs et quotidiens. Les activités ne sont plus réalisées pour elles-mêmes mais davantage comme des étapes successives du déroulement des journées. Le discours qui suit éclaire ce type de ressenti :

« Mes journées se passent en boucle, tout le temps... Je ne paie rien, je n'ai pas besoin d'argent : à Marseille tu peux tout avoir gratuit. Mais il faut respecter des horaires pour chaque service. Je me demande ce que je fais ici, ce n'est pas une vie d'homme ça : on est des zombies qui bougent toute la journée, tous les jours, d'un endroit à un autre... Et le tour est toujours le même. Par exemple, si tu veux me trouver, tu n'as pas besoin de mon numéro de téléphone : je peux te dire dès maintenant que, par exemple, en début d'après-midi je suis à la bibliothèque pour me poser et aller sur internet... Et ça, tous les jours... Sauf si elle est fermée ». (ndt)

Ainsi, les journées sont structurées par une alternance de déplacement et de moments fixes qui correspondent soit à l'accès à un service (repas, douche, etc...) soit à un moment

creux où il va s'agir de faire passer le temps entre deux activités.

Marcher

Dans ce cadre quotidien, la marche occupe une place particulière puisqu'elle peut être aussi bien considérée comme une activité en tant que telle ou comme une obligation pour accéder aux services.

Pendant la journée « Je me promène d'un ADJ à l'autre et, parfois, je vais visiter quelques connaissances. Sinon, je fais toujours le même tour et je rentre à Forbin. Je tourne beaucoup d'une place à l'autre parce que, comme ça, je fais passer plus vite la journée » (n.48 – 37ans)

Certaines personnes arrivent même à tirer parfois du plaisir de cette contrainte majeure :

« j'aime marcher et je marche beaucoup ; parfois, j'arrive jusqu'au Prado » (n.27 – 44ans).

Où à présenter cette pratique comme étant favorable à leur hygiène de vie :

Un homme de 62 qui vit à la rue depuis 2 ans m'explique qu'il est en bonne santé, et qu'il marche beaucoup, une dizaine de kilomètres par jour, afin de garder la forme. De plus, il boit très peu, il fume deux petits cigares par jours et qu'il ne prend jamais d'autres substances (n.145 – 62ans)

Mais, plus fréquemment, ces déplacements, sortent du registre du plaisir pour entrer dans celui de l'affection physique. De nombreuses personnes marchent ainsi plusieurs heures par jour avec des chaussures pas adaptées (notamment de la mauvaise pointure). Il en résulte des ampoules, des crevasses aux pieds et des déchirures musculaires, que les circonstances rendent difficiles à soigner (cf.infra).

Se poser

Fréquenter les ADJ

Parmi les différents lieux qui s'adressent aux personnes sans chez-soi, les accueils de jour (ADJ) occupent une place particulière. En effet, de par leur fonction d'accueil, ils sont des lieux où les personnes peuvent se rendre sans raison particulière, juste pour se poser un moment.

« Je vais à l'ADJ Marceau pour passer le temps quand il n'y a pas mes amis, s'il n'y a pas de « business » et que je n'ai pas d'argent pour m'acheter un journal ou un café dans un bar. » (n.129 – 25ans)

Mais chaque accueil de jour propose aussi un panel de service qui fait qu'il est possible de s'y rendre avec une intention précise ou pour de multiples raisons (rencontrer un travailleur social, se laver, boire un café...).

Par contre, ces lieux sont souvent sur-fréquentés et il est parfois impossible de trouver une place pour s'asseoir. De plus, ils peuvent se révéler très monotones et parfois être violents, ce qui explique le choix de certains de s'en tenir plutôt à l'écart. Dans ce cas, une solution est d'en avoir une fréquentation occasionnelle.

Par exemple, lorsque le climat est particulièrement défavorable :

Il va à l'ADJ Marceau seulement en hiver, s'il a froid ou s'il est fatigué... L'été ou plus généralement s'il fait chaud, il préfère rester dehors se balader ou se poser dans un parc ou ailleurs. Au départ, il s'y est rendu pour rencontrer l'assistante sociale. Elle lui a dit que pour l'instant il ne pouvait prétendre qu'à la CMUC et qu'il n'avait donc pas d'intérêt à la revoir : elle ne peut rien faire pour lui. (n.25 – 50ans)

Ou simplement pour se poser entre deux activités :

On rencontre un homme à l'ADJ Béthanie. Il nous dit qu'il ne vient jamais ici mais qu'aujourd'hui il a rendez-vous à la CAF, qui est à côté. Il est donc rentré dans l'ADJ pour attendre et boire un café [ndt]

En général, le choix de fréquenter tel ou tel autre lieu s'opère entre les besoins spécifiques de la personne d'un côté et de l'autre les atouts et contraintes de chaque structure.

Il nous dit participer aux activités organisées par la Boutique Solidarité (en plus du café, courrier, assistant social, petite infirmerie et téléphone). Il va à Marceau seulement « Pour rester au chaud, si la boutique est fermée ». Pendant la journée « Si j'ai des RDV, j'y vais : sinon je reste dans la salle d'attente de la gare... Il n'y a rien à faire » (n.41 – 41ans)

Chaque structure propose des activités particulières. Par exemple, dans certaines il est possible de faire du sport, d'autres proposent des ateliers créatifs ou de cuisine, d'autres encore de l'aide à la rédaction de CV:

Pendant la journée, « je fais mes démarches pour trouver du travail, sinon le lundi et le mercredi je vais à l'ADJ Crimée pour faire de la boxe [et manger], autrement, si je n'ai pas de RDV pour le travail, soit je vais à Crimée pour passer le temps, soit je traîne en ville ou dans un parc avec les potes » (n.56 – 20ans)

D'autres sont plus faciles à atteindre du fait de leur position géographique ou des services de transport permettant de s'y rendre.

« Je vais rarement à Marceau. Soit je suis avec un pote qui y va régulièrement, soit la navette me dépose devant et je n'ai pas envie de promener... Sinon, je préfère venir ici, à la rue Consolat » (n.50 – 57ans)

Pour certains, ces structures fournissent la seule occasion de socialisation, car elles sont souvent fréquentées par les mêmes personnes ou parce qu'un lien se crée entre des usagers et des intervenants (salariés ou bénévoles) :

« Je traîne en ville tout seul : je me promène et je vais dans des bars... Sinon je travaille [toujours au noir] et, parfois, je vais à la boutique solidarité, si j'ai envie de voir du monde et tchatcher » (n.38 – 30ans)

Les raisons de fréquenter ces lieux peuvent être aussi moins « licites » : certaines personnes cherchent à exploiter les structures d'accueil de façon détournée, par exemple pour « faire du business ». Il arrive que les professionnels aient à intervenir lorsqu'ils soupçonnent ce type de démarche qui, selon nos observations, reste rare.

Mais les accueils de jour, comme n'importe quelle institution, ont des horaires d'ouverture et de fermeture, ainsi que des vacances hebdomadaires. Par ailleurs, lorsque des comportements particulièrement violents ont cours et que le contrôle de la

situation ne peut plus être assuré, les structures peuvent devoir fermer soudainement pour faire redescendre la tension et n'ouvrir à nouveau que le lendemain.

Un homme de 60 ans : « J'ai des problèmes [de santé]... toute la journée je ne pars pas d'ici [ADJ]. Mais il y a des jeunes qui font toujours des problèmes, et ils [les salariés de l'ADJ] nous font partir ». (n.160 – 60ans)

Pendant ces moments de fermeture, qu'ils soient réguliers ou exceptionnels, les personnes doivent bricoler d'autres solutions pour trouver où se poser.

Les lieux de la ville

Les déplacements quotidiens des personnes mêlent une circulation entre les lieux d'accueil bas seuil (accueil de jour, accueil de nuit), les structures sociales (de restauration, de soin, etc) à d'autres lieux propres selon les besoins de chacun : la rue (où il vaut mieux de rester en mouvement) ; les parcs (dans les quartiers où il y en a et si la météo le permet) ; tout endroit en accès libre, où il n'est pas forcément évident d'être tranquille :

« L'hiver je vais souvent faire passer le temps et lire le journal à la gare St Charles, parce que c'est chaud [...] par contre je ne vais pas dans la salle d'attente mais je reste en dehors de celle-ci... Comme ça, personne peut me casser les pieds » c'est-à-dire, l'expulser parce qu'il n'a pas de billet de train. (n.4 – 52ans)

En effet, il faut trouver des lieux où pouvoir dissimuler le besoin de se poser avec une autre activité qui justifie la présence sur place. Les bibliothèques sont alors fréquemment citées.

Il va « D'abord à l'Alcazar parce que j'ai droit à 1 h d'internet gratuit, puis je passe à l'ADJ et, enfin, je rentre à Forbin » (n.45 – 50ans)

« Le matin je vais toujours à la Boutique Solidarité et l'après-midi je vais à la bibliothèque ou à la FNAC parce qu'ils ont mis partout des petits poufs pour s'asseoir, donc j'y vais... » (n.27 – 44ans)

Dans ces lieux dédiés au calme ou à la consommation mais où dans tous les cas la tranquillité est de mise, il est nécessaire de déployer des stratégies de dissimulation afin de se fondre dans le flux des personnes et ne pas être repérés.

Dans cette quête d'endroit où « se poser », des personnes en viennent à détourner l'usage de certaines structures. Par exemple, les camions de dépistage, souvent présents à côté des ADJ, représentent une occasion pour trouver un en-cas et un moment de repos, au chaud et à l'abri du bruit de la rue ou de l'ADJ.

Dans cette optique, certains peuvent mobiliser leur réseau de connaissance et ainsi améliorer partiellement le vécu du quotidien.

« J'ai un pote qui habite en squat et qui me laisse les clés pour y aller quand je veux : j'y vais tous les jours pour faire du sport ou pour me reposer au cours de la journée... Par contre, j'y vais moins souvent pour dormir la nuit » (n.58 – 22ans)

D'autres privilégient alors à l'inverse des lieux agités avec une forte affluence de personnes. Il ne s'agit plus alors véritablement de se poser mais plutôt de « passer le temps ».

« De 8h à 15h, je travaille, après je traîne un peu en ville et je vais voir les amis jusqu'à ce que je revienne à la Madrague pour prendre ma place... le week-end, je ne travaille

pas, donc, je passe ma journée au marché aux puces ou je me balade en centre-ville pour rencontrer mes amis » (n.35 – 47ans)

Ces différents lieux où il est possible de se poser ou de passer le temps, qu'ils soient institués comme les ADJ ou que ce soient des lieux de la ville, sont souvent fréquentés par les mêmes personnes qui pratiquent les structures d'accueil. La concentration relationnelle qui en découle peut être problématique pour certaines personnes qui préfèrent s'extraire du public des lieux d'accueil bas seuil.

« Je ne vais jamais au marché aux puces parce que je ne veux pas rester avec les gens de la Madrague aussi pendant la journée... Je n'aime pas ici à la Madrague, ici c'est un cauchemar » (n.43 – 27ans)

Accès aux besoins primaires

Mais les déplacements géographiques et les contraintes horaires ne suffisent pas à expliquer les conditions de vie dans la rue. Encore faut-il prendre en compte la dimension qualitative de cette offre.

Nous listons dans cette partie les contraintes que rencontrent les personnes pour satisfaire leurs besoins quotidiens mais aussi les tactiques qu'elles mettent en place pour pallier ces difficultés.

Aller aux toilettes

L'accès aux toilettes est un problème important et difficile à résoudre par la plupart des interviewés. Tous retiennent qu'en ce domaine, à Marseille, l'offre est inadéquate autant en nombre qu'en qualité de service.

Pour accomplir ce besoin, chacun doit se débrouiller en construisant ses propres tactiques. Celles-ci se présentent comme personnelles et bricolées à partir de trois facteurs : les caractéristiques personnelles de l'individu (sexe, âge, état de santé, habitudes, ...) ; la nature et l'urgence du besoin ; et l'offre des structures et la connaissance que la personne en a.

« A Forbin, les toilettes sont sales : j'utilise les toilettes seulement pour pisser, autrement je vais à l'Alcazar : là-bas, c'est propre ». (n.47 – 20ans)

Il vit en camion à Aix-en-Provence et il lui arrive de fréquenter des ADJ mais il déclare de faire ses besoins « Dans la nature ». (n.26 – 33ans)

Puisqu'il dort au Prado, il va faire ses besoins à la plage : « En hiver il faut se cacher, mais en été les toilettes sont ouvertes ». Mais s'il se trouve en ville, il prend un demi dans un bar afin de pouvoir utiliser les toilettes. (n.164 – 32ans)

Comme il a eu des problèmes à la prostate, il a dormi pendant deux mois aux urgences de la Conception afin d'avoir un accès facile aux toilettes. (n.161 – 70ans)

Pendant la journée, il fait ses besoins à l'ADJ, à l'Alcazar ou au centre Bourse : « Là-bas, il y a des toilettes équipées pour les personnes qui, comme moi, sont en fauteuil roulant ». (n.131 – 46ans)

Pour aller aux toilettes ou passer du temps au chaud, il va dans des « bars associatifs [parce que] ils ne me font pas chier là-bas ». En tout cas, il a 4 endroits où aller sur les 4 arrondissements qu'il fréquente le plus. (n.165 – 50ans)

Ces différents exemples permettent d'entre apercevoir les nombreux éléments qui entrent en jeu dans les « choix » que font les personnes pour uriner ou déféquer (propreté, fréquentation, horaires, position, accessibilité,...)

L'évaluation et le choix des lieux sont alors personnels et mêlent plusieurs facteurs : les habitudes propres à la routine de vie favorisent certains choix plutôt que d'autres ; le vécu de chacun (avoir fait de la prison, l'armée, être à la rue depuis longtemps,...) entre aussi en compte dans la perception de la saleté d'un endroit. Enfin, les caractéristiques de la personne et du besoin modifient la perception (et donc la gestion) du problème. Par exemple, un homme aura moins de difficulté qu'une femme pour trouver où uriner sur la voie publique ou dans des toilettes peu propres...

Il va aux toilettes « Là où il m'arrive d'en avoir besoin [...] un peu partout ». (n.28 – 29ans)

Pour aller aux toilettes, elle va à l'ADJ, qui est proche du supermarché où elle fait la manche, sinon « Je suis obligée de me caler entre deux voitures, au regard des gens... C'est très gênant ». (n.162 – 41ans)

En revanche, les deux sexes rencontreront les mêmes difficultés pour ce qui concerne la défécation. Les personnes prévoient alors des solutions différentes selon le type de besoin.

« Pour les petits besoins, je vais ici [à la Madrague] parce que je ne peux pas faire autrement, vu que j'ai souvent envie d'aller aux toilettes ; mais pour le gros besoin non, ici c'est dégueulasse, je vais à la mosquée ». (n.31 – 58ans)

Les toilettes des structures d'accueil de nuit sont évitées par de nombreuses personnes parce que jugées insalubres. Face à cela, certains développent des tactiques pour contourner l'obstacle en nettoyant par eux-mêmes ou en « choisissant » l'horaire à laquelle ils iront aux toilettes.

« Les toilettes sont dégueulasses à Forbin : ce n'est pas la faute de ceux qui nettoient, eux, ils nettoient bien mais les gens qui vivent ici sont dégueulasses : par exemple, ça arrive souvent que quelqu'un fasse caca par terre au lieu que dans les toilettes... Moi, je vais aux toilettes le matin : si j'arrive à la tenir, j'attends d'aller à Marceau ou à la Boutique Solidarité ou dans un bar, sinon, si je suis obligé de la faire ici à Forbin, alors je nettoie la "tasse" avec mon shampoing-douche et je mets du papier de toilettes ». (n.48 – 37ans)

D'autres s'organisent pour aller dans d'autres lieux, malgré les contraintes que cela implique (bibliothèques, centres commerciaux, parkings, ...). À défaut de connaître les lieux où trouver des toilettes gratuites trois solutions sont alors possibles :

Demander dans un bar, « Mais dans ce cas, il faut acheter quelque chose » (n. 46 – 33ans) et donc dépenser de l'argent. En outre cela demande une certaine présentation de soi pour être accepté comme client de l'établissement.

Accomplir ses besoins directement dans la rue, ce qui peut être à la fois extrêmement gênant pour la personne et en même temps pose un certain nombre de problèmes pratiques.

« Par exemple, [pour la défécation] je vais souvent dans un ex-terrain de boule... En tout cas, c'est vraiment compliqué, surtout pour se laver les mains après ». (n.5 – 35ans)

Cet homme, ayant une très longue expérience de vie à la rue, garde sur soi une bouteille pour l'urine « Je [...] mets dans les pantalons, discret, [de manière que] les gens ne voient rien... Le caca, dans des sachets : je fais ça le matin tôt, à 05h00, il n'y a pas du monde ». (n.158 – 61ans)

Se retenir jusqu'à trouver un endroit adapté. Dans certains cas, cette rétention s'avère très difficile.

Une femme enceinte, hébergée dans un ADN, dit qu' « il faut se préparer psychologiquement au fait que pendant la journée il faudra retenir ses besoins jusqu'au soir ». (n.132 – 32ans)

Chacune de ces tactiques nécessite selon les caractéristiques du lieu de se prémunir du matériel nécessaire (papier hygiénique, argent, bouteille plastique, etc.)

« Les toilettes où je vais, surtout celles du parking sur la Canebière, ne sont pas très propres... mais quand on a besoin, on a besoin [...] J'ai toujours du papier toilette sur moi : j'achète des paquets de 24 rouleaux... parce que, comme ça, je paie moins cher ». (n.50 – 57ans)

Pour déféquer, quand il est en squat, il utilise un sachet, de manière à ne pas rendre son squat dégueulasse. (ndt)

« Je préfère dépenser 50 cent à la gare que aller dans les toilettes de Forbin. J'essaie d'éviter les toilettes de Forbin parce qu'elles sont très sales... Seulement celles qui sont à l'entrée sont un peu plus propres ». (n.45 – 50ans)

Ce dernier exemple comme celui qui suit montrent encore une fois l'importance du savoir expérimentiel de la personne :

Pour faire ses besoins, il va aux ADJ, dans les bars ou dans des parcs. « L'été c'est plus simple, au parc il y a les toilettes pour handicapés avec l'eau. Les gardiens laissent parfois les toilettes ouvertes la nuit, ils sont gentils, ils pourraient être virés pour ça ». (n.165 – 50ans)

Face à ces difficultés cumulées, les personnes, au lieu de favoriser une solidarité de partage des informations, en viennent souvent à garder le secret sur certains lieux considérés comme meilleur, notamment du fait de leur moindre fréquentation (ce qui les rend plus propres et plus « tranquilles »)

Il va aux toilettes « à Marceau, à la bibliothèque, au CRIJ sur la Canebière, sur des trains ou à la gare... Mais, dans ce dernier cas, il faut d'abord passer à SOS Voyageurs pour prendre un ticket, comme ça il ne faut pas payer pour y aller ; sinon, à la gare c'est payant... Ne le dit pas trop pour SOS voyageurs. C'est un endroit tranquille et je ne veux pas que tout le monde le prenne d'assaut... D'ailleurs, à la base, il ne s'agit pas d'une association pour le SDF mais pour aider les voyageurs qui loupent leur train ou qui ont un problème. En vérité, ils s'occupent presque seulement de SDF » (n.52 – 35ans)

Enfin, il faut bien remarquer qu'il est impossible de prévoir une tactique adéquate à des circonstances exceptionnelles. Ainsi dans certaines situations les personnes ne peuvent plus mettre en œuvre aucune tactique et se résignent à des comportements qu'elles jugent elles-mêmes avilissants.

L'un des épisodes qu'il raconte est un dérangement gastrique qui a son avis n'était pas grave. Mais il précise que cela lui a causé beaucoup de gêne : n'ayant pas la force de monter les grilles pour aller aux toilettes dans le parc, il devait faire ses besoins derrière les voitures. (n.165 – 50ans)

Se laver

Dans l’imaginaire collectif, l’absence d’hygiène personnelle est l’un des signes qui caractérise les sans-abri. L’absence d’hygiène corporelle apparaît comme un signe de délaissement de soi, un stigmate sensible qui peut être interprété comme le signe d’une vie désordonnée (Declerck). Notons tout de même que dans certains cas, il peut aussi s’agir d’une stratégie volontaire ayant un objectif particulier : tenir les autres à l’écart.

Nous nous intéresserons ici essentiellement aux possibilités et obstacles que rencontrent les personnes sans chez-soi pour accomplir, à la fréquence souhaitée et dans des conditions acceptables, les opérations de toilettes diverses et d’entretien de leur hygiène corporelle.

Les contraintes qui pèsent sur ces moments sont particulièrement importantes et les caractéristiques des lieux qui y sont destinés sont telles qu’ils sont jugés inadaptés. De fait, la douche perd sa valeur de maintien et entretien de soi pour devenir une nécessité brute qui demande la mise en œuvre de stratégies et tactiques de débrouille.

Une offre insuffisante et inadaptée

Il ressort en premier lieu que les structures offrant ce service sont en nombre insuffisant et présentent pour la plupart des conditions de propretés inadéquates. Ces deux aspects sont souvent en corrélation. Le nombre limité de postes fait qu’ils sont hyper-sollicités ce qui porte atteinte à la qualité du service.

« A Forbin il faut toujours faire 2h de queue pour prendre sa douche ». (n.109 – 38ans)

« Il n’y a que deux douches pour 35 femmes [à cause de travaux de manutention certaines douches sont fermées depuis quelque temps], donc il y en a la moitié qui n’arrive pas à se doucher ». (n.135 – 45ans)

Mais cette sur utilisation des postes disponibles n’est pas seule responsable de l’état déplorable dans lequel ils se trouvent. Les comportements de certains hébergés jouent aussi leur rôle :

A la Madrague « Le matin il n’y a pas d’eau chaude et les douches sont sales... Ils vont caguer dans les douches ! ». (n.160 – 60ans)

« Les gens n’ont pas de respect et font leurs besoins dedans en utilisant les serviettes qu’on nous donne ici pour se nettoyer ». (n.31 – 58ans)

Une autre plainte souvent exprimée par les usagers concerne le manque de structures adaptées pour les personnes à mobilité réduite ou présentant d’autres handicaps. Ces personnes en viennent souvent à choisir leurs lieux de fréquentation quotidienne en fonction de l’état et de l’équipement des sanitaires :

« à l’ADN Forbin, la douche adaptée pour les personnes handicapées [il est en fauteuil roulant mais n’a pas besoin d’aide pour se laver] est fermée à clés, et il n’est pas toujours possible de joindre la personne qui les a ». Du coup, il essaye d’aller plus souvent à Béthanie ». (n.131 – 46ans)

Mais cette inadéquation des locaux est aussi dénoncée par d’autres hébergés, notamment en raison de la distance qui sépare les chambres et le local de douches ou la mauvaise isolation de ce dernier.

Cet ensemble de facteurs, qui allie architecture du lieu et comportements individuels, fait

que les douches sont souvent perçues par les usagers comme un lieu pathogène susceptible de transmettre une maladie, d'aggraver un symptôme déjà présent ou tout du moins d'entraver la guérison, notamment pour les affections des voies respiratoires ou de la peau.

Plusieurs personnes disent avoir attrapé des mycoses aux pieds dans les douches. Pour cela, cet homme ne prend plus de douche à Forbin et déclare aller seulement à l'ADJ Marceau (n.117 – 63ans)

Cette hiver, il a eu seulement un petit rhume « J'ai pris un coup de froid parce qu'il n'y a pas assez d'eau chaude pour tout le monde aux douches de la Roseraie » (n.56 – 20ans)

Il tousse et a le nez qui coule parce que « deux fois, je ne me suis pas séché en sortant de la douche. J'étais très fatigué et j'avais oublié de récupérer ma serviette dans mon sac-à-dos à la bagagerie de Forbin. (...) En ce moment, [je prends ma douche] un jour sur trois parce que je suis enrhumé ; sinon tous les jours » (n.34 – 41ans)

Comportements, stratégies et tactiques diverses

Prendre une douche ne se résume pas seulement au fait de se laver, c'est aussi un moment de plaisir et de soin de soi socialement construit et dont le rituel s'est instauré pour chacun tout au long de la vie.

« Il ne s'agit pas seulement d'une question de propreté, mais aussi psychologique, j'aime commencer la journée avec une douche » Il continue de se doucher tous les jours. (n.29 – 49ans)

Ainsi, les changements en la matière sont loin d'être anodin et bien souvent, le nouveau cadre d'existence dans les structures d'accueil bas seuil rend la poursuite de ces habitudes compliquée, sinon impossible.

Si certains s'efforcent de maintenir leurs conduites et de pallier les contraintes par différentes tactiques, d'autres finissent par se « laisser aller », souvent de façon concomitante à la montée du désespoir. Il en résulte une très grande variété des comportements sur cette question.

Les « variables d'ajustement » sur lesquelles les personnes agissent en la matière sont le choix du lieu où elles se lavent ainsi la fréquence des douches et les moments auxquels elles sont prises.

Les différents facteurs qui guident ces choix et que nous avons pu identifier sont alors les suivants :

Le taux de fréquentation du lieu et ses fluctuations :

« Je prends ma douche le soir parce que le matin il y a trop de monde [...] Quand j'étais chez moi, je prenais ma douche le matin » (n.48 – 37ans)

Les types de personne qui fréquentent le lieu et leur comportement :

Il préfère prendre sa douche à la Boutique Solidarité parce que à Forbin les gens volent les shampoings (n.32 – 50ans)

Elle dit prendre sa douche tous les deux jours à l'ADJ Consolat, même quand elle dort à ST.Louis : « [A ST:Louis] c'est dégueulasse ! Les filles rentrent quand vous êtes sous la douche, laissent la porte ouverte, ne tirent pas la chasse ». (n.162 – 41ans)

Il préfère prendre sa douche à la Boutique plutôt qu'au sleep-in, car c'est plus propre : « on ne veut pas qu'on parle mal d'ici... mais les toxicos les plus morts font caca et pipi par terre... ». (n.127 – 62ans)

L'activité de la personne et son emploi du temps

Il prend la douche « Tous les jours, si j'ai travaillé, sinon une fois tous les deux jours » (n.36 – 21ans)

« Normalement, à Forbin... Mais, si j'ai le temps [il est en formation tous les matins de la semaine], je préfère la prendre à Béthanie parce que c'est plus propre » (n.58 – 22ans)

A l'ADJ il y a trop d'attente pour prendre la douche, cela lui fait perdre la matinée alors qu'il voudrait avoir le maximum de temps possible pour chercher du travail (n.146 – 31ans)

L'état général du lieu et sa salubrité

« Je voudrais prendre la douche tous les jours, mais les douches sont trop sales, vraiment dégueulasses, donc je prends une fois tous les deux jours » (n.31 – 58ans)

Il prend la douche à la Madrague tous les soirs, car c'est le moment où elles sont plus propres (il est toujours propre). (n.155 – 43ans)

L'adaptation du lieu aux caractéristiques particulières de la personne, notamment pour les questions de mobilité réduite et de handicap.

La personne a d'importants problèmes de vue qui le gênent pour s'orienter dans l'espace de telle sorte qu'il se cogne souvent contre des obstacles. « je prends toujours ma douche à la Boutique Solidarité [...] on me donne toujours celle pour les femmes : pour moi c'est parfait parce qu'il y a un petit lavabo, dans la pièce de la douche mais protégé de l'eau, où il est possible d'appuyer des affaires » (n.27 – 44ans).

Une couple de bulgares, qui ne parle pas français, demande à entrer ensemble dans la douche, car lui est handicapé sur un fauteuil roulant et sans usage total des bras et des mains. C'est normalement interdit, mais comme le seul professionnel du lieu préposé à cette tâche est une femme, une exception est faite. (ndt)

Il se lave à l'ADJ Marceau car il y a une douche médicalisée : il s'agit d'une douche plus grande et confortable, qui lui permet aussi de changer sa couche. (n.126 – 78ans)

Elle prend sa douche à l'ADJ Marceau deux ou trois fois par semaine, parce qu'il y a une douche médicalisée, qui est plus grande, et quelqu'un peut entrer avec elle pour l'aider à se laver. (n.114 – 55ans)

Sans oublier certains éléments pratiques qui peuvent être communs à tous

Il préfère prendre sa douche à l'UHU qu'à l'ADJ, car cela lui évite de porter sa valise toute la journée. (n.133 – 59ans)

ou propres à certains notamment lorsqu'ils sont victimes d'addictions.

Il prend sa douche seulement « quand je ne suis pas trop défoncé ». (n.111 – 48ans)

Ces différents exemples illustrent comment la connaissance des lieux d'accueil, des possibilités qu'ils offrent et des contraintes que cela présente d'y recourir, s'agencent avec les attentes particulières de chaque personne pour construire ses conduites. La plupart des personnes développent alors leurs propres tactiques et habitudes pour satisfaire du mieux possible leur besoin d'hygiène en fonction de l'offre dont ils disposent.

Certaines personnes mettent alors en œuvre des actions plus complexes et réfléchies, de véritables stratégies, qui, si elles permettent de répondre à leurs besoins personnels, finissent par aggraver le problème pour la collectivité :

« Les douches ne sont pas mal [à Forbin]. Le problème c'est que les gens volent les robinets, donc l'eau est froide » (n.47 – 20ans)

« A Forbin, dans toutes les douches il manque des morceaux parce que les gens les volent » (n.46 – 33ans)

« Ici à Forbin les douches sont dans des conditions hygiéniques terribles mais j'ai une technique pour faire en sorte que moi seul et ceux pour qui je le décide utilisent « ma » douche... [...] J'ai démonté un morceau de la douche que je cache quelque part : sans ce morceau, la douche ne marche pas donc personne ne peut la rendre sale et dégueulasse. C'est moi qui décide qui utilise cette douche... Si je ne veux pas, je ne donne pas le morceau et la personne se lave dans une autre douche... Comme ça, la mienne reste propre... Je me prends pas la tête moi » (n.39 – 58ans)

Manger

La question de la nourriture est considérée comme un problème fondamental et représente l'un de domaine où les critiques des personnes envers les structures sont les plus fortes. En général, les remarques visent autant la qualité que la quantité de la nourriture.

Il mange à Forbin le soir « Ici, on mange mal et peu. La bouffe n'est pas bonne... pas du tout... d'ailleurs, par exemple, si après le dîner il reste du pain et que tu en demandes, ils ne t'en donnent pas. C'est parce qu'ils redonnent le même pain le lendemain matin au petit déjeuner » (n.45 – 50ans)

« Le soir, je mange à Forbin mais c'est dégueulasse. Depuis que je mange ici, j'ai la diarrhée... A midi, je mange chez les bonnes sœurs où la bouffe, souvent du riz avec des légumes ou des pâtes, est un petit peu mieux » (n.33 – 40ans)

« Je mange à Forbin... mais ici la bouffe est vraiment dégueulasse. Je n'arrive pas à manger, à tel point que j'ai déjà perdu 4 Kg depuis mon arrivée... je ne vais pas chercher ailleurs, par exemple chez les bonnes sœurs, parce que c'est inutile, la bouffe est encore pire qu'ici » (n.30 – 47ans)

Mais les critiques ne se limitent pas à la nourriture en elle-même. La façon dont elle est distribuée ou l'organisation des structures sont aussi pointés par les usagers. Ainsi les horaires des services peuvent être présentés comme problématiques.

Il ne va pas manger chez les sœurs car c'est trop tôt le matin et après il aurait encore faim. Du coup il achète des sandwiches, quand il a assez d'argent. (n.156 – 30ans)

ou les conditions d'accueil et de service en général :

« Je ne vais pas chez les sœurs. C'est gentil, mais on est comme des bêtes ! Tout est mélangé dans les assiettes » (n.166 – 53ans)

Enfin, à l'instar de ce que l'on a vu dans les sections précédentes le taux de fréquentation des lieux comme les caractéristiques d'ensemble de la population qui s'y rend sont des critères qui peuvent amener certaines personnes à ne pas utiliser le service.

« Je ne veux pas aller chez les bonnes sœurs parce que là-bas, je rencontrerais les mêmes personnes que je vois tous les jours ici à la Madrague, et ça me saoule » (n.4 – 52ans)

Il ne mange que le matin et le soir, à l'UHU. Il lui arrive de manger au Noga à midi, mais il y va très rarement, car à son avis il y a trop de monde. (n.128 – 64ans)

La majorité des plaintes à propos de la nourriture se font à l'encontre des structures ou l'affluence est la plus importante.

A ce stade, il est important de rappeler que les données d'enquêtes mobilisées ici sont de type déclaratif. Il s'agit donc essentiellement de la parole des personnes rencontrées et donc de la façon dont elles vivent, perçoivent et utilisent les services d'accueil bas seuil. De fait sur l'ensemble des discours recueillis, si certains arguments semblent fondés et sont même vérifiables, d'autres affirmations, pour diverses raisons, semblent moins crédibles.

Comme c'est généralement le cas il existe un écart entre le discours des personnes et leurs pratiques réelles. Ainsi, mis en regard des observations c'est parfois le comportement de la personne elle-même qui vient à l'encontre de son discours.

Elle se plaint du fait qu'aucune structure ne propose de « régime adapté pour les personnes qui ont des problèmes ». Elle est diabétique et souffre d'une cardiopathie. Elle dit « essayer de limiter les dégâts » en achetant de la nourriture au supermarché de temps en temps. Lorsque nous passons un après-midi ensemble dans une structure, nous remarquons qu'elle boit beaucoup de cafés très sucrés, mange plusieurs bonbons et dit ne pas prêter attention à son régime : « Je pourrais manger 12 pots de yaourt... ou un camembert entier ! [...] Au pire, je prends un peu plus d'insuline » Elle a un petit appareil pour mesurer la glycémie et se fait elle-même les piqûres quotidiennes d'insuline. (n.110 – 49ans)

Pour d'autres, ce sont des informations fournies ultérieurement qui viendront pondérer une plainte ou une déclaration initiale.

« Chez les sœurs, non... J'y suis allé et j'ai eu mal à l'estomac, c'est pas bon ». Mais plus tard, il nous dit avoir des problèmes d'estomac liés à l'alcool, qu'il a commencé à consommer régulièrement depuis un mois. (n.170 – 26ans)

D'autres déclarations, qu'il ne nous appartient pas de vérifier dans le cadre de ce travail, accusent les structures d'agir en dehors de toute légalité.

Un vieux vivant à la rue raconte qu'il y a quelques mois, il a eu des troubles gastro-intestinaux, notamment diarrhée et vomissement, causés par « la nourriture des structures, qui n'est pas toujours fraîche ». (n.145 – 62ans)

À l'accueil de nuit, il ne mange que les aliments conditionnés car dans toutes les cantines pour les pauvres, comme dans les prisons, « on met du brome dans la nourriture ». On fait ça pour les « assommer », et pour baisser le désir sexuel et diminuer le risque de violences. (n.134 – 25ans)

Plusieurs personnes ont fait part de cette histoire de « brome » dans la nourriture. Parmi celles-ci, certaines ayant fait l'expérience de la violence et de la brutalité considèrent cette pratique comme justifiée et compréhensible.

Enfin, pour la nourriture comme pour l'hygiène, une part importante de l'évaluation de l'offre de service est éminemment subjective. Il arrive alors de recueillir des avis

contradictoire à propos d'un même service.

Deux femmes, à propos de la nourriture proposée dans une même structure : la première, qui a passée plusieurs années à la rue et a de nombreux problèmes de santé, la trouve de très mauvaise qualité. À l'inverse, la seconde, une femme élégante et bien soignée, arrivée depuis quelques jours, se déclare satisfaite. (ndt)

Mais au fond, raisons « objectives » ou opinions infondées, peu importe. Dans les deux cas, les arguments avancés ont des effets concrets sur les conduites des personnes, la répartition de leurs ressources économiques, l'organisation de l'emploi du temps et, leur état de santé.

Par exemple, en dépit de la présence d'associations qui proposent des repas pour les personnes sans-abris, certains choisissent de manger régulièrement dans des snacks, même si cette alimentation est loin d'être équilibrée. D'autres préfèrent ne manger qu'une fois par jour, plutôt que de s'y rendre.

Il mange à la Madrague le soir et le matin « À midi, je ne mange pas. Je pourrais aller chez les bonnes sœurs [...], vu que la bouffe est très bonne, même si l'attente est très longue, mais je ne veux pas y aller... Je n'aime pas qu'elles fassent faire la prière avant de manger ; surtout parce que le ¾ des personnes assises pour manger sont musulmanes ». (n.27 – 44ans)

Le soir, il mange au Sleep'In mais à midi « je ne mange pas. D'un côté, j'ai trop de pensées, de l'autre, je préfère ne pas manger qu'aller à Noga, chez les bonnes sœurs ou, pire, faire la manche... Alors, j'attends le soir » (n.41 – 41ans)

Pour comprendre le ressenti des acteurs et la manière dont ils bricolent leurs conduites, il faut tenir compte de la distinction entre l'action de se nourrir et celle de manger. La première se réfère à la réponse à la simple contrainte biologique de survie alors que la seconde est la réponse culturellement construite au besoin, influencé donc par d'autres facteurs.

En effet, une fois que la survie est assurée, d'autres priorités entrent en jeu et façonnent les comportements des personnes comme la notion de « plaisir », non seulement au niveau gustatif mais aussi par rapport à l'environnement dans lequel on mange.

C'est à partir de cette dichotomie que le refus de certains acteurs de recourir aux services mis à disposition des personnes sans-abri devient compréhensible. Par exemple, certaines personnes renoncent au repas de midi offert par les structures parce qu'ils n'ont aucun endroit où aller s'endormir lorsqu'ils ne tiennent plus debout.

Plus généralement, comme pour les autres besoins quotidiens, les personnes mettent en place des stratégies qui leur permettent de conjuguer les caractéristiques de l'offre et leurs propres priorités. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte.

Le premier est la possibilité et/ou la volonté de consacrer une partie des ressources financières, souvent limitées, à ce but. Dans certains cas, des actions peuvent être entreprises pour se procurer l'argent nécessaire :

« Je fais la manche surtout pour m'acheter de la nourriture. La nourriture achetée au supermarché est bien mieux que celle dans les structures » (n.28 – 29ans)

« Je m'achète à manger en ville... Je suis un SDF mais sans difficultés financières. Je fais la manche à Aix, là-bas ils ont de l'argent [...] J'arrive rarement à prendre le petit déj [au foyer] parce que, généralement, je me réveille trop tard » (n.26 – 33ans)

Il est en formation rémunérée de conducteur d'engins de chantier : « J'ai découvert cette formation grâce à un autre mec de Forbin qui l'a faite mais qui ne l'a pas terminée [...] Depuis que je suis en formation, j'ai de l'argent, donc je mange au snack... Avant, je ne mangeais rien » (n.58 – 22ans)

La nécessité d'effectuer des déplacements pour rejoindre une structure peut aussi avoir une grande influence dans le choix d'y recourir ou pas.

Il a un petit fourneau à gaz où il peut cuisiner la nourriture qu'il achète au supermarché ou que lui donne les maraudes du secours catholique. Maintenant il pense essayer le repas du soir à Marceau, parce qu'on lui a dit que le SAMU social pourra le ramener à son lieu de vie dans la rue, à plusieurs kilomètres de l'adj. Normalement, il ne va pas à Marceau, il y a trop de monde et trop de bruit. (n.164 – 32ans)

Parfois le midi elle mange à Noga « Si j'ai la force d'y aller, sinon rien » (n.122 – 40ans)

Pour certains, les stratégies développées semblent avoir un réel fondement somatique...

« Depuis que je suis au Sleep'in, je mange ici. Avant j'allais manger chez les bonnes sœurs à côté de MDM. Je ne vais jamais au Resto du Cœur parce qu'ils donnent de la bouffe en boîte qui est pleine de vinaigre et d'épices. Moi, je ne peux pas la manger parce que mon estomac est fragile » (n.5 – 35ans)

...ou être « sélectives », selon les préférences personnelles ou d'autres facteurs :

A midi, il mange à Forbin « Mais seulement si j'aime ce qu'il y a, sinon je demande du pain et du fromage. [Le soir] je ne mange pas parce que c'est encore plus dégueulasse qu'à midi... Sinon je redemande du pain et du fromage » (n.44 – 51ans)

Il mange toujours au snack ou dans des restaurants arabes, à Forbin il ne mange que des fruits (n.47 – 20ans)

Néanmoins, certaines stratégies peuvent être mises en échec par des facteurs extérieurs à la volonté de la personne :

Avant d'être expulsé, quand il avait sa tente, dans un coin du septième arrondissement, il pouvait aussi faire chauffer de l'eau sur le gaz ce qui lui permettait de manger un peu mieux. Maintenant il ne mange « que des sandwiches, des saloperies [...] En plus, les points d'eau de ce quartier sont tous devenus non potables, tout d'un coup ! » (n.156 – 30ans)

Ici, la personne était parvenue à un équilibre particulièrement efficace lui permettant de ménager sa santé comme son autonomie économique et ses choix personnels. Pour une raison ou pour une autre, les décisions prises pour gérer la ville dans son ensemble peuvent accroître les problèmes déjà nombreux auxquels doivent faire face les personnes sans-abri mais aussi les associations et l'état lui-même.

Dormir

Causes et conséquence d'un mauvais sommeil

Comme on le verra dans la prochaine section de ce rapport, plusieurs personnes déclarent souffrir de véritables troubles du sommeil, et plus nombreux encore sont ceux qui affirment dormir mal et seulement quelques heures par nuit.

Au Sleep'In « Tu sors à 8h sans avoir eu la possibilité de te reposer vraiment, donc tu es mal. Il y a le froid, la fatigue et tout le reste... C'est un véritable combat avec la vie » (n.41 – 41ans)

Il se plaint de stress, de fatigue et de nervosité « parce qu'ici, à Forbin, tu dors très mal ! Les gens allument les lumières, font du bruit et d'autres choses à toute heure de la nuit » (n.54 – 27ans)

Cette situation est d'autant plus grave pour les personnes souffrant de troubles neurologiques ou psychiques. Ces difficultés socio-affectives ne peuvent que s'aggraver dans des situations de stress intense ou prolongé.

Un homme souffrant de crises d'épilepsie qui se déclenchent notamment dans des situations de stress. Il pense que sa dernière crise est liée au manque de sommeil parce que « ce n'est pas tranquille de dormir ici [Forbin] » (n.129 – 25ans)

Ces mauvaises conditions de sommeil sont aussi particulièrement préjudiciables aux personnes qui travaillent puisqu'elles ne peuvent pas récupérer leurs forces comme elles le devraient. Sans compter que le seul fait d'être en foyer peut être stigmatisant et préjudiciable à la possibilité de trouver un travail. En effet, certains employeurs n'acceptent pas les personnes hébergées en foyer parce qu'ils sont conscients de la mauvaise qualité de leur sommeil.

Il a été auxiliaire ambulancier pendant deux ans. Hier, il est allé amener son CV pour reprendre ce travail. On lui a répondu que ce n'était pas possible tant qu'il était à l'ADN. Toutefois il y a des possibilités pour qu'il soit repris s'il trouve un endroit où il peut bien dormir la nuit. Du coup, il a fait une demande pour une place en CHRS. ça fait maintenant deux ans qu'il est sans emploi et il touche le RSA depuis deux mois (n.156 – 30ans)

Par ailleurs, cette difficulté à se reposer correctement la nuit entre en relation directe avec l'absence de lieu où se poser au cours de la journée où, éventuellement, des heures de sommeil pourraient être récupérées.

A l'ADJ Crimée, nous voyons arriver un jeune maghrébin très fatigué. Il se « pose » sur un banc dans la salle d'accueil et s'endort. L'un des opérateurs nous explique que ce jeune dort dans la rue parce qu'il ne veut pas aller dans les foyers d'urgence. Il est toujours fatigué et n'arrive à rien faire. A Crimée les opérateurs le laissent dormir un peu mais ce n'est pas suffisant. (ndt)

Dormir est un besoin vital. Le manque de sommeil rend les personnes très vulnérables et demande par conséquent de trouver des conditions adaptées. En l'absence de celles-ci, au lieu d'être un moment de repos, dormir est une source de stress supplémentaire pour les personnes qui sont obligées de mettre en œuvre des stratégies de sauvegarde d'elle-même ou de leurs biens pendant leur sommeil.

« Les autres fois que je suis venu à Marseille, je suis resté un peu en hôtel et un peu en squat... Cette fois, avant d'arriver à la Roseaie, j'étais en prison et puis j'ai fait quatre jours à Forbin. Là-bas c'est pourri... On m'a tout volé ». (n.57 – 22ans)

La fréquence des vols fait que les personnes développent rapidement des tactiques comme cacher les biens qu'ils ne veulent pas laisser à la bagagerie (téléphones, argent, chaussures,...) notamment en dessous du matelas ou du coussin, ce qui n'est pas toujours suffisant.

Les conditions d'accès aux hébergements d'urgence

Si la plupart des gens rencontrés dans cette enquête dorment dans une structure, au moins en hiver, leur arrivée dans les dispositifs d'urgence intervient généralement lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées. Le recours aux structures d'urgence se présente comme la seule alternative à la rue. Il s'agit alors de choisir « la moins pire ».

En effet, à propos des structures d'accueil de nuit, les témoignages montrent que les problématiques rencontrées sont à peu près toujours les mêmes.

La première difficulté est de s'assurer une place et si possible une bonne place. Pour cela il faut se présenter dans les centres dès leur ouverture ce qui est une contrainte non négligeable dans l'organisation de la journée, notamment lorsque les centres ouvrent leurs portes tôt dans l'après-midi.

« Mon vrai problème c'est ce foyer qui est toujours dans ma tête. Je voudrais visiter Marseille et aussi d'autres villes de France mais je ne peux pas... Même si j'ai la carte transport gratuit. Je dois me présenter tous les jours à 12h/13h au foyer pour prendre la place, sinon je risque de me retrouver à dormir dehors... Et je ne veux pas. Bref, même si je voudrais visiter d'autres villes, genre Toulon et Nice, je ne l'ai jamais fait par peur d'arriver en retard au foyer : donc, je passe mes journées aux alentours de Foyer et quand je peux rentrer, je rentre... Sauf si j'ai RDV avec l'assistant social à rue Consolât » (n.39 – 58ans)

« Quand j'ai débarqué à Marseille, je ne savais pas où aller dormir, mais ça ne m'inquiétait pas trop parce que c'était l'été. Je cherchais plutôt un travail. Le premier jour, je n'ai pas trouvé de travail, mais un mec m'a parlé de Forbin et je suis allé dormir là-bas. Je n'y suis resté que trois jour et après je suis venu ici à la Madrague. J'ai dû partir à cause des horaires... L'horaire d'entrée est trop tôt. Si tu travailles ou que tu cherches du boulot, tu ne peux pas dormir à Forbin parce qu'il faut être à l'entrée à 14h pour prendre une place » (n.36 – 21ans)

Les plaintes concernant l'accessibilité des lieux ne se limitent pas aux horaires, mais portent aussi sur d'autres aspects qui sont considérés comme ayant des conséquences sur la santé des hébergés.

Il a eu des douleurs au dos une semaine après être arrivé à l'ADN. À son avis, ceci a été causé par la longue file d'attente qu'il y a toujours à l'entrée, où tout le monde doit rester debout, blottis les uns contre les autres. (n.149 – 53ans)

D'autres portent sur leur accessibilité géographique et le fait qu'ils soient mal desservis par les transports en commun depuis le centre ville. Ce qui pose des problèmes particuliers pour les personnes en situation irrégulière, comme nous le verrons par la suite.

D'autres encore expriment des difficultés de compréhension des procédés d'attribution des places qui diffèrent d'un centre à un autre.

Un mec se plaint du fait que les règles pour rentrer dans l'ADN changent continuellement mais que ces changements ne visent qu'à réduire la queue pour rentrer en raison des problèmes de voisinage que connaît la structure. Il dit que, personnellement, il n'aime pas de tout faire la queue pour entrer alors il ne dort à Forbin que s'il fait vraiment froid ou s'il a besoin de se reposer un peu parce qu'il est trop fatigué. Sinon, il préfère dormir dehors, à la rue (ndt).

Les conditions d'accueil en hébergement d'urgence

Au-delà des règles régissant les conditions d'accès aux centres d'accueil d'urgence, la part la plus importante des discours recueillis porte sur les conditions d'accueil à l'intérieur de ces centres.

« A Forbin c'est encore pire ! Une fois rentré, on ne peut plus sortir, et on est 10 dans la chambre ! ». (n.164 – 32ans)

Dans la plupart des structures, les personnes dorment généralement dans de grandes chambres qui se caractérisent par une proximité physique et un anonymat social. En effet, même si les opérateurs essaient de ne pas diviser les groupes de pairs, ceci n'est pas toujours possible. Ainsi, chacun se voit contraint de dormir avec des personnes inconnues et qui n'ont pas les mêmes habitudes et exigences (propreté, heure de coucher, perception de la température, ...) et vis-à-vis desquelles ils peuvent nourrir une grande méfiance (qui se justifie par des épisodes passés de violences, des troubles psychiatriques, la possession d'armes blanches...).

Un hébergé de Roseraie me dit « J'ai demandé aux éduc de changer de chambre parce que, sinon, je vais devenir fou. L'un de mes coloc n'est pas normal, il veut absolument garder la fenêtre ouverte toute la nuit... même si dehors il pleut ou s'il fait froid, il ne veut pas la fermer... L'éduc m'a dit que je vais bientôt changer de pièce » [La semaine d'après, il sera assigné dans une autre chambre] (ndt)

Un homme de 21 ans, originaire du Congo, ayant citoyenneté italienne et qui vient d'arriver à Marseille, se plaint du fait qu'il n'est pas possible de bien dormir à la Madrague. Il raconte que la nuit dernière, lorsqu'il venait de fermer les yeux, il s'est aperçu que l'un de ses camarades le regardait fixement assis sur la fenêtre... Il a essayé de ne pas y penser et de dormir quand même. La personne s'est alors remise dans son lit et a commencé à respirer bruyamment. Il craignait autant qu'elle puisse avoir un malaise que ce qu'elle lui fasse du mal au cours d'une crise de folie. Il n'a pas dormi de la nuit. (ndt).

Dans un tel contexte, les personnes tentent de se regrouper dans les chambres par groupe d'affinité. Bien souvent, la composition de ces groupes recoupe des critères « ethniques ». À tort ou à raison, dans le souci d'éviter au mieux tensions et violences, les professionnels des structures tendent à favoriser cette logique d'agrégation. Si ce mode de fonctionnement peut favoriser le développement de solidarités à l'intérieur de ces groupes, des hébergés se plaignent que cette logique imprègne aussi les relations que certains professionnels entretiennent avec eux.

Cette supposée base ethnique servirait d'explication au développement de relations de favoritisme ou à l'inverse de discrimination. Quoi qu'il en soit, ce principe, tel qu'il nous est décrit, renforce les sentiments d'exclusion au sein même des structures d'urgence et renforce les sentiments racistes et leur expression par les uns et les autres.

La personne nous explique que les professionnels à la cuisine sont des arabes et que donc ils traitent mieux les autres arabes ; alors que ceux du vestiaire sont des kabyles et qu'une fois ils n'ont pas voulu lui donner de fringues. Ils lui ont dit qu'il n'y en avait pas alors que juste après lui, une autre personne, kabyle, est sortie avec des vêtements. (ndt)

« Je suis à la Madrague parce que les autres foyers me sont interdits à cause de mon comportement... mais pas que. C'est difficile d'être blanc et d'aller dans les foyers. Il y a plein d'arabes qui veulent te foutre dehors... Et ils y arrivent parce que la sécurité dans ces structures est formée par des arabes et ils s'entraident entre eux... Ils n'aiment pas les blancs » (n.28 – 29ans)

Cette rancœur envers certains professionnels est d'autant plus vive à l'encontre des vigiles. De nombreux hébergés affirment qu'ils profitent de leur position pour faire du trafic et attribuer les meilleurs places à ceux qu'ils connaissent ou en échanges de quelque chose. Là non plus, il ne nous appartient pas de vérifier la véracité de ces déclarations mais les témoignages allant dans ce sens sont suffisamment nombreux pour que nous devions en faire part.

Les discours recueillis sur les conditions d'accueil dans les centres d'hébergements d'urgence dénoncent aussi les conditions d'hygiène dans lesquels les hébergés sont accueillis. Nous avons vu dans les sections précédentes ce qu'il en était des blocs sanitaires (douches et toilettes) et nous reviendrons dans la section suivante sur la question de la transmission d'agents pathogène – réelle et/ou supposée - à l'intérieur des centres. Mais l'hygiène peut aussi poser problème au niveau de la literie.

Une fois, à la madrague, il s'est réveillé « avec un goût de caca dans la bouche... C'était le matelas ! ». (n.152 – 42ans)

Les règlements intérieurs, qu'il est aussi nécessaire de respecter pour accéder à ces structures, sont parfois perçus comme trop contraignants. Les règles qui régissent l'ordre à l'intérieur de l'institution encadrent la vie des personnes de telle sorte qu'elles finissent par se sentir « en prison », « à l'armée » ou « dans une maison de retraite », traitées « comme du bétail »...

Ces comparaisons, qui rapprochent les centres d'hébergement des « institutions totales » (Goffman, 1996), sont rapportées par plusieurs personnes qui voient – ou tout au moins ressentent - leurs vies comme étant totalement dirigées par des tiers, de l'heure du réveil, à celle d'aller dormir... Comme il est dit par l'un des personnes rencontrées : « Ce n'est pas une vie celle-ci » (n.129 – 25ans).

Parmi ces règles, l'interdiction de consommer de l'alcool à l'intérieur des centres représente une contrainte dont les conséquences vont bien au-delà de ce sentiment de mener une vie régie par d'autres. Elle représente un véritable obstacle, souvent insurmontable pour certaines personnes alcoolo-dépendantes.

Alcoolique, elle dit qu'elle se réveille en crise de manque, parfois à 4h du matin. Elle est obligée de cacher une bière sur elle quand elle rentre à l'UHU. Elle n'y restera pas longtemps, justifiant son retour à la rue à la fois par les contraintes imposées par la structure et par les conditions hygiéniques et relationnelles qu'elle y a rencontrées. (n.162 – 41ans)

Stratégie alternative : ne pas se rendre dans les structures

Les griefs que nous venons de dresser (contraintes horaires, peur des vols et de la violence, promiscuité, anonymat social, ressentis racistes, consommation interdite, manque d'hygiène, etc...) représentent autant de contraintes et de barrières que rencontrent les

usagers pour accéder aux services proposés par les centres d'hébergement d'urgence.

Pour certains usagers, ces contraintes sont suffisamment importantes pour remettre en cause la fonction même de ces centres d'hébergement en rendant caduque les services dont ils sont censés bénéficier en s'y rendant. L'hébergement prévoit de fournir un repas chaud et un lit pour dormir. Mais comme nous l'avons vu, nombre de personnes préfèrent manger ailleurs et trouver le sommeil dans les conditions offertes semble loin d'être une évidence.

De fait, de nombreuses personnes développent d'autres « combines » pour dormir et, tant que les conditions climatiques le permettent, préfèrent la rue à l'hébergement d'urgence. Les différentes tactiques qui sont mobilisées dépendent, une fois de plus, des attentes de chacun et des compétences et ressources (économiques et sociales) sur lesquelles il peut s'appuyer. Mais quelle que soit la solution adoptée par la personne, elle n'est jamais exempte de difficultés.

Un homme sur la quarantaine, à la rue depuis quelques mois et qui n'a jamais voulu dormir en UHU, dit que maintenant qu'il est à la rue il dort très peu, trois ou quatre heures par nuit, mais désormais « mon cœur s'est habitué ». (ndt)

Chaque personne construit petit à petit sa propre stratégie pour gérer au mieux la situation et, dans la mesure du possible, minimiser les difficultés. Ces stratégies évoluent constamment au fil des situations et de l'évolution des connaissances pratiques de chacun sur la vie dans la rue ou les offres de services disponibles. Les premiers temps dans la rue sont alors particulièrement difficiles.

« Au début je dormais à la gare St Charles... Les opérateurs de SOS voyageurs m'ont conseillé de venir à Forbin » (n.52 – 35ans)

Les solutions qu'une personne met en place dépendent en grande partie des ressources qu'il lui est possible de mobiliser sur le moment (argent, réseau de connaissance, structure d'assistance, etc...). Nombre de personnes utilisent leur RSA, leur AAH ou, dans les cas des migrants, les derniers sous qui leur restent pour trouver des solutions alternatives à la rue et au foyer d'urgence.

Il est arrivé à Marseille pour la première fois, il y a 18 ans, "pour faire fortune". Il se définit à cette époque comme "un vrai voyou déjà dans la came". Il a dormi au Sleep'In jusqu'en 2000 où il participe à une bagarre dans laquelle une personne est décédée. Depuis à cet épisode, il ne peut plus dormir là-bas, mais continue de s'y rendre pour parler avec une ou deux personnes de l'équipe et récupérer du matériel d'injection. Il dit avoir « beaucoup » d'amis à Marseille, mais il ne dort jamais chez eux. « Je ne dors ici [à la Madrague] que quatre ou cinq jours par mois, quand je n'ai plus d'argent et que je dois attendre de toucher l'AAH sur mon compte. Dès que je l'ai, je vais à l'hôtel. C'est dégueulasse ici et moi, je suis quelqu'un de propre. Ma mère m'a éduqué » (n.40 – 43ans)

En plus de ressources économiques régulières, la possession d'un véhicule est un facteur déterminant dans l'orientation des conduites.

Il a une pension d'invalidité de 900 euro/mois, mais il ne veut pas dire pourquoi. Au mois de juin, il dit s'être fait hospitaliser à Aix avec un prétexte, pour avoir un abri où se reposer. « J'ai passé trois nuits à Forbin... stop, c'est trop ! Et les gardiens, là-bas, ils font la pluie et le beau temps. Parfois ils se font payer pour faire dormir les gens. Ils ne sont pas les surveillants de la maison mère ! ». Il dort dans sa voiture à La Rose parce que

c'est le quartier qu'il connaît le mieux, il y a grandi. En voiture depuis 3 ans, il dort de 21h00 à 01h00, « Après je me promène... c'est gênant de dormir dans la voiture, parce qu'on ne peut pas allonger les jambes ». (n.166 – 53ans)

« J'ai mon camion à Aix... L'année dernière, par hasard, mon ancien camion m'a planté à Aix et je suis resté là. J'ai fait un passage en prison et quand j'en suis sorti, ils avaient détruit mon camion. Donc j'ai dû en acheter un autre... Maintenant je l'ai, mais il faut l'aménager. Quand j'aurai terminé, je veux reprendre la route tout de suite. Comme ça je me sentirai mieux dans ma tête » (n.26 – 33ans)

Une autre ressource importante est la présence de pairs ayant une maison, et surtout disposés à héberger le sujet.

« Je dors à la Madrague depuis mon arrivée à Marseille, mais je n'aime pas dormir ici parce que c'est trop sale et les gens font trop de bruit et de délire... En tout cas, la semaine prochaine je me barre d'ici. Un pote rentrera en Algérie, donc je vais prendre sa place dans le squat... Je veux vraiment partir d'ici. À la Madrague, les gens n'ont pas de respect » (n. 31 – 58ans).
Remarque : Il n'ira jamais dans le squat. Un mois et demi après l'entretien, il quittera la France pour chercher du travail en Allemagne.

Trouver une place relativement stable dans un logement, comme l'envisageait la dernière personne citée, est assez rare. La plupart du temps, lorsque les personnes mobilisent leur réseau de connaissances c'est soit de façon ponctuelle et pour des périodes très limitées dans le temps - afin de « souffler un peu » - soit pour une période continue mais brève, surtout lors de l'arrivée dans la rue. Cette dernière solution semble davantage pratiquée lorsque accueillant et accueilli sont relativement jeunes.

Parfois, "il dort chez des potes" (sur Aix-en-Provence) mais c'est "à l'occasion" s'il fait soirée chez quelqu'un et qu'il n'a pas envie de rentrer au camion qu'il appelle « chez lui ». (n.26 – 33ans)

(jeune) « ... Parfois, je dors chez des connaissances jusqu'à 3 ou 4 fois par semaine » (n.57 – 22ans)

Il dort chez des pairs « occasionnellement. Quand, à la fin d'une soirée avec les collègues je suis trop arrosé d'alcool ou de shit. [...] Rentrer torché au foyer c'est une raison de se faire renvoyer par les éducés... Et, d'ailleurs, mes collègues de chambre aussi n'aiment pas que je boive, ils ne veulent pas » (n.55 - 20ans)

« Avant, j'y allais souvent [dormir chez des pairs] et je pourrais continuer [...], mais je ne veux pas, pour pas déranger mes potes. Ils vivent tous dans des studios avec leurs copines » (n.28 - 29ans)

Ainsi, les choix se font à partir d'un ordre de priorité qui est propre à chacun, à partir de l'évaluation que chacun fait de la solution qui représente le moindre mal dans la situation telle qu'elle se présente.

Pour ne pas dormir à l'UHU, il a dormi à la gare en attendant une place en CHRS. (n.101 – 25ans)

Entrent alors en ligne de compte l'expérience passée de la personne et d'autres aspects plus généraux de sa biographie, comme les problèmes de santé, de pathologie chronique et de traitement au long cours.

« Les chiens sont ma famille, je ne les abandonnerai jamais. Je ne suis pas en foyer parce qu'ils ne pourraient pas rester avec moi. Il n'y a qu'à la Madrague que les chiens sont acceptés mais là-bas c'est dégueulasse et, d'ailleurs, j'ai peur que quelqu'un puisse les voler... En tout cas, j'ai déjà été expulsé de là-bas... Voilà pourquoi je suis en squat, même si j'ai ma trithérapie à prendre tous les jours » (ndt)

Il a des amis à Marseille et dort parfois chez eux mais « pas souvent parce que j'ai un traitement à prendre et ça me stresse de le prendre devant eux... Donc, parfois, ils m'invitent mais je n'y vais pas » (n.41 – 41ans)

« Je suis retourné dormir à la Madrague hier. Avant ça je suis resté en hôtel 15 jours [...] Je suis revenu à la Madrague parce que j'avais fait une bêtise [à l'hôtel]... Avant, du 1^{er} au 15 novembre, j'étais à la Madrague... Encore avant, je suis resté en coloc avec des connaissances... [...] Entre juillet et septembre 2013, j'étais en clinique pour soigner mon alcoolisme » (n.50 – 57ans)

Enfin, l'évaluation des situations nécessite de prendre en compte les conditions météorologiques et donc plus généralement la saison.

« Ça fait seulement 2 ou 3 semaines que je dors ici à la Madrague. J'y retourne tous les hivers parce que dehors il fait trop froid pour y rester. Mais l'été, je préfère rester dormir à la rue. Ce n'est pas évident de vivre à la Madrague, ça ne me plaît pas. Par contre, je n'ai pas trop le choix en hiver et je dois venir ici... C'est vrai que je n'ai jamais essayé d'autres foyers, mais ça ne servirait à rien. Ailleurs, c'est pire qu'ici, tout le monde le dit ici. En tout cas, je ne reste que l'hiver. Dès qu'il commence à faire chaud, je préfère dormir à la rue » (n.27 – 44ans)

Il a toujours vécu à Marseille. Il y a des amis mais pas de famille. Il va dormir chez eux une ou deux fois par semaine, surtout le week-end, sinon il dort au Sleep'In. « Avant je dormais dehors, à la rue parce que c'était l'été et ça ne me dérangeait pas de tout » (n.37 – 30ans)

Du fait du nombre de facteurs qui entrent en jeu, la stratégie de chacun ne peut jamais prévoir une solution unique et définitive. Les conduites doivent s'adapter aux circonstances et rester modulables. Soit parce que des facteurs extérieurs viennent bouleverser les conditions initiales ;

Ils étaient un petit groupe installé avec des tentes dans le septième arrondissement. En janvier, « ils ont tous été virés » parce que, à son avis, « il doit y avoir les élections et on ne veut pas de SDF dans un quartier de bourges ! ». Depuis qu'il ne peut plus dormir dans la tente en groupe, il dort tout seul dans la rue dans son sac de couchage. Il a un « sommeil très fractionné ». Il ne peut pas dormir plus d'une heure d'affilée parce qu'il a peur : « il y a de nombreuses agressions contre les SDF ». (n.165 – 50ans)

soit parce que prévoir plusieurs endroits où aller est une stratégie nécessaire pour se ménager de vrais moments de repos.

Il a des amis à Marseille et il va dormir chez eux, plus ou moins. « Une fois par semaine, même moins. C'est à l'occasion... Je n'y vais pas souvent parce qu'ils fument tous du cannabis et ça me dérange beaucoup de sentir de la fumette dans une pièce » (n.31 – 58ans)

Mais certaines personnes ne parviennent pas à développer de stratégie durable, même à court terme. La variation des lieux est alors une succession d'opportunités et les solutions retenues peuvent tout aussi bien être le résultat de véritables choix que la marque d'un

échec de la stratégie adoptée.

« À mon arrivé, j'étais à Forbin... Pour une période, j'ai même loué un appartement avec des potes, mais ça n'a pas duré longtemps et après je suis retourné à Forbin... Maintenant, je suis en squat, mais parfois je vais à Forbin ». Il me demande d'appeler le 115 à sa place pour réserver la place mais vu que la nuit d'avant il avait dormi dehors (en squat), le 115 l'a envoyé à la Madrague (n.42 – 28ans)

Ne plus quitter les foyers

Les différentes stratégies mises en œuvre par les personnes visent à ce que chacun trouve le lieu - ou une alternance de lieux - lui permettant de dormir convenablement. En ce domaine, comme pour les autres dimensions vécues, les exigences et critères d'évaluation sont aussi subjectifs.

Mais pour tous, le temps passé dans la rue et un critère déterminant dans l'intégration du recours aux structures d'assistance dans le champ des possibles. En effet, comme l'écrit Pascale Pichon « À l'hésitation, la honte, la répugnance des premières démarches, succède l'adaptation, la familiarisation, l'habitude » (Pichon, 2006 : 126)

De fait, si « les centres d'hébergement d'urgence qui ne proposent pas les qualités minimales requises et recherchées pour n'importe quel abri sont relégués au plus bas de l'échelle de l'habitat précaire » (ibid. : 139), passé un certain nombre d'années, c'est avant tout la socialisation que permettent ces lieux qui prime dans le choix des personnes.

Un ex marin de 84 ans qui vit à la Madrague depuis 10 ans. Il pourrait payer pour une maison de retraite, mais il refuse d'y aller au titre que « j'aime bien ici parce que je suis avec tous mes amis » (n.2 – 84ans).

Une femme s'est vue attribuer un appartement qu'elle attendait avec impatience depuis des mois. Pourtant, elle revient souvent dormir au Sleep'in parce qu'elle n'est pas habituée à rester toute seule chez elle et que cela la déprime [ndt].

Il dort chez des potes 2 ou 3 fois par an sinon, il dort à la Madrague depuis son arrivée (2010). Récemment, une vieille femme lui a confié la restauration de sa maison et le laisse dormir dedans pendant la durée des travaux. Il me dit qu'il n'aime pas trop y dormir parce que « Il faut me réhabituer... Désormais, j'ai l'habitude de dormir à la Madrague » (n.29 – 49ans)

Alors que vivre dans la rue et trouver comment y dormir requièrent incontestablement un certain apprentissage et le développement de nombreuses stratégies, en sortir n'en demeure pas moins un processus parfois complexe.

S'habiller

Le maintien de la propreté du linge et des vêtements, ainsi que la possibilité de s'en procurer de nouveaux, demandent évidemment plus d'efforts pour les personnes sans chez soi et disposant de moyens économiques limités.

Au-delà de la seule question de l'hygiène, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement, il est aussi question de préserver une « bonne image » de soi.

Accès aux laves-linge

Quasiment toutes les structures d'accueil, de jour comme de nuit, prévoient du matériel de laverie, mais son usage n'est pas réglementé partout de la même manière. Certaines structures le réservent aux personnes ayant une prise en charge sociale, d'autres prévoient une contribution de la part de l'usager et d'autres encore sont ouvertes à tout le monde. Ces différences d'usage devraient permettre de répartir les usagers entre les différentes structures pour au moins tenter de contenir la « sur-utilisation » de l'une ou de l'autre. Sans pouvoir dire s'il s'agit d'une stratégie collective mise en place par les différentes structures du réseau, le fait est que parmi les personnes rencontrées, rares sont celles qui connaissent différentes possibilités en la matière.

En outre, malgré les différentes possibilités qui sont offertes, il n'est pas toujours facile d'accéder concrètement à ce service. En effet, chaque structure dispose d'un nombre très limité de machines alors que la demande est très forte. L'usage des machines est à saturation et il n'est pas rare qu'elles soient hors service, du fait de leur usure ou à cause de mauvaises manipulations.

« Avant, j'allais à Béthanie pour laver mon linge à la machine... Malheureusement, un mec a fait une bêtise donc les règles ont changé : maintenant, il faut prendre RDV une semaine à l'avance, puis se présenter le matin du RDV à 8h et attendre l'ouverture à 9h... Sans compter que le week-end Béthanie est fermée... Bref, je n'ai pas le temps donc je préfère tout laver à la main à Forbin » (n.58 – 22ans)

« Pour l'instant, je lave mes vêtements ici à la Madrague et je fais ça à la main parce que j'ai encore peu des vêtements... La semaine prochaine ma femme m'enverra un colis avec d'autres fringues, alors ce ne sera plus possible [...] donc j'irai à la laverie automatique. Ici à la Madrague, la directrice a fermé la laverie parce qu'on a cassé la machine à laver, on est trop à l'utiliser » (n.35 – 47ans)

Une des difficultés pour les structures qui proposent ce service est alors de trier les demandes afin d'éviter les abus. Il leur faut par exemple identifier les personnes qui disposent de suffisamment de revenus pour se rendre dans une laverie publique mais qui, par commodité, tentent de profiter du service offert. Au regard du nombre de demandes et de la complexité des situations des personnes ces opérations de tri sont souvent problématiques et donnent lieu à des incompréhensions entre usagers et professionnels.

Un homme de 78 ans, qui se déplace avec un bâton et a des problèmes d'incontinence. L'UHU ne lui laisse plus utiliser la machine à laver car « ils disent que j'ai trop d'argent ». Nous le voyons très rarement changer de vêtements, et certains jours, il sent fort. (n.126 – 78ans)

Dans ce cas, la personne a effectivement les moyens économiques pour laver son linge ailleurs, mais il lui est, en revanche, très compliqué de se déplacer avec ses affaires pour aller dans une laverie automatique. La sélection par le seul critère économique ne se révèle donc pas toujours adéquate.

Laver à la main

Ce même argument économique s'ajoute alors aux questions d'accès physique et de planification de l'action pour conduire certaines personnes à laver leur linge à la main.

Il lave les vêtements à Forbin mais à la main parce que la machine est payante. (n.32 – 50ans)

Cette pratique, aussi courante qu'elle soit parmi les personnes qui dorment dans les hébergements d'urgence, ne nécessite pas moins la mise en place de techniques particulières. En effet, renoncer au lave-linge (ou ne pas en disposer) c'est aussi devoir faire sans sèche-linge. Détail en apparence. Mais, cela soulève alors certaines difficultés puisque laisser ses affaires suspendues sans surveillance à un fil, le temps du séchage n'est pas toujours conseillé ou même possible. Les moments les plus propices sont alors restreints aux nuits d'hiver.

« Je lave mes vêtements à la Madrague, je fais ça à la main, le soir... De manière à pouvoir les laisser sécher toute la nuit sur le chauffage de ma chambre » (n.50 – 57ans)

Jeter les vêtements et trouver des habits

Face à ces différentes contraintes, ou par méconnaissance des services existant, certains préfèrent jeter leurs vêtements à la poubelle quand ils sont trop sales plutôt que d'essayer de les laver.

« Je ne lave pas mes vêtements. Quand ils sont sales, je vais au marché aux puces pour en acheter des nouveaux de deuxième main. Ça me coûte moins cher et je n'ai pas à galérer » (n.139 – 68ans)

Certains centres d'accueil gardent en stock des vêtements en bon état. Mais il s'agit d'approvisionnements limités et il n'est pas toujours facile de trouver le vêtement recherché à la bonne taille. Pour pouvoir dépanner le plus grand nombre, des tickets donnant le droit « d'acheter » gratuitement dans des friperies peuvent être fournis. Cela permet un choix plus large pour les personnes, notamment pour les chaussures pour lesquelles il peut être très difficile de trouver de la bonne pointure.

Au final, la mise en place de ce dispositif permet à tout le monde, de « se couvrir » en cas de besoin. Cependant, pour certains, le problème est de trouver des vêtements à leur goût. Il est alors question de « s'habiller » et plus seulement d'avoir quelque chose à se mettre sur le dos.

Il n'aime pas demander ses habits à la Madrague. Il préfère les acheter pour pouvoir les choisir. D'ailleurs, il considère que, vu que son père lui envoie un petit peu d'argent tous les mois, il n'est pas vraiment indigent. Grâce à cet argent, il peut vivre un peu mieux et se faire de petits plaisirs. Il ne veut donc pas prendre ces fringues à d'autres personnes qui en ont vraiment besoin. (n.25 – 50ans)

« S'habiller »

Une partie des personnes rencontrées lors de cette enquête prête beaucoup d'attention à la façon de s'habiller. Parmi les jeunes notamment, pouvoir suivre la mode est important, même si cela demande des efforts. Certains lavent leurs vêtements presque tous les soirs pour avoir toujours les meilleurs sur eux. Pour d'autres, une part importante de leurs revenus est consacrée à cet effet. Cela vaut pour les hommes comme pour les femmes, à la différence que s'il est possible pour celles-ci de s'habiller « coquettes » à bas prix, pour les hommes « à la mode » signifie souvent « de marque ».

Un jeune maghrébin qui est né et a grandi au sein de sa famille en Italie est à Marseille de passage. Il veut aller chercher du travail en Norvège parce que « là-bas, le salaire est très haut ». Il cherche une veste très chaude et se plaint du fait que lorsqu'il est allé à la friperie avec « le bon vestiaire » donné par un ADJ, il n'avait droit seulement qu'à certains vêtements. Pour les autres, il aurait dû payer 5€. « Les habits que j'aurais pu prendre gratuitement, étaient des habits pour vieux... Pas pour moi. La veste que je voulais coûtait 5€ et je n'ai pas pu la prendre... Enfin, pour l'instant je n'ai rien pris » (ndt)

Si l'on tend à considérer le fait de se protéger du froid comme un besoin vital, c'est parfois au détriment du besoin d'être « bien habillé ». C'est alors négliger la dimension sociale du vêtement. La façon de s'habiller est une marque d'appartenance à la communauté, et dans le contexte qui nous intéresse, un élément sur lequel les personnes ont des possibilités d'intervenir.

Dans ce milieu marqué par l'exclusion, l'attention portée au paraître - à l'image que les personnes souhaitent donner d'elles-mêmes - est aussi une manière de rappeler leur appartenance à la société et leur volonté de ne pas porter sur elles des marqueurs potentiellement stigmatisant de leur condition sociale. Ainsi, l'attention à l'esthétique représente à la fois une stratégie pour fréquenter les lieux publics sans être stigmatisé et « un plus » pour chercher du travail. L'apparence est aussi nécessaire pour garder une image satisfaisante de soi ou encore, pour retrouver une vie affective, dont l'absence peut devenir une véritable source de détresse. De fait, ce principe ne concerne pas seulement les vêtements mais aussi les parfums ou la coupe de cheveux :

Le jeune homme me dit avoir trouvé 30 euros dans la rue [...]. Avec ceux-ci, il est tout de suite aller s'acheter un parfum pour homme d'une marque très connue. (ndt)

Cette attitude vaut notamment pour des personnes qui sont généralement encore assez jeunes, et pour lesquelles le désespoir n'a pas – encore ? - pris le dessus.

On le comprend aisément. Les personnes interrogées tentent de subsister. Pour cela elles opèrent des choix, rusent, développent des stratégies complexes. Etre sans domicile est une « occupation à part entière » !

Mais ces personnes souhaitent aussi exister. Se nourrir n'est pas manger, se doucher n'est pas prendre soin de son corps, se vêtir n'est pas s'habiller, s'allonger n'est pas dormir... Toutes ces dichotomies soulignent combien les corps souffrent physiquement, mais combien aussi ils n'assurent plus leur rôle de soutien de l'identité. Réduit à survivre, le sujet perd une estime de soi. Visible et stigmatisé, le sujet manque de reconnaissance sociale.

Offrir des services de base mieux coordonnées et au service des « clients », tout en offrant ce surcroît de sens qui spécifie l'existence en société est un des défis que doivent relever les structures d'accueil.

Vivre dans un milieu pathogène

L'ensemble des conditions qui caractérisent le cadre de vie des sans-abri, que se soit dans un squat, à la rue ou dans l'une des structures d'accueil censées subvenir aux besoins primaires des plus démunis, est source de problèmes d'ordre sanitaire. Ceux-ci concernent, à la fois, la transmission d'agents pathogènes et l'apparition ou l'aggravation de souffrances « psychologiques », avec le cortège de malaises physiques qui en découlent.

Sont présentées dans cette partie, les affections les plus récurrentes dans les discours des personnes interviewées. Il ne s'agit pas nécessairement d'affections spécifiques à ce milieu, mais leur fréquence, leur mode de diffusion ainsi que les difficultés particulières que les personnes rencontrent pour les traiter dans ce contexte, en font des pathologies que l'on peut considérer comme typiques de ce milieu.

Dans un premier temps, nous verrons en quoi *le style de vie* qui découle des conditions de vie dans la rue peut être en lui-même source de problème de santé ou tout du moins ne permet pas aux personnes de se soigner convenablement.

Dans un second temps, nous traiterons du fait que *le cadre de vie* que rencontre les personnes, le milieu dans lequel elles sont amenées à vivre au quotidien, peut être en lui-même, source de contagion et de transmission d'agents pathogènes.

Des conditions de vie qui affectent la santé

Convalescence impossible

Toutes les personnes qui font appel à un centre d'hébergement d'urgence doivent se soumettre aux horaires d'ouverture et de fermeture de la structure. Il est très rare de pouvoir rester au lit toute une journée ou de pouvoir restreindre ses déplacements au strict minimum. De fait, cette absence d'espace privé que représente l'absence de chez-soi a des conséquences directes sur les possibilités de soigner une affection, aussi bénigne soit-elle.

Un homme, arrivé d'Angleterre, vient de passer son premier mois de janvier à Marseille en dormant à Forbin. Il raconte qu'il lui était très pénible de devoir passer toute la journée à l'extérieur parce qu'il souffrait d'une très forte grippe qu'il n'arrivait pas à soigner. (n.25 – 50ans).

L'obligation de sortie, les déplacements qui en découlent et la soumission aux conditions météorologiques font que des problèmes de santé a priori minimes et courants, nécessitent, pour être soignés, la mise en place de tactiques que les personnes construisent selon les moyens disponibles sur le moment :

Un homme nous raconte avoir eu de grosses ampoules sous les pieds, [...] il avait besoin de se stabiliser pour les soigner mais, arrivé dans l'après-midi à l'UHU, il n'y avait déjà plus de places libres. Il s'est donc installé près d'une station de nettoyage pas loin de l'UHU, sur un matelas trouvé près d'un chantier. Il a acheté des citrons et a « désinfecté » ses plaies avec. (n.113 – 28ans).

Errance, désœuvrement et consommation

Nous avons vu comment le quotidien des personnes peut être rythmé et structuré par les horaires des institutions auxquelles elles font appel.

Pour subvenir à leurs besoins élémentaires, les personnes sont amenées à circuler de structures en structures. A chaque lieu correspond un service et donc à chaque service un horaire. Si les personnes ne sont alors plus maîtresses de leur emploi du temps, elles se trouvent dans la situation paradoxale d'avoir à la fois des journées trop remplies et de longues plages horaires au cours desquelles elles n'ont rien à faire.

Cette situation est d'autant plus lourde que l'accès aux services - quel qu'il soit - demande aux personnes de se trouver au bon endroit à une heure précise. Ainsi pour ne pas rater l'heure, nombre d'entre elles ne s'autorisent pas à trop s'éloigner de la prochaine structure dans laquelle elles doivent se rendre. La conséquence directe de ce principe est que ces moments imposés d'inoccupation doivent nécessairement se dérouler dans un périmètre géographique restreint.

« Le samedi et le dimanche, je peux rester à Forbin toute la journée. Mais en semaine je dois sortir et traîner dehors jusqu'à 12h avant de pouvoir rentrer à Forbin et rester ici. Alors, je traîne à Belsunce, entre la porte d'Aix et la rue des dominicaines... Mais je n'aime pas ça. À la porte d'Aix, les gens font des trucs illégaux et je n'aime pas ça, je n'aime pas les fréquenter... Et puis, je n'ai pas d'argent, je ne peux rien faire... Cette situation pèse beaucoup sur mon humeur. Pour ne pas faire de mauvaises pensées je dois prendre quatre cachets au lieu d'un » (n.44 – 51ans)

Dans un tel contexte, cette « double contrainte » géographique et temporelle, se mue souvent en une errance imposée dans un territoire urbain qui est de plus en plus aménagé comme un lieu de circulation et de consommation et de moins en moins pensée comme un lieu de socialisation et de vivre ensemble (Deckmin, 2014)¹¹.

Ainsi, sans possibilité de trouver refuge et tranquillité, l'errance dans des lieux perçus comme potentiellement dangereux peut être source d'angoisse et de stress. Ce point est d'autant plus saillant pour les personnes en situation irrégulière pour lesquelles la multiplication des heures passées dans l'espace public augmente d'autant le risque d'être contrôlé par la police.

Par ailleurs, quelle que soit la situation administrative de la personne, ces longues heures inoccupées, souvent passées solitairement et sans autre but que celui de faire passer le temps, se révèlent extrêmement ennuyeuses.

Un jeune homme dit être atteint d'un « surmenage psychologique, c'est-à-dire l'ennui, du fait de ne rien faire toute la journée... Il faut que je me trouve quelque chose à faire pour m'occuper » (n.8 – 26ans).

Ainsi, de nombreuses personnes vivant à la rue souhaitent trouver l'occasion d'exercer des activités concrètes pendant leur journée.

¹¹ Rapport Deckmin, 2014, *La place des Sans-abris dans la ville*, réalisé pour la Fondation Abbé Pierre, la Fondation PSA Peugeot-Citroën, Habitat Alternatif Social

« Ça serait bien d'avoir [dans les ADJ ou les ADN] des ateliers comme il y en a à Valvert [hôpital psychiatrique – dont elle dit avoir entendu parlé] cela permettrait à la fois de nous occuper et de faire de l'argent. » (n.148 – 43ans)

Pour faire face à cet ennui et au sentiment d'inutilité qui en découle souvent, certains exploitent les offres de la ville, sur la base des connaissances qu'ils en ont et des activités qu'ils pourraient y accomplir. Certaines tactiques s'insèrent dans le réseau des structures d'assistance aux personnes sans chez-soi dans une logique d'entraide et de bénévolat.

« Mon projet était d'aller chez Emmaüs parce que, là-bas, ils te fournissent à la fois un hébergement et du travail comme bénévole... Mais mon projet a échoué parce qu'il n'y pas de place... En plus, le bâtiment [d'Emmaüs] est trop proche de chez mon ex-copine, je ne pourrais pas rester là-bas. Maintenant, je recherche une place comme bénévole, histoire de m'occuper un peu, ce n'est pas bien d'être à la rue et de ne rien faire » (n.50 – 57ans)

« Je n'aime pas les ADJ donc je n'y vais pas. À moins que quelqu'un me demande de l'aide pour écrire ou traduire quelque chose. Je suis un bénévole non déclaré » (n.44 – 51ans)

D'autres tactiques allient différents registres d'activité.

Au cours de la journée « Je m'ennuie énormément... Soit je m'occupe de tout ce qui est administratif [...] ; soit je cherche du boulot... Autrement, je vais à la bibliothèque pour lire ou aller sur internet... Aussi au CRIJ, sur la Canebière, tu peux aller sur internet gratuitement... Pour téléphoner gratuitement, je vais au pôle-emploi » (n.52 - 35ans)

Face à ces intentions de production de soi, par le travail bénévole, ou de quête de gratuité, nombreux sont ceux qui tentent d'occuper leur journée en consommant. Ces consommations, quel que soit leur ordre, impliquent des dépenses qui peuvent être considérables par rapport aux moyens économiques à disposition. Cela amène au développement d'un cercle vicieux pour les personnes dans la rue, pour qui il est difficile de mettre de l'argent à côté pour en sortir.

Le jeune homme se plaint de dépenser à peu près 20 euros par jour en café et cigarettes car il doit trouver comment passer le temps quand il ne trouve pas de travail : « quand on est dehors la vie est plus chère ! ». (ndt)

Ainsi nombreuses sont les personnes qui consacrent du temps à gagner de l'argent qu'elles dépenseront pour occuper le temps restant.

« Si j'ai de l'argent je passe la journée au bar, sinon soit je travaille, soit je cherche du travail » (n.42 – 28ans)

« Si je n'ai pas d'argent, je vais faire la manche, sinon je traîne en ville ou je vais jouer au foot avec des gens que je rencontre au parc... Autrement, il y a un bar sur la Canebière où on peut jouer à PES pour 2 euros par heure. Si je les ai, j'y vais... En réalité je voudrais faire des graffitis, je suis un writer moi... Mais les sprays coûtent trop chers » (n.28 - 29ans)

Les consommations les plus courantes, pour passer le temps, que ce soit dans les bars ou dans les accueils de jour, se concentrent autour du tabac et du café. Elles donnent alors souvent lieu à des surconsommations dont les effets et abus peuvent être sous-estimés.

Un homme de 80 ans souffre de douleurs à l'estomac depuis des années, pour lesquelles il prend des cachets tous les jours et ne mange jamais le soir. En revanche, il passe ses soirées avec son groupe d'amis à fumer et boire beaucoup de café. (n.112 – 80ans)

L'ennui, lorsqu'il est quotidien et se présente comme seul horizon, est loin d'être un facteur anodin pour l'état de santé des personnes. Les conséquences économiques et sanitaires que nous venons d'évoquer dans un certain cadre légal prennent une autre dimension lorsque les consommations s'orientent vers d'autres substances, au premier rang desquelles se trouvent l'alcool et la drogue.

« Franchement, ici [à Marseille] il n'y a rien à faire et je m'ennuie beaucoup [...] ici ma seule occupation, c'est les piqûres. » (n.5 - 35ans)

Simplement évoquée ici pour illustrer un des effets du désœuvrement ressenti, les données recueillies sur les consommations de produits psychotropes et les problématiques d'addiction ont été particulièrement importante. Cette thématique mériterait à elle seule une étude à part entière. N'étant pas l'objet de la présente étude mais considérant qu'il était impossible de passer ces données sous silence, elles font l'objet d'un chapitre annexe à ce rapport.

Contagion et transmission

Le style de vie que mènent les personnes rencontrées, fortement orienté par les multiples contraintes déjà décrites, tend à favoriser le développement de certains troubles ou les empêche de se soigner comme elles le souhaiteraient. Dans cette nouvelle section nous nous intéresserons à l'ensemble des affections (parasitaires, virales, ou autres) que les personnes contractent parce qu'elles leur sont directement transmises par le milieu de vie dans lequel elles évoluent.

En premier lieu se trouve l'ensemble des affections dermatologiques et celles de l'appareil respiratoire. Mais l'éventail de ces affections est assurément plus varié que cela.

Maladies dermatologiques

Les problèmes dermatologiques le plus fréquemment rencontrés au cours de cette enquête sont : les parasites (surtout la gale et les poux) les mycoses et le zona.

Ce dernier n'entre pas directement dans le domaine de la contagion. Pour autant, les conditions de vies particulièrement stressantes auxquelles sont soumises les personnes, sont désignées comme étant les principales responsables de cette affection. Une causalité réelle autant que ressentie sans doute...

Il dit avoir eu un zona « À cause du stress ! C'est Forbin... Et après, aussi, les 25 jours en dépôt [centre de rétention administrative] ! ». (n.170 – 26ans)

Prévalence, hygiène et promiscuité

En revanche la fréquence des affections parasitaires est connue de tous et fait partie des raisons pour lesquelles certaines personnes refusent de se rendre dans les centres d'hébergement d'urgence.

Il a dormi pendant 3 ans à L'UHU mais : « tu choppes les poux, la gale, les maladies, n'importe quoi... C'est dégueu, les gens n'ont pas de respect » Maintenant il dort dans un « coin abrité » à côté du casino du David. (n.164 – 32ans)

Les conditions d'accueil dans les structures d'urgence, caractérisées par une grande promiscuité et une hygiène générale déficitaire rendent quasi-inéluctable la transmission parasitaire.

Un homme qui dort à l'ADN, nous explique que le risque de « contagion » est présent avant même d'accéder à l'intérieur, puisque dans la file d'entrée les gens sont « serrés à bloc » (n.117 – 63ans).

En effet, il ressort avec force des témoignages des hébergés que le risque de transmission est autant dû à l'état sanitaire des locaux qu'au manque d'hygiène de certains hébergés. Ici plus qu'ailleurs l'hygiène personnelle est une affaire tant individuelle que collective :

« L'hygiène personnelle est un problème à la Madrague. Il y a des gens qui ne se lavent jamais... Une fois, j'ai même attrapé les poux par la faute de ces gens ! ». (n.4 – 52ans)

La gestion de ces affections et de leur transmission est d'autant plus complexe que l'état matériel des locaux et de l'ensemble du matériel de couchage (couvertures, matelas...) les rendent endémiques.

Lorsqu'il était à l'UHU il a attrapé les poux, il juge l'épisode grave car « j'étais choqué de les voir sauter partout ». Il les a attrapés parce que « Les gens hébergés à La madrague sont dans cette situation depuis longtemps... dix, vingt ans... donc ils ne se lavent pas, et les couvertures et les matelas sont pleins de poux. ». (n.127 – 62ans)

A l'ADN il a attrapé des poux « À cause des gens qui dorment ici ! Ils acceptent n'importe quoi et n'importe qui ! ». (n.149 – 53ans)

Ce problème de l'hygiène personnelle, primordial dans le ressenti des hébergés, est effectivement difficilement gérable par le personnel.

« J'ai aussi parlé de ce problème de gens qui ne se lavent pas à la direction de l'UHU, lors des réunions mensuelles : la direction a répondu qu'on ne peut pas obliger quelqu'un à se laver ». (n.4 – 52ans)

Toutefois la promiscuité et l'hygiène ne sont pas les seuls facteurs de la propagation. D'autres conduites concernant la prévention sont également à interroger.

Un homme algérien sortant de l'infirmerie de l'UHU avec ses médicaments, s'approche d'un enquêteur et de la personne avec qui il discute, pour leur serrer la main. Les deux se parlent en arabe, et l'enquêteur découvre que son interlocuteur vient d'expliquer à l'autre que, vu qu'il a la gale, il ne doit pas serrer des mains parce qu'il risque infecter les autres. Notre interlocuteur va ensuite se laver les mains et nous conseille d'en faire autant (n.31 – 58ans).

De même, ce n'est qu'après plus d'une heure de discussion avec un jeune homme que l'enquêteur se voit « confier » par celui-ci qu'il pense avoir la gale.

Ces conduites nous semblent intéressantes à questionner pour comprendre à quoi elles renvoient. Est-ce qu'il s'agit d'un manque de connaissance de prévention ? Si oui, est-ce un problème de compréhension et de langue ? Si tel n'est pas le cas, on peut supposer que la personne, tout en étant au courant du risque, ne change pas de comportement afin de ne

pas révéler son affection éventuellement considérée comme honteuse ? Lassitude, stigmatisme et incompréhensions sont souvent liés.

Perception de la gravité

En tout cas, la perception de la gravité de ces affections s'explique d'abord par la place qu'elles occupent dans l'imaginaire collectif. Elles se présentent largement comme des affections n'appartenant pas au « monde moderne et civilisé » mais à un ailleurs, qu'il soit géographique, historique ou social.

La gale est grave parce que « même si je l'ai découverte tout de suite et que je l'ai soignée, c'est incroyable d'attraper la gale en Europe en 2013 ! Mais, ce qui m'a le plus choqué c'est que le médecin m'a avoué que lui aussi il l'avait eu récemment ! ». (n.58 – 22ans)

Il juge qu'avoir attrapé des poux à l'ADN « C'était grave ! Quelle horreur ! S'en débarrasser ! Et on est en 2013 ! » (n.149 – 53ans)

Ce n'est pas tant alors la gravité de l'affection en elle-même qui est dénoncée que celle de la situation sociale qui la rend si commune. En effet, ces affections sont aussi bien intégrées dans le paysage des hébergés que dans celui des professionnels des structures.

Il est allé tout de suite chez le médecin de l'UHU, qui n'a rien pu faire pour lui ; il lui a dit « mais monsieur, ici les gens vivent avec ! Ça se voit que vous êtes nouveau ! » (n.127 – 62ans)

Se soigner

Dans un tel contexte, il est particulièrement difficile de se débarrasser de ces affections parasitaires.

En effets, se soigner implique une dépense d'argent assez importante, plus élevée que pour quelqu'un ayant un domicile. « Cela devient cher d'être pauvre » écrit Martin Hirsch. En effet, il ne suffit pas de se procurer des traitements (qui ne sont pas remboursés). Encore faut-il accomplir d'autres actions indispensables à l'efficacité du traitement qui se révèlent nettement plus complexes à mettre en œuvre en absence d'un abri. Par ailleurs, faute de pouvoir les désinfecter il faut souvent jeter les vêtements, ce qui rend nécessaire de s'en procurer de nouveaux.

Le médecin de l'UHU lui a diagnostiqué les poux, mais il ne pouvait rien faire, sinon lui conseiller d'acheter une bombe pour les cheveux et une pour le matelas et les vêtements. Mais il aurait dû dépenser 11 euros et il n'avait pas d'argent. Quelqu'un « dans la même situation » l'a alors orienté sur le CASO. Le médecin l'a ausculté et a trouvé les poux. Il lui a donné les produits et lui dit de se raser complètement et de jeter ses vêtements. Il a dû aller à la croix rouge pour s'en faire donner d'autres. (n.127 – 62ans)

Et il faut encore s'éloigner, au moins temporairement, du milieu de contagion. Cela implique de dépenser de l'argent pour se rendre à l'hôtel, si la situation économique le permet (n.117) ou d'aller dormir un temps à la rue (n.127 - 62ans) en s'exposant donc à d'autres risques pour pouvoir se soigner.

Enfin, certaines personnes, ayant épuisé les différents modes de soins qui leur étaient

proposés, font des choix pour résoudre le problème qui, s'ils sont discutables sur le plan médical, demeurent compréhensibles de leur propre point de vue.

Un homme ayant attrapé la gale à l'UHU, se soigne d'abord avec les produits donnés par le médecin du CASO. Mais après être guéri et l'avoir attrapée à nouveau aussi vite, il décide de pulvériser de l'insecticide sur ses vêtements, ses affaires et sur lui-même. La solution, de son point de vue, était « pas chère et logique », et lui a permis d'éviter la queue pour revoir le médecin. Il a ensuite préféré dormir à la gare Saint-Charles. (n.115 – 49ans)

Affections de l'appareil respiratoire

Sont regroupées dans cette section l'ensemble des malaises affectant de manière primaire ou secondaire l'appareil respiratoire : toux, grippe, rhume, bronchite... Bien qu'il s'agisse d'affection ayant des étiologies différentes (certaines sont virales, d'autres bactériennes et d'autres encore ont une origine inflammatoire) et des voies de transmission diverses, ce choix découle d'une considération pratique. Notre travail étant basé sur du déclaratif, il reflète les catégories et classifications opérées par les personnes elles-mêmes. Certaines n'ayant aucune connaissance médicale, les distinctions entre ces différentes affections sont alors ténues, la symptomatologie, les causes et l'étiologie se confondant souvent.

Infrastructure et promiscuité

Ces affections de l'appareil respiratoire sont généralement considérées comme ayant une origine contagieuse mais pas dans un sens strictement médical :

Il a eu une grippe parce que « J'ai serré la main à quelqu'un qui l'avait et je l'ai attrapée » (n.55 – 20ans)

Se référer à la contagion, n'a pas pour but d'expliquer scientifiquement l'étiologie de la maladie, mais plutôt d'exprimer une « étiologie sociale » qui a deux objectifs potentiels. La personne mobilise ses connaissances pour donner du sens à la maladie, au pourquoi elle l'a attrapée à ce moment-là. Dans le même temps, cela lui permet à la fois de se « déresponsabiliser » (c'est la faute des autres et de leur comportement, de celle du mauvais tabac qu'on est obligé de fumer, ou de celle de la structure d'accueil qui n'est pas bien organisée...) et de donner corps à son malaise « social/psychologique » en montrant les conséquences physiques qui viennent ainsi légitimer la plainte envers la situation dans laquelle elle se trouve. Ainsi, c'est le milieu qui fait tomber malade, que ce soit par le biais d'autres personnes ou par celui des conditions de vie. Les deux sont liés.

Il a attrapé la grippe avec 39° de fièvre lors de son premier séjour en hiver 2012. Quand je lui demande comment c'est arrivé, il me dit d'abord « à cause du froid », mais il précise par la suite : « Après... je ne sais pas hein ! Je suis entouré de gens que je ne connais pas, peut être qu'ils ont des maladies... et peut être que je suis une victime de ça ! » (n.169 – 22ans)

Vers la fin octobre, il tousse. C'est pas grave car « les médecins ont dit que c'était bénin ». Il l'a attrapé car : « quelqu'un qui est sensible dans son corps, et n'a pas l'habitude d'être avec des gens malades... est sensible à la maladie par rapport à ces gens-là, parce qu'ils sont sales ! » (n.141 – 51ans)

Il pense que sa toux est liée au fait qu'il fume du mauvais tabac et qu'il change toujours de marque. Il ajoute que lorsqu'on arrive à Forbin, « même si on est en bonne santé, on va vite tomber malade... parce qu'il y a plein de microbes. Il suffit qu'il y ait une personne malade pour qu'il y ait une épidémie (...) C'est surtout à cause du manque d'information » (n.125 – 24ans)

« J'ai été touché par la grippe qui était là à l'intérieur [de l'ADN]. C'est une grippe qui devait circuler... parce que ici la plupart ne sont pas vaccinés ». À son avis cet épisode a été grave, parce qu'il a duré trois mois, de février à avril, « et trois mois c'est beaucoup ! » « La toux était là, à l'intérieur de la chambre » [ndr : il fume un paquet de cigarettes par jour] (n.143 – 47ans).

Nous voyons donc se dégager trois éléments principaux par lesquels les personnes justifient leurs affections respiratoires. Le premier réside dans la promiscuité et le surpeuplement des structures d'hébergement faisant qu'il est difficile de se protéger de la contagion et, qu'une fois guéri, il soit très facile de retomber malade.

Femme de 45 ans. Elle a la CMUc, mais pas la carte vitale. Il y a 15 jours, elle a pris une rhino-pharyngite, parce qu'elle a pris froid en sortant de la douche. C'était grave car « je n'arrivais pas à manger, j'étais très faible ». Elle est passée par l'infirmière de l'ADJ qui l'a orientée chez un généraliste, où elle est allée le lendemain. Elle a pris les médicaments qu'on lui a prescrits et elle a guéri, mais elle est en train de retomber malade pour les mêmes raisons. (n.135 – 45ans)

« Je continuais à guérir et à retomber malade parce que, à Forbin, on continue à se réinfecter l'un avec l'autre » (n.58 – 22ans)

Le second point réside dans l'aménagement même des lieux, dans la structuration du bâti et son entretien. Sur ce point, l'aménagement des douches est tout particulièrement mis en cause du fait des changements brusques de températures auquel il soumet les personnes qui y ont recours et des courants d'air qu'ils y rencontrent.

Il a eu seulement un petit rhume « j'ai pris un coup de froid parce qu'il n'y a pas assez d'eau chaude pour tout le monde aux douches de la Roseraie » (n.56 - 20ans)

Il a attrapé une grippe à Forbin parce que « là-bas, dans les douches, il y a des fenêtres qui se ferment mal. Donc tu prends du froid déjà quand tu es au dessous de l'eau » (n.53 - 24ans)

Evaluation de la gravité

Le premier constat à faire concernant la gravité perçue de ces affections est que, justement, la plupart des personnes interviewées ne semblent pas les considérer comme graves en elles-mêmes. D'un côté parce qu'il ne s'agit généralement pas de maladies trop invalidantes ; d'un autre parce qu'il s'agit de maladies « normales », qui ne sont pas stigmatisées comme étant liées à un milieu particulier, contrairement aux problèmes dermatologiques évoqués dans la précédente section.

Ce n'était pas grave parce que c'était « une grosse grippe, avec les bronches pleines et tout ça... Mais quand même une grippe » (n.55 - 20ans)

Se soigner

Les causes principales de ces affections étant la promiscuité et l'aménagement des centres d'hébergement, pour certaines personnes un des éléments fondamentaux pour se soigner réside dans l'éloignement du lieu. Ce qui, d'ailleurs, semble être soutenu aussi par les médecins. Une impossible évidence dirons-nous.

Homme de 24 ans, originaire du Maroc. En 2011, dès qu'il est rentré à l'ADN ses glandes de la gorge ont gonflé et il a passé une semaine sans pouvoir manger. La cause est « les microbes de Forbin ». Sa sécu était bloquée car son permis de séjours était périmé, donc il est allé se renseigner à l'accueil de l'ADN et on l'a orienté au CASO, qui lui a donné des médicaments et donné rendez-vous pour la semaine suivante. Mais la situation a empiré : la fièvre a augmenté et il se sentait très mal, car « on ne peut pas se soigner à Forbin ». Une semaine plus tard il est retourné au CASO, on lui a changé le traitement, et il a commencé à s'améliorer. Mais le médecin qui l'a examiné au CASO lui a conseillé de rester le moins de temps possible dans la structure de l'ADN. (n.125 - 24ans)

L'éloignement des lieux en vue de l'amélioration de l'état de santé est aussi parfois justifiée par la qualité de la nourriture qui y est servie, qui est jugée insuffisante pour véritablement aider à la guérison.

Son automédication a été d'abord : essayer de rester à Forbin le moins possible pour s'éloigner du milieu pathogène et de manger mieux (donc ailleurs qu'à Forbin) pour être plus fort... Vu que la grippe était toujours là, il est allé dormir deux semaines dans le squat de son pote et il est guéri (n.58 - 22ans)

Tabagisme

Enfin, une cause non négligeable des affections respiratoires réside dans la consommation de tabac. Sur ce point, les usagers des centres d'hébergement sont confrontés aux mêmes problématiques que la population générale.

Il a une très forte toux : parfois jusqu'à vomir. Il pense que « c'est la faute aux cigarettes et aux pétards parce que je n'ai rien aux poumons... A mon avis, c'est un peu d'asthme : je l'ai parce que ça fait 27 ans que je fume et, en effet, ça fait 22 ans que la toux revient régulièrement » (n.48 - 37ans)

Homme de 53 ans, à l'UHU depuis à peu près un an. Il fume deux paquets de cigarettes par jour [ndr : de contrebande, comme tout le monde ici]. Cet hiver il a eu la bronchite : il ne tenait pas sur ses jambes tant il était fatigué, il avait de la fièvre. À son avis, c'est parce que « les bronches étaient pleines » à cause des cigarettes : avant de se retrouver dans cette situation, il précise qu'il était sportif et qu'il fumait beaucoup moins. (n.123 - 53ans)

Mais une fois encore, les habitudes et conditions de vie particulières que rencontrent les personnes hébergées dans les structures tendent à aggraver le problème. C'est alors autant la qualité du produit consommé que sa quantité qui est mise en cause.

« Quand je suis arrivé de l'Italie, je n'avais aucun problème de santé par contre, après un moment que j'étais en France, j'ai commencé à tomber de plus en plus malade avec des rhumes et d'autres maladies... Un peu à cause du fait qu'à Forbin c'est facile d'attraper une maladie et de continuer à l'attraper à chaque fois qu'on en guérit ; un peu parce que les cigarettes de Noailles cassent le poumons »

Autres affections somatiques

Deux autres types de problèmes de santé sont à mentionner du fait de leur récurrence et de l'importance qu'ils tiennent dans les propos de nos interlocuteurs.

Problème de dents

La vie dans la rue se révèle peu propice à l'hygiène en général et plus particulièrement à celle des dents où au peu d'entretien quotidien s'ajoutent les consommations de tabac et d'autres substances (légal ou non).

« A force d'être dans la rue... on ne se brosse pas les dents, on mange mal, et on boit de l'alcool ». (n.163 - 37ans)

À ces facteurs générateurs de problèmes, s'ajoute la faible prise en charge des soins (notamment pour les personnes en régime d'AME), les rendant de ce fait économiquement inaccessibles.

Seuls peuvent alors bénéficier de soins gratuits les personnes relevant de l'urgence, via les urgences hospitalières et celles informées de la présence d'un dentiste un après-midi par semaine au CASO de MdM.

Deux éléments semblent alors guider la quête de soins dentaires : 1- la douleur, qui lorsqu'elle devient insupportable amène les personnes à prendre en compte le problème dans l'urgence 2- la « pression sociale » : les dents sont une partie très visible du corps et leur absence est généralement associée soit à la vieillesse, soit au manque de soin de soi. Certains vivent alors de manière stigmatisante le fait de rester sans dent, notamment les jeunes qui prêtent une attention particulière à leur présentation.

Homme de 27 ans, Syrien, sans titre de séjour, sur Marseille depuis un an. Il est au CASO car il souffre d'une rage de dents « parce qu'elles sont en train de se casser petit à petit ». C'est grave, à la fois par la douleur et parce qu'il est trop jeune pour rester sans dents. (n.154 - 27ans)

Situation qui contraste avec celle de cet homme qui refuse le dentier.

Homme tunisien de 68 ans, avec un titre de séjour de 10 ans qui expire en 2016. Divorcé et sans logement depuis 14 ans. Il s'est fait faire un dentier, il y a 4 ans, car il n'avait plus de dents. En réalité cela faisait 30 ans qu'il n'en avait plus, mais « les gens... ont commencé à me faire beaucoup de pressions... pour que je les refasse ». De ce fait, il a consulté un dentiste, où il a dû se rendre tous les jours pendant 40 jours. Il a enfin eu son dentier, en haut et en bas. Cependant, après trois mois, il a « jeté le dentier dans la poubelle » car ça lui donnait envie de vomir. Maintenant il est encore sans dents, mais il dit que cela ne le gêne pas, car il peut presque tout manger, « même la viande ». (n.139 - 68ans)

Pour les problèmes de dents se cumulent alors la faiblesse des soins quotidiens et la très faible prise en charge des soins de réparation, ce qui entraîne bien souvent la tardiveté des recours aux soins qui se font alors dans l'urgence.

Problèmes oculaire

Alors que nos observations de terrain font état d'une fréquence très élevée de problèmes de vue parmi les personnes rencontrées, seule une très faible partie d'entre eux les signalent comme problème de santé.

Le fait que l'AME ne prenne pas en charge ce type de soins est sans doute un élément important du renoncement aux soins. Comme cela a été souligné par plusieurs personnes, « à quoi sert-il de faire une visite de contrôle gratuit à l'hôpital si, après, on n'a pas l'argent pour s'acheter de lunettes ? »

D'un autre côté, il est probable que de nombreuses personnes ne soient pas conscientes d'avoir une vue défaillante. Il est rare que la baisse de l'acuité visuelle se produise de manière soudaine. Le plus souvent elle se produit de façon progressive sur le temps long, ne permettant pas aux personnes de se rendre compte de la perte successive de dioptries.

Ceci est vrai surtout pour la myopie, l'astigmatisme étant plus facile à repérer notamment par les difficultés ressenties à la lecture des journaux.

Si pour les personnes ayant l'AME il n'y a pas grand chose à faire tant que cette couverture n'est pas élargie au domaine optique, pour les autres personnes il est possible d'agir efficacement sur ce problème.

En tout cas, le fait de s'en apercevoir ne veut pas dire s'en inquiéter : souvent une diminution de la vue étant supposée être associée au processus normal de vieillissement et donc inéluctable : un raisonnement peu propice à l'engagement d'une action.

Maladies « de la tête »

Cette catégorie émiqque désigne un domaine très large et aux frontières assez floues : « nerfs », « angoisse », « stress », « trop de pensées », sont des mots que nous avons continuellement entendus lors de la passation des questionnaires, ainsi qu'au fil des discussions informelles. Souvent, ils sont utilisés par nos interlocuteurs pour expliquer toute une série de malaises physiques qui les gênent : par exemple, des migraines persistantes, la perte d'appétit et un fort amaigrissement, le manque de sommeil ou une grande fatigue. D'autres fois, ces états de souffrances semblent aggraver des troubles déjà existants. Un jeune homme, souffrant de crises d'épilepsie, attribue les crises récemment éprouvées au milieu de l'ADN, où : « ils me parlent mal » (n.129 - 25ans). Et, de fait, les stratégies mises en place par les individus pour faire face aux périls réels et/ou supposés et maintenir leur identité peuvent en effet augmenter le sentiment d'isolement et aggraver l'affliction :

« Je n'ai parlé de ce problème de nerf qu'avec toi : il ne faut pas trop se montrer faible ici au foyer » (n.30 - 47ans)

Ce genre de situations amène à penser le lien qui existe entre ces états de souffrance et les conditions de vie des individus. Certains expriment somatiquement un mal de vivre aux raisons variées. De cette manière, celui-ci est mis en forme et rendu « plus concret pour soi-même comme pour les autres. Cela produit autant d'occasions et de possibilités de trouver quelqu'un pour en parler, pour s'en occuper.

« Mon problème à moi c'est les nerfs [...] Une fois, j'ai été emmené aux urgences de la Timone parce que je m'étais évanoui [suite au ratage du rendez-vous téléphonique avec sa femme], on m'a gardé deux jours en hospitalisation et on m'a donné des cachets et du sirop pour me reprendre... Mais c'est l'infirmière qui m'a vraiment aidé : elle a parlé avec moi longtemps, je lui ai expliqué ma situation et elle l'a comprise. En effet, avant de sortir, elle m'a filé 40 euros » (n.30 - 47ans) .

Ici, le seul fait d'être entendu par quelqu'un, qui a pris le temps de discuter avec l'interviewé, a été thérapeutique, sans que la situation générale de vie de la personne n'ait changé pour autant.

Faire face à ce type de symptomatologie demande un effort majeur parce que les actions à mener ne peuvent pas se limiter à la médecine pharmacologique (qui se révèle parfois inefficace ou inadaptée en la matière) mais débordent dans d'autres domaines. Le seul traitement pharmacologique pourra atténuer ou faire disparaître la symptomatologie sans traiter les causes du problème qui se manifesteront de nouveau sous une forme ou sous une autre. Le corps et la maladie sont aussi des messages adressés au social.

Stress/nerf

Nous pourrions dire que les nerfs (entendus comme catégorie de la médecine populaire) représentent le lien entre le corps physique et le social : le moyen par lequel il est possible d'établir une communication entre ces deux domaines.

« Oui, j'ai des problèmes de nerfs : parfois, je veux tout casser... En plus, je ne vois plus bien... Mais ma vraie maladie, c'est les nerfs : par exemple, je ne peux pas rester longtemps assis sans bouger : j'ai toujours besoin de bouger ». Il veut voir un médecin pour résoudre ces problèmes. (n.30 - 47ans)

Cette perception de la maladie englobe des dimensions sociales que ne prend pas en compte une démarche médicale trop stricte. Elle part de l'expérience des acteurs.

Et si toutes les deux ont pour objectif de donner du sens à une symptomatologie : l'une cherche à l'intérieur du domaine médical alors que l'autre renvoie à l'ensemble de l'expérience de vie du sujet.

Ces deux points de vue devraient être complémentaires afin de permettre l'ouverture d'une action efficace sur la symptomatologie relevant à la fois du corps biologique et des contextes sociaux et affectifs qui donnent sens au sujet :

Il dit qu'en Algérie il n'avait jamais été obligé d'aller chez un médecin. Il dit avoir des hémorroïdes, mal au ventre et à la tête, et que tout cela est causé par le stress dû à sa situation, alors que « je ne mérite pas ça [sans titre de séjour, travail au noir au marché, à l'UHU depuis 20 mois, perte de son frère en Algérie sans qu'il ait pu le voir une dernière fois]. Je suis touché au cœur, je suis sans rien... Ici on me nie tout... ». Maintenant il prend des médicaments pour calmer l'angoisse. (n.140 - 32ans)

Le résultat est que, souvent, les deux « parties thérapeutiques » ne s'articulent pas : l'interprétation du médecin ne va souvent pas au delà des causes somatiques. Celles des patients négligent souvent ces dimensions biologiques pour se relier directement à un autre domaine, souvent celui du social. Parfois, l'étiologie de la symptomatologie est instrumentale pour exprimer une plainte envers ses propres conditions de vie. Voilà

pourquoi, parfois, le traitement donné par le médecin est considéré comme étant insatisfaisant par son « bénéficiaire » : « ça ne soigne pas le vrai problème », mais seulement ses expressions somatiques.

Homme de 60 ans [ndr : mais il semble plus vieux], originaire de la Tunisie, il a un titre de séjour de 10 ans qui expire en 2016. Depuis 6/7 mois, il a perdu l'appétit. C'est grave parce que « je me sens mal. Même quand je rentre le soir je ne mange pas... et les cuisiniers ne sont pas des cuisiniers, ils servent les repas froids ! » [ndr : il est diabétique]. Il ne fait rien pour régler ce problème, car « j'en ai marre des problèmes et j'ai laissé tomber. Le médecin qu'est-ce qu'il va faire ? Je lui fais seulement gagner de l'argent ! » (n.160 - 60ans)

Dépression

Un autre terme aux contours flous est celui de la dépression.

« Je suis presque tombé en dépression » à cause de problèmes variés et de la rupture avec son ex-femme. [...] « La dépression est quelque chose de compliquée et peut devenir très grave. Si elle n'est pas soignée de suite, il y a le risque de suicide. Je pense que, pour moi, ceci n'a pas été grave parce que j'ai bien fait de prendre la situation en main toute de suite »

En juin 2013 il est tombé en dépression à cause « d'une multitude de facteurs [...] principalement : les prises de tête avec mon ex-femme et le fait que, en cette période-ci, j'ai vraiment commencé à goûter la rue ». Il considère la dépression comme grave « Tout a commencé avec la perte d'appétence, puis la vie a perdu son goût : je n'étais pas suicidaire mais j'avais la haine... Crois moi, tu te rends compte quand tu tombes en dépression » (n.52 - 35ans)

Bien que celle-ci soit une maladie reconnue dans le DSM V - et par conséquent ayant des critères diagnostics définis - l'usage populaire du terme est beaucoup plus large et intègre différentes « évaluations vécues » de la gravité selon des expériences différentes. Les maladies « du docteur » (*disease*) ne sont pas les maladies des patients (*illness* et *sickness*).

C'est pourquoi, ici encore, les interprétations que font les personnes de leurs « états de santé » méritent d'être questionnées. S'agit-il d'une dépression « au sens médical », d'une manière de donner du sens et de rendre exprimable le malheur de la personne par rapport à ses conditions de vie ou encore d'une manière de donner du sens à une autre constellation de symptômes variés ?

« Je n'arrive pas à prendre soin de moi... Mon seul souci est de rester tranquille, et d'arriver à dormir » [...] Pour revenir à son épisode de dépression, il a été hospitalisé 20 jours, et par la suite orienté vers son généraliste, avec lequel il devrait avoir des rendez-vous réguliers. Mais il a tout laissé tomber, et il continue d'avoir des crises d'angoisse. Ses anciens chefs de travail l'appellent pour qu'il reprenne son travail, mais il n'arrive pas, car il déprime. Il pense qu'il lui faudrait d'abord trouver un logement pour pouvoir repartir. (n.123 - 53ans)

Mais le diagnostic n'est pas le plus important. Il importe avant tout de prendre en charge la personne qui est en train d'exprimer son malaise et qui, faute d'écoute et de traitement, pourrait se livrer à diverses pratiques « d'automédication » consistant souvent en la consommation de produits stupéfiants.

Il dit que parfois il tombe en dépression, à cause de la vie qu'il mène maintenant. Mais il dit que ce n'est pas grave, car la seule chose qui compte est de penser à sa famille, ses enfants qui sont loin. Donc il ne se soucie pas de soigner ce malaise, mais il boit pour ne plus penser à rien. (n124)

Certains aussi décident de ne rien faire. Il ne s'agit pas véritablement du risque de suicide (que l'on n'a remarqué que très rarement). Mais plutôt d'un certain renoncement à se battre. Une indifférence à soi qui englobe tous les domaines de la vie de la personne et va jusqu'à entraîner parfois des refus de soin ou de se nourrir. Un « suicide » par lassitude et effacement.

Homme français de 68 ans, veuf et sans enfants, ancien légionnaire. Il touche une petite retraite « seulement 400 euro ». Il est dans la rue depuis la mort de sa femme, il y a 7 ans. Il est sans dent. Il essaye de manger un morceau de gâteau offert à l'ADJ, mais il dit qu'il a du mal à mâcher et il doit le laisser. Je lui demande s'il ne voudrait pas se refaire les dents pour pouvoir manger sans problèmes. Alors, avec un air très triste, il dit: « désormais je n'ai plus d'appétit... je m'en fous... je me laisse crever hein ! ». Il dit que quand on faisait le dîner à l'ADJ, parfois il venait manger. Le bar terminus, près d'où il dort, lui amène aussi de la nourriture, ainsi que des gens du quartier. (n.157 - 68ans)

Soigner dans la rue signifie comprendre la nature de ces malaises afin de pouvoir y réagir de la meilleure manière sans doute, en essayant de limiter la prescription de médicaments aux cas où cela s'avère vraiment nécessaire.

Parler, étayer les identités, rouvrir des possibles sociaux en réparant des corps dans leur apparence, permettre de retrouver des saveurs... La médecine doit ici être celle du sens autant que du corps.

Migraines

Les migraines, affections souvent remarquées lors de l'enquête, sont des malaises communs, largement partagés et ayant une symptomatologie physique considérée généralement comme étant peu grave.

C'est pourquoi, dans un premier temps, pour tous les symptômes qui peuvent entrer sous cette nomination, nos interlocuteurs « ne font rien » ou se soignent seuls. Ce n'est que lorsque les symptômes s'aggravent et laissent penser à une véritable pathologie qu'ils s'orientent vers la médecine.

En regard de cela, le médecin ne va souvent pas plus loin que l'action pharmacologique pour supprimer ce symptôme. Il laisse ainsi hors de la prise en charge, l'ensemble des facteurs sociaux et des habitudes de vie où la maladie trouve son origine. De ce fait les symptômes disparaissent sous l'effet du traitement, mais se représentent dès la fin des effets du médicament.

Une femme, qui souffre de migraine et de perte d'appétit depuis quelque temps, nous explique que c'est parce que « j'angoisse trop... ça se passe mal avec les filles de Saint-Louis ». Son automédication - deux Efferalgan par jour et l'usage d'un foulard pour protéger la tête du froid, du vent ou du soleil - ayant échoué, elle décide de consulter un généraliste parce que la situation ne s'améliore pas. Quelques temps après, elle nous raconte s'être liée d'amitié avec le cuisinier de Saint-Louis, qui lui a demandé de l'aider en cuisine : « je m'occupe... c'est mieux ! ». Au même moment, sans que d'autres

actions aient été mises en place, la migraine s'est beaucoup calmée et elle a retrouvé un peu d'appétit. (n.102 - 54ans)

L'approche uniquement symptomatologique est donc insuffisante, mais souvent les causes socio-affectives restent hors de portée de l'action de soin. C'est notamment le cas lorsque les patients évoquent des aspects qui sont, en effet, en dehors de la portée de l'action individuelle, comme les conditions des structures d'accueil.

Il a eu mal à la tête parce que « j'ai pris ma douche sans bien me sécher alors qu'il y avait du vent [ce n'est pas grave parce que] je suis habitué à avoir mal à la tête à cause de la douche : ça m'arrive tout le temps... Mais il n'y a pas de conséquences graves et ça passe vite » (n.38 - 30ans)

Parfois, les patients se livrent aussi à des sortes de calculs de « coût/bénéfice ». Lorsque la cause est perçue comme liée à un comportement auquel le patient ne veut pas renoncer, il se contentera de traiter ponctuellement la symptomatologie.

Mal à la tête parce que « je fume trop de cigarettes » mais ce n'est pas grave parce que « je suis habitué : ça suffit un cachet pour guérir ». Comme l'infirmerie était fermée, il a demandé à un pote qui lui a fait cadeau. (n.47 - 20ans)

Epilepsie

Sur notre terrain, le diagnostic a toujours été médical « après coup ». La personne a fait au moins une crise et celle-ci a été prise en charge par un médecin.

Dans cette pathologie, le diagnostic ne peut être contesté. En revanche, personne dans notre public ne sait expliquer la cause de cette affection. Seule une femme, ayant un cancer au cerveau, a relié son épilepsie à sa maladie. Au contraire, tous et toutes ont des idées assez claires concernant les facteurs qui peuvent faciliter le déclenchement d'une crise. Parfois, il s'agit de ses propres comportements (ex. consommation d'alcool ou d'autre produit stupéfiant) et donc, la personne a la possibilité d'agir sur sa pathologie. Par exemple le sujet N.129 a arrêté sa consommation d'alcool et de cocaïne parce qu'il ne sait plus où aller se faire prescrire du Gardenal et il sait que sans ce médicament, le risque de faire une crise est important, surtout s'il consomme. Parfois, il s'agit d'autres facteurs sur lesquels les possibilités d'actions sont limitées voire impossibles. Parmi ces derniers, ceux qui reviennent le plus sont les situations de stress et la dépression

Il souffre de crises épileptiques, qui se déclenchent notamment dans des situations de stress. Il pense que la dernière crise, éprouvée il y a deux mois, est liée au manque de sommeil : « ce n'est pas tranquille de dormir ici », et à ses problèmes. C'était le mois de juillet, et il faisait le jeûne du ramadan. Je me souviens qu'il était très faible. A cause de cela, il m'avait dit qu'on aurait pu parler une fois le jeûne terminé. Il n'aime pas les gens qu'il y a à l'ADN Forbin et il se sent seul. « Tout le monde parle mal ici ». « Ce n'est pas une vie celle-ci » (ndr : au fil des mois, je le vois de plus en plus maigre et le visage marqué). Cette dernière crise est jugée grave, car il n'a pu ni manger, parler ou bouger pendant trois jours (n.129 - 25ans)

« Les crises d'épilepsie se déclenchent à cause de la dépression... C'est imprévisible... Par exemple, si quelqu'un t'embête, c'est possible que ça suffise pour la déclencher... Mais ça arrive seulement parce que tu es déjà déprimé » (n.41 - 41ans)

Soulignons l'importance des catégories du rapport à soi utilisées. Les termes de « stress » et

de « dépression » prennent sens dans les discours des gens. Il ne s'agit pas de catégories médicales, mais du ressenti des liens entre le monde du physique et celui du psychosocial.

« Légendes urbaines »

Mais les rapports à la médecine ne se limitent pas aux soins. Ils incluent aussi tout un ensemble de représentations, que l'on peut ranger sous l'étiquette de « rumeurs » ou de « légendes urbaines ».

Certaines personnes établissent un lien de causalité entre argent payé et qualité des soins reçus. Certes, il s'agit d'un point de vue assez répandu dans la population générale, mais lorsqu'il s'agit d'individus particulièrement démunis, les conséquences peuvent être plus importantes. Par exemple, un des interviewés nous explique avoir une prescription pour le Subutex, mais :

« J'en achète souvent aussi au marché noir parce que, à l'ANPAA de Toulon, ils ne donnent que du générique, qui n'est pas du vrai Subutex, donc quand je peux, j'en achète dans la rue. ». (n.12 - 31ans)

Dans ce cas, cette conviction, non seulement joue négativement sur les ressources économiques de la personne, mais la pousse aussi à entreprendre des démarches illégales et peut être nocives.

Paradoxalement, ce qui permet à certaines personnes d'accéder aux soins – la gratuité – est aussi une source de méfiance ou de scepticisme quant à leur efficacité.

Un interviewé, n'ayant pas remarqué d'amélioration après avoir suivi pendant treize jours le traitement donné par le médecin du CASO, jette les médicaments à la poubelle et décide de ne plus se faire examiner, puisqu'à son avis sans argent, il n'a « aucun droit » [sous entendu il ne bénéficie que de soins « au rabais »]. (n.109 - 38ans)

Enfin, certains discours recueillis font références à la sphère de propagation des maladies dans les structures d'accueil. Les « clochards malades » (n.113) sont alors désignés comme étant de véritables sources de contagion.

Un interviewé nous explique qu'il a attrapé la gale à cause des personnes qui restent à l'UHU pendant la journée (trois hommes âgés, sans abri depuis très longtemps). Selon lui, ils sont toujours malades et une fois qu'ils sont seuls, ils vont se mettre sur les autres lits, en propageant ainsi la gale. Pour cette raison, il a quitté l'UHU et il est allé dormir à Saint-Charles. (n.115 - 49ans)

De l'envie à la nécessité

Si chaque personne développe ses propres tactiques pour vivre au mieux, ou le moins mal possible, sans chez-soi, toutes suivent une carrière de vie dans la rue. Comme l'écrit la sociologue Pascale Pichon « À l'hésitation, la honte, la répugnance des premières démarches, succède l'adaptation, la familiarisation, l'habitude » (Pichon, 2007 : 126)¹².

« Je n'ai rien à faire avec tous les gens qui sont ici (...) Je ne peux parler avec personne... Ils sont tous fous, ou drogués... »(n.129 – 25ans)

Au fil de l'avancée dans la « carrière », c'est l'ensemble des représentations de soi, de son rapport au corps et à ses besoins qui changent et se transforment. Le bien-être, le goût et l'envie sont progressivement remplacés par le besoin et le nécessaire. S'occuper de soi, devient alors secondaire.

« [Ici] on mange pour survivre et on ne vit pas pour manger comme ceux qui ont de l'argent » (n.48 – 37ans)

On peut alors établir des couples d'opposition sur ces diverses activités évoquées, dont la plupart sont des besoins primaires et donc vitaux (manger, dormir, se laver), entre ce qu'elles représentent lorsqu'elles sont accomplies par envie, ce qui est le cas de la population générale en France, ou à l'inverse par nécessité, ce que l'on observe dans les situations de grande précarité.

Envie		Besoin	
Manger	Les plaisirs de la bouche	Se nourrir	Alimenter le corps
Se coucher	Se retirer dans son lit	Dormir	Récupérer des forces
Prendre soin de soi	S'entretenir	Se laver	Se nettoyer
Se poser	Prendre le temps en un lieu fixe	Se poser	Faire passer le temps en un lieu fixe
Flâner	Prendre le temps en déambulation	Traîner	Faire passer le temps en déambulation

C'est dans ce cadre de vie général, dans cette transformation du rapport au corps, à la vie et à la santé que sont gérés les « événements de santé » dont il sera question dans la suite de ce rapport.

¹² Pichon Pascale, 2007, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*. Paris, Aux lieux d'être.

TRAJECTOIRES DE SOINS

Perception et évaluation d'un problème de santé

Pourquoi réagir ?

Nos interlocuteurs, estiment fréquemment la gravité de leur pathologie selon des paramètres personnels, souvent différents de ceux de la médecine. Sur la base de leurs appréciations, ils évaluent ensuite la nécessité d'entreprendre ou pas une démarche de soins.

Comme nous le signalions précédemment, dans la plupart des cas, cette décision dépend de l'impact plus ou moins invalidant des symptômes sur sa vie. La douleur, par exemple, est l'un des principaux facteurs entraînant une action de soin. Cependant tout état perçu comme incapacitant peut être concerné.

Le deux pôles du processus décisionnel sont donc, d'un côté, les manifestations de la « maladie », visibles ou invisibles ; de l'autre, les valeurs, les contraintes et les priorités de l'individu selon les caractéristiques et contraintes de son contexte d'existence. Un symptôme banal, par exemple, peut être incapacitant par rapport à la routine de vie de la personne...

Un homme explique qu'il a décidé de faire immédiatement soigner ses ampoules sous les pieds par l'infirmière de l'UHU à cause de la gravité de ce problème : il marche beaucoup et « au niveau de la locomotion c'est pas évident » (n.113 - 28ans).

Parfois la maladie contrarie un projet de vie.

Un jeune homme algérien, 2 mois après une automédication pas très concluante sur sa clavicule cassée suite à un accident en scooter, décide qu'il doit voir un médecin pour lui montrer comment elle s'est ressoudée. Elle montrait un aspect pas très sain. Il n'avait pas mal, ni n'était empêché dans ses mouvements, mais, remarquant une asymétrie évidente et la formation d'une boule d'os, il ne voulait pas avoir de problème au moment de la visite médicale pour entrer dans la légion étrangère ; ce qui était son projet migratoire du début (n.03 - 25ans).

Afin d'interpréter certaines des données dont nous allons traiter dans ce chapitre, le cadre conceptuel de *Disease*, *illness* et *Sickness* peut nous être utile. « le terme *disease* renvoie aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique et à tout état organique ou fonctionnel pathologique. Il s'agit de la maladie dans son acception biologique (...) le terme *illness* (...) évoque les perceptions et les expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé d'ordre biomédical (*diseases*) ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé » Il correspond au vécu subjectif individuel d'un état de perturbation pathologique. Le terme *sickness* correspond à la description de la maladie socialisée, « du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et charge symbolique par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles

étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide » (Massé, 1995)¹³.

Ces dénominations représentent les différentes perspectives sur le même « objet », à savoir la maladie, mais elles ne sont pas toujours concordantes. Selon les données recueillies, très souvent, les individus sont amenés à entreprendre une action de soin sur la base de l'*illness*.

Puisque le contexte d'existence de l'individu entre en jeu dans l'évaluation de la gravité d'un événement de santé et de la nécessité de recourir aux soins, on peut effectivement supposer trouver certains décalages entre des personnes en état de grande précarité, et la population « en général ».

Comme nous l'avons remarqué dans les chapitres précédents, l'organisation d'une journée « sans abri » peut absorber beaucoup de temps et d'énergie, et nécessiter de nombreux déplacements. Par conséquent, des ampoules aux pieds peuvent être considérées comme « graves », car elles limitent la mobilité, tandis qu'une hépatite peut être considéré comme « pas grave », car asymptomatique et relativement répandue dans certains milieux.

« Il y a pire » [...] Après avoir découvert son hépatite C [lors d'un recours pour un autre problème], elle a continué à ne rien faire. « J'avais d'autres problèmes, et je ne me sentais pas mal ». Un jour, ayant commencé à se sentir mal, elle est allée aux urgences de La Conception, et a commencé à suivre un traitement (n.162 - 41ans)

Dans cet exemple, puisque la pathologie est « silencieuse » et que l'individu a d'autres soucis à gérer, la découverte d'une infection et la décision de la soigner ne « font pas urgence ». Il s'agit, en fin de compte, d'un calcul rationnel coût-bénéfice, à court terme, dans un contexte de ressources - temps, argent, énergie...- particulièrement limitées.

Dans un autre exemple, une personne décide de recourir à un médecin lors de l'aggravation d'un problème précédemment perçu comme stable. D'un côté, sa gestion devient plus compliquée, et de ce fait bouscule l'équilibre quotidien construit auparavant. De l'autre, la perception de la dégradation crée une incertitude quant à son issue. Difficultés pratiques et aggravation conduisent à revoir l'échelle des priorités de la personne et à placer le recours aux soins comme une nécessité :

Il dit être en bonne santé, mais après il dit d'avoir SIDA, VHC et un problème à la jambe gauche. « Ma jambe ne marchait pas trop bien suite à l'accident. L'opération n'était pas allée super bien et je devais déjà utiliser une béquille... Par contre, j'ai l'impression que, depuis quelque temps, elle va s'aggraver et fonctionne de moins en moins [...] je veux voir un docteur pour la jambe : j'ai déjà un RDV » (n.40 - 43ans)

L'aggravation peut être liée au changement d'un aspect de la vie d'un individu. Le fait de commencer à travailler peut être un de ces facteurs. Dans l'exemple suivant, le travail représente à la fois l'élément perturbateur de l'équilibre physique et la raison pour laquelle la personne décide de prendre en charge ce problème précis. Le fait de travailler étant une priorité, et la maladie représentant un obstacle à cette priorité, le problème ne peut plus être négligé.

Il a mal à l'articulation du genou gauche. C'est grave parce que « ça me fait mal tout le temps : j'ai du mal à marcher et, même au lit, ça me gêne beaucoup ». Au début, il ne

¹³ Massé Raymond, 1995, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Paris : Ed. Gaëtan Morin.

fait rien parce que « Je suis habitué à ce problème, je l'ai tout le temps en hiver et, parfois, même en été. Ça m'arrive quand le temps change ou le froid arrive... Donc, je me suis dit que tout était normal. D'ailleurs, la douleur était supportable, comme d'habitude ». Il est allé à l'hôpital quand il a commencé son nouveau travail. « Le nouveau travail prévoit que je monte et que je descende sur des échelles. Donc je pense que le problème est celui-ci. Après avoir commencé, le genou a commencé à faire de plus en plus mal, jusqu'à rendre très difficile le seul fait de se promener... Alors, dans mon jour libre du travail, je suis allé aux urgences [il a eu 2 types de cachets (pris en charge) et 1 pommade (plus ou moins 5€)] ça va mieux, dans le sens où j'ai moins mal et que je peux me promener » (n.35 - 47ans)

Au contraire, lorsque le problème ne bouleverse pas davantage la vie quotidienne et est perçu comme stable, une personne peut décider de ne pas recourir à un professionnel :

Il dit d'avoir un problème au pied droit. Il croit qu'un orteil s'est déplacé. D'abord parce que la différence se voit par rapport au pied gauche, puis parce qu'il marche beaucoup ; ça commence à lui faire mal. Par contre, il ne veut pas voir un médecin. Il ira seulement si le problème s'aggrave. Autrement ça ne servirait à rien. (n.25 - 50ans)

Parfois, la prise en compte d'un problème perçu comme incapacitant peut être le déclencheur d'une réinsertion dans le circuit de soins et d'une démarche active de recours aux médecins. Un homme âgé, par exemple, a décidé de s'adresser à des professionnels pour refaire ses papiers pour la couverture médicale (alors qu'il était dans le circuit de l'assistance depuis longtemps) lorsque, à cause d'un problème à la prostate, il a commencé à souffrir d'incontinence.

En 2011, il a commencé à présenter une incontinence. Puisqu'il n'avait pas de couverture, ni d'argent pour payer un médecin, il s'est adressé à l'infirmière de l'ADJ Consolat. A l'ADJ, ils se sont occupés de lui faire toutes les démarches pour obtenir la sécu. Il a été hospitalisé puis placé en maison de repos. (...) A la sortie, puisque son problème d'incontinence persistait, il a décidé spontanément d'aller, tout de suite voire un urologue de la Conception (n.161 - 70ans)

La douleur est l'un des symptômes incapacitants les plus répandus. Lorsqu'elle est intense et/ou prolongée, elle empêche l'exercice de toute activité et met en crise « la manière d'être au monde ». Le seuil de tolérance à la douleur varie selon la personne et ses expériences de vie. Mais quand la douleur est intense, le recours aux soins fait l'unanimité.

Suite à une surconsommation de Subutex, la personne n'a pas réussi à aller aux toilettes pendant trois semaines, dit-elle. « Au début, je n'avais pas mal. Je me suis dit que ça allait s'arranger tout seul (...). Il m'était déjà arrivé d'être constipé à cause du Subutex... Et ça s'était toujours arrangé tout seul (...) ». Dès l'arrivée des douleurs au ventre, il est allé voir le médecin de Casanova (un CSAPA qu'il fréquente d'habitude parce qu'il y est domicilié et y a son assistant social) (n.5 - 35ans).

Cet exemple montre que même si le problème a été clairement identifié par la personne c'est ici la douleur ressentie qui incite à recourir à une structure de soin. On y voit aussi comment ce recours se fait de façon contingente puisque la visite au médecin s'accompagne d'une relève de courrier et de démarches administratives d'accès aux droits.

D'autres facteurs peuvent faire obstacle au recours aux soins, comme une mauvaise expérience précédente ayant entraîné la perte de confiance envers les professionnels de soins...

« J'ai attendu autant de temps [pour me faire opérer à l'autre poignet] parce que je n'avais pas confiance dans les médecins... J'avais peur qu'ils fassent un travail de merde comme ils avaient fait à St Marguerite avec mon poignet... Après j'ai décidé de le faire quand même parce que j'en avais marre de la situation, qui n'était plus soutenable, et parce que, en outre, tout le monde m'avait dit qu'il ne fallait pas s'inquiéter » (n.44 - 51ans)

On évoque aussi divers problèmes bureaucratiques.

Tous les hivers, il a mal aux dents - l'été ça va mieux - après avoir mangé ou les avoir brossés. C'est grave parce que « ça me fait mal et ça me gêne. En plus, j'ai déjà perdu 3 dents ». Au début, il n'a rien fait parce que la douleur était supportable et qu'il n'avait pas de carte vitale. Mais, depuis quelques jours (plus ou moins une semaine), la douleur devient plus forte donc il dit vouloir aller au CASO dans la semaine [On a perdu le contact avec la personne, on ne sait pas s'il y est allé ou pas : en tout cas, il semblait très motivé]. (n.32 - 50ans)

Ou encore des difficultés pratiques :

Il y a cinq ans, lors de son arrivée en France, les douleurs aux jambes et à la cheville droite ont commencé à se faire de plus en plus fortes. Il s'agit de séquelles de sa poliomyélite. « Je devais bouger tout le temps, parce que, avec le froid, la douleur augmente ». Il devait, de plus, marcher avec les béquilles. [...]. Il attendait pour se soigner car son médecin n'avait pas d'ascenseur et donc ce n'était pas pratique pour lui d'y aller. Mais la douleur se fait trop intense. (n.131 - 46ans)

A l'inverse, l'absence de douleur ou d'autres manifestations fonctionnelles peuvent dissuader la personne de s'occuper de son problème de santé.

Détachement d'une prothèse dentaire mise en Algérie. Mais il ne sait pas comment ceci est arrivé. « Je ne sais pas : c'est arrivé ». Il dit que ce n'est pas grave parce que « ça ne me fait pas mal et ça me gêne un peu seulement pour manger » (n.35 - 47ans)

Dans ce cas, le facteur esthétique du manque de dents n'est pas pris en considération. Pourtant, pour certains cet aspect peut être prioritaire. Les symptômes et toute manifestation d'un événement de santé, en fait, sont évalués en rapport à la vie et au vivre en société. Mais, bien évidemment tout cela dépend de multiples facteurs comme ici celui de l'âge.

Il s'agit d'un jeune de 22 ans. Il a eu « comme une pelade, mais je ne sais pas ». Dans ce cas, qu'il ne juge pas grave. D'abord il n'a rien fait car « j'aime pas voir les médecins ». Mais, après quelque temps, il est allé voir un médecin, car « c'était quand même bizarre ! Les gens se demandaient "qu'est-ce qu'il a, lui ?" ». (n.167 - 22ans)

Enfin, la perception de symptômes incapacitants, au même titre que la douleur, peut être aussi mentale. Par exemple, c'est le cas d'un homme qui dit vouloir bientôt faire un traitement pour arrêter de boire...

Parce que « je suis en train de saturer ». Il dit que « le cerveau déraille » et qu'il a des crises de *delirium*. Il dit qu'il connaît le traitement, parce qu'il l'a déjà fait une fois, suivi par son médecin (vitamine B12 et un Valium chaque trois heures) (n.111 - 48ans).

Sous-estimation

Comme on vient de le voir, le passage à l'acte médical suite à la manifestation d'un problème de santé est souvent déterminé par des facteurs subjectifs. La gravité d'une affection, et la nécessité de la traiter, peuvent alors être sous-estimées. Le recours aux soins est négligé, ce qui entraîne, souvent, une aggravation du problème.

Différents facteurs, généralement concomitants, peuvent entrer en jeu et conditionner négativement les évaluations que font les personnes. D'un côté, elles ont des connaissances médicales souvent approximatives. De ce fait, elles n'identifient pas dans leurs symptômes la pathologie qui se manifeste et en font donc un mauvais pronostic. Dans l'exemple qui suit, la gravité de l'épisode est jugé « a posteriori », une fois que le professionnel a mis au courant la personne des risques encourus.

Il y a trois ans, (à l'époque il avait la CMUc) il a commencé à souffrir d'hypertension, dont les symptômes étaient des bouffées de chaleur, mal à la tête et les yeux rouges. Il dit avoir contracté cette pathologie : « à cause des soucis que j'ai, dans la tête... La situation... sans futur ». C'était grave parce que « on peut en mourir ». Au début il n'a rien fait car « Je ne connaissais pas ça ». (n.131 - 46ans)

De l'autre côté, lorsque la douleur est perçue comme faible, ou la gêne n'impacte pas trop la vie de la personne, le problème est négligé. C'est seulement quand les symptômes deviennent incapacitants que l'individu décide d'agir. Mais cette situation se présente souvent lorsque le problème s'est aggravé, et le recours doit se faire, par conséquent, dans l'urgence.

Au début la symptomatologie était légère [inflammation, perte de sensibilité et de contrôle de la main droite] et il n'a rien fait. Mais « après 15 jours ma main était totalement enflammée (sic.) et je n'arrivais pas à la serrer. En outre, j'avais totalement perdu la sensibilité de mon petit doigt ». Donc, il est allé aux urgences. (n.11 - 52ans)

Ici comme ailleurs, mais sans le dépistage qui souvent est le fait des institutions (médecine du travail, dépistages réguliers), les maladies silencieuses ne sont pas considérées comme graves, et cela même après avoir été diagnostiquées.

« J'en ai vu un [docteur] aujourd'hui à MARSS/EMPP, donc ça va... Au moins pour mon traitement psy... Mais je suis aussi alcoolique et, surtout, j'ai la VHC mais je ne m'en occupe pas vraiment parce que je suis en bonne santé... Par contre, je sais que je devrais m'en occuper : en plus que, maintenant, il y a des traitements » (n.33 - 40ans)

Ce principe est d'autant plus fréquent pour les personnes consommatrices de substances psychotropes, qui ont pour effets potentiels, soit de diminuer la douleur soit de masquer certains symptômes psychiatriques. De fait, ces consommations peuvent être à l'origine de retards dans la prise en charge :

« Une dent, creusée de toute sa pulpe par une carie, est devenue un abcès parce que j'ai trop attendu pour la faire soigner. [Ceci n'était pas grave parce que] ça se soigne et puis je n'avais pas mal parce que je prenais beaucoup de Skenan [...] un jour je me suis réveillé avec une joue énorme donc je suis allé voir MdM au CASO : ils m'ont donné RDV 3 jours après à l'hôpital d'Aix » (n.26 - 33ans)

La priorité donnée à la perception de la douleur ou de la gêne, qui est relative à la personne et à ses habitudes de vie, jointe à de faibles connaissances médicales, sont à l'origine de

nombreuses sous-estimations et donc de report du recours aux soins. L'affection aura alors changé d'échelle de gravité pour la personne, mais bien souvent aussi d'un point de vue purement clinique, et c'est dans ce cadre que s'insère bon nombre des recours aux urgences.

En 2009 il a attrapé, pour la troisième fois, l'hépatite C. Il était devenu jaune, il était faible et très agressif. C'était grave parce que les gens le regardaient de façon bizarre et ne s'approchaient pas. En pensant que « ça allait passer tout seul », il n'a rien fait. (n.127 - 62ans)

Dans cette situation l'individu nous dit avoir laissé traîner son hépatite car il pensait qu'elle allait guérir seule. Faut-il accepter cette « interprétation » ? Une autre supposition est que la personne justifie son comportement par son « ignorance » afin de ne pas exposer les priorités qui ont guidé son choix. Par exemple, nous savons que, à ce moment, la personne vient de sortir de prison et qu'elle est dépendante aux opiacés...

Dans d'autres cas, la personne agit sur ses symptômes, mais pas sur la pathologie elle-même. Dans ce cas, elle accomplit effectivement une action médicale, mais le fait de manière partielle. De cette façon, le problème est destiné à se représenter, parfois sous une forme aggravée.

Après presque deux ans de traitement chez le psychiatre, en mai 2013 il arrête son traitement en pensant ne plus en avoir besoin (il se sépare de sa compagne et redescend à Marseille en redevenant sdf). Mais ses conditions se détériorent et il recommence à aller très mal. (n.163 - 37ans)

Par ailleurs, l'expérience des soins vient accroître les connaissances « médicales » mais aussi « relationnelles » des malades. Savoir qu'un traitement ne fut que provisoire peut inciter à « prendre le taureau par les cornes » et à se soigner.

Il avait une dent cassée et « un jour, elle a commencé a me faire mal ». D'abord, il ne pensait pas que ceci était grave parce que « je pensais que ça passerait tout seul ». Alors, il a attendu 2 ou 3 jours, pour voir. Après, sur conseil d'un pair à Forbin, il est allé au CASO où il a reçu des antidouleurs et un RDV avec le dentiste, mais il n'y est pas allé parce que « je devais rentrer en Italie, donc j'ai raté mon RDV puis, quand je suis rentré à Marseille, j'ai laissé tomber parce que je n'avais plus de douleur ». Après, la douleur est revenue. Il est retourné au CASO et il a reçu encore des antidouleurs et un RDV pour enlever la dent : cette fois il y est allé. (n.42 - 28ans)

Expérience

Le fait d'avoir déjà sous-estimé un problème, et donc de connaître les conséquences éventuelles, peut amener la personne à entreprendre une action immédiate. En général, l'expérience peut favoriser une prise en charge précoce, ce qui se traduit par une meilleure efficacité du traitement ; le problème étant traité avant son aggravation.

« Je veux voir un dentiste pour enlever cette dent qui est cassée. L'année dernière j'ai eu le même problème mais j'ai attendu trop de temps pour la faire enlever donc j'avais fait un abcès qui faisait très très mal : je ne veux pas que ça se représente » (n.26 - 33ans)

Il y a un an, il a eu la toux, et à son avis c'était la rechute d'un problème pulmonaire qui avait déjà été soigné l'année précédente. A cette occasion, il avait été hospitalisé pendant 10 jours, suite à une consultation chez son généraliste, à cause d'une « toux

avec vomissement de sang ». Il a dû payer au total plus de 700 euros, car il avait la CMU et donc il fallait payer 20% des frais. Il a payé petit à petit. Cette fois, à son avis ce n'était pas grave, car « cette fois je ne crachais pas de sang ». Il a choisi d'aller chez le médecin de l'ADN car « c'était samedi ou dimanche », et de plus « il donne les médicaments sans faire payer », et il dit être guéri. (n.153 - 64ans)

Un homme affirme avoir « grippé deux fois » ici à Marseille, à cause du climat « frais et humide ». En général, il ne juge pas une grippe comme étant grave mais comme en Algérie il a eu la tuberculose, il est tout de suite allé voir le médecin du CASO, pour qu'il l'oriente et qu'il passe tous les examens. (n.116 - 64ans).

Dans ces deux derniers cas, les symptômes se réfèrent à une maladie « bénigne », mais qui font écho à l'expérience de la personne. L'habitude ou la récurrence d'un problème permet une réaction immédiate, puisque l'individu est capable de saisir les modifications de son état, et de les mettre en lien avec ce qu'il peut envisager comme conséquences.

Puisqu'il s'était aperçu qu'il allait avoir une crise épileptique, il a demandé à un passant d'appeler les pompiers. Il les a attendus assis sur un banc et leur a fait signe quand ils sont arrivés. La crise s'est déclenchée quand il était déjà avec les pompiers. Ils l'ont emmené à l'hôpital de la Timone. « En général je vais à la Conception, je suis un habitué des hôpitaux ». Après quelques heures il était dehors, et il considère que l'épisode s'est terminé avec cette « guérison ». (n.164 - 32ans)

La psychologue de Marceau (1 recours) « a parlé avec moi et elle m'a remonté le moral [...] elle m'a aussi donné du Théralène : c'est un somnifère. Elle m'a dit d'en prendre au maximum un demi quand je n'arrive vraiment pas à dormir : ça devrait me décontracter... En tout cas, j'en prends vraiment pas souvent : j'ai peur d'en prendre l'habitude [...] Je me suis rendu compte que je n'allais pas bien et que la chose était en train de s'aggraver [...] donc, j'ai décidé de réagir : tu le sens quand tu ne vas pas bien [...] Après quatre séances [avec la psychologue] j'allais beaucoup mieux, donc j'ai arrêté » (n.59 - 44ans)

Mais tout n'est pas aussi simple et, dans certains cas, l'expérience ne va pas dans le sens souhaité d'un point de vue médical. En effet, l'expérience peut être biaisée par différents facteurs, tels que la mémoire, l'état psychique de la personne, ou même des circonstances aléatoires que la personne n'est pas en capacité d'interpréter correctement. Par exemple, on nous a rapporté divers événements marquant cette confusion des savoirs et des conduites :

En 2004, il a fait une dépression, qui à son avis était grave parce qu'il était vieux et seul, sans personne.[...] En tout cas, il n'a rien fait pour soigner cette dépression, parce que ce n'était pas la première fois que ça lui arrivait, et il avait appris qu'il ne fallait surtout pas se faire hospitaliser : la dernière fois, un médecin lui a dit de cracher les médicaments qu'on lui donnait, de ne pas les avaler, « C'est grâce à ça que je me suis sauvé ». (n.126 - 78ans)

Interprétation, concaténation des souvenirs et des épisodes de maladie... Tout peut faire sens et servir à justifier des conduites toujours vécues au présent des contextes et des interactions de soin.

Il peut en être de même pour un événement de santé qui se présente sans expérience similaire préalable, notamment parce que la personne ne fait pas le lien entre différents facteurs concernant son état de santé...

Lors d'une rage de dents, il a d'abord pensé à l'automédication. Il a pris de l'Effergal codéiné, car c'est la seule chose qu'il avait lorsque la douleur s'est faite intense, pendant la nuit à la madrague. Un pote lui avait « offert » ça un jour auparavant. En réalité, comme il prend du Subutex, il n'aurait pas dû en prendre, mais il ne le savait pas encore. (n.152 - 42ans)

Ou encore, donner lieu à des convictions inexactes...

Il dit qu'il ne sait pas s'il a fait un dépistage ou pas. Jusqu'à aujourd'hui il pensait que des affections comme le SIDA étaient détectées lors des analyses du sang de routine. (n.133 - 59ans)

Ce dernier exemple montre une attitude très répandue parmi les gens que nous avons rencontrés. Le dépistage d'infections tel que le SIDA n'est pas très pratiqué, mais surtout, pas bien connu. La conviction que ce test est fait lors d'analyses de routine, nous dit que la personne n'a jamais entrepris une démarche volontaire de contrôle. Cette conviction se base-t-elle sur des rumeurs, des confusions autour de la pratique médicale de détection des virus ? S'agit-il juste d'une réponse de circonstance ou d'une expérience mal comprise (par exemple, puisqu'il est arrivé qu'on leur prescrive un dépistage lors d'analyses de routine, ils pensent que cela se fait systématiquement) ?

Automédication

Le recours à l'automédication est très fréquent parmi la population ciblée par la recherche. Le tableau des recours montre que, sauf dans le cas où l'individu est immédiatement alarmé par une symptomatologie spécifique, sa première réaction est soit « ne rien faire », soit « tenter une automédication », parce que le problème n'est pas jugé grave ou bien que attendre laisse l'espoir que l'épisode pathologique se résolve seul.

Parfois, il s'assoit avec le genou plié et il a mal à la suite d'un accident mal soigné lorsqu'il était à la légion. Alors il allonge sa jambe et se masse. Il ne va pas chez le médecin parce qu'il espère que ça passera (n.57 - 22ans).

A propos d'une bronchite chronique : « J'ai cette maladie, et il faut faire avec. Tous les matins, je bois une tisane et un verre d'huile d'olive du Bled. C'est la sagesse populaire. Ça aide à ne pas sentir la douleur des bronches, mais ça ne guérit pas ... (n.29 - 49ans).

Parfois, cette solution fonctionne et le problème, en effet, se résout presque « par miracle »...

« Un briqué brûlant m'est tombé sur [le dos de] la main [gauche. Ce n'est pas grave parce que] ça ne me fait pas mal. [Il est allé chez le médecin de la Madrague] il m'a désinfecté, mais j'ai refusé le pansement. Je sais que, comme toutes brûlures, il ne faut pas toucher et elle guérira toute seule [...] Elle est en train de guérir : maximum 10 ou 15 jours, elle sera totalement guérie » (n.27 - 44ans)

En revanche, ces conduites aggravent souvent les problèmes et, à ce moment, la personne va mettre en œuvre d'autres actions. Par exemple, la personne citée plus haut poursuit son entretien en disant... « je continue à me soigner avec mes médocs parce que la bronchite part et revient vite... Et je ne veux pas toujours aller chez le médecin ».

L'automédication peut aussi prendre la forme mineure d'une simple adaptation de ses habitudes de vie (diminuer les cigarettes ...)

Le soir, il mange à la madrague, le midi il mange un sandwich préparé avec ce qu'il a mis de côté du repas à la madrague, « Juste pour calmer le diabète ». (n.160 - 60ans)

Homme de 25 ans, originaire de la Tunisie, sans titre de séjour. Il a arrêté de prendre de la cocaïne, dont il faisait un usage important quand il « dealait », car il pense que cela empirait son problème de crises épileptiques. Il a aussi arrêté de boire depuis 2 mois, alors qu'avant il buvait « vraiment beaucoup ». (n.129 - 25ans)

Son automédication pour une grippe prise à Forbin a d'abord été d'essayer de rester à Forbin le moins possible pour s'éloigner du milieu pathogène et de manger mieux pour être plus fort... Vu que la grippe était toujours là, il est allé dormir deux semaines dans le squat de son pote et il a guéri (n.58 - 22ans).

D'autres actions plus spécifiquement « médicales » peuvent être entreprises. Dans ce domaine entrent les usages de produits psychoactifs, stupéfiants illégaux ou médicaments détournés de leur usage. Ces usages sont très fréquents pour soigner des symptomatologies aussi diversifiées que le nombre de produits mobilisés.

Il y a un mois, elle a eu une grave crise épileptique, à son avis liée à « trop de fatigue... et à l'insomnie... ». C'était grave parce que « J'ai bavé et tout, alors que d'habitude je ne bave pas ». [...] On lui a donné le choix entre se faire hospitaliser ou prendre un rendez-vous avec son médecin. Elle a préféré ce dernier choix car « ça me gonfle [ndr : d'être hospitalisée], à chaque fois que j'ai des crises... ». [...]. Elle se plaint du fait que quand elle était enfant, déjà malade, on lui disait qu'une fois grande elle serait guérie. Elle dit qu'en attendant d'avoir consulté son médecin, « j'arrive à me gérer moi même ». Notamment, elle a augmenté sa dose de Gardenal. Elle dit faire cela afin d'éviter de passer du Gardenal à la Dépakine, un médicament beaucoup plus « fort (...) Quand on commence à le prendre, c'est grave, parce que c'est plus fort ». (n.148 - 43ans)

Assez banalement, l'automédication se fait sur la base de son propre savoir qui se construit le plus souvent à partir d'une expérience personnelle. La personne s'est déjà trouvée à gérer le même malaise ou un autre jugé similaire.

Dans d'autres cas, on peut utiliser ce qu'on pourrait appeler des « savoirs populaires », plus ou moins « traditionnels » et appris au cours de sa vie.

En ayant froid au cours du travail comme maçon, il a attrapé une « grippe » (« qui n'est pas grave en soi-même parce que c'est normal en hiver »). « Mais, à cause d'un problème à mon septum nasal, toutes les fois où j'attrape la grippe, j'ai aussi la sinusite [alors, il fait des rinçage du nez] avec du sel acheté en pharmacie dilué dans de l'eau froide pour débloquer le nez et faire sortir toute la merde qu'il y a dedans et qui est la cause de la douleur [...] Je sais ça depuis mon adolescence. La guérison concernant la sinusite est immédiate, pour la grippe on ne peut rien faire, en 3 ou 4 jours elle guérie toute seule. » (n.28 - 29ans)

Ce choix de l'automédication se justifie de multiples manières. Il peut s'agir de la crainte de recourir à l'institution médicale ou de la perception que cela demeure la façon la plus simple de résoudre un problème de santé. D'autres raisons, déjà évoquées, consiste dans l'inefficacité perçue des traitements prescrits par les médecins quel qu'il soient (ville, hôpital ou structure).

Cela peut aussi bien représenter la seule possibilité pour palier l'impossibilité d'accéder aux soins, quelle qu'en soit la raison, par exemple, ne pas connaître assez bien le système pour se débrouiller dans un contexte de précarité économique ou administrative.

Il n'avait ni carte vitale, ni AME, ni ne connaissait l'existence de MdM, donc il a fait tout seul. Il s'est acheté du jus d'orange, du chocolat, des biscuits et du pain pour pouvoir manger pendant la journée de manière à avoir un peu d'énergie et s'hydrater ; de l'aspirine pour se soulager. Après 3 mois, la maladie a guéri, mais il n'était pas bien. Il avait perdu du poids (on pouvait voir les os de sa poitrine). Il n'y avait pas grande chose à faire, à son avis, seulement attendre et essayer de manger le plus possible. Par contre, ne pouvant manger que ce qu'on lui donnait à Forbin et ce qu'il pouvait acheter avec l'argent de son père, il a mis un an pour se sentir vraiment mieux. (n.25 - 50ans)

Il a eu de grosses ampoules sous les pieds, du fait de marcher beaucoup avec des chaussures inadaptées. Il considère ce problème grave, parce que « au niveau de la locomotion c'est pas évident », et qu'il n'a pas les moyens de se procurer de nouvelles chaussures. Par ailleurs, il aurait besoin de se stabiliser pour les soigner, mais ce n'était pas possible à l'uhu. Il s'est donc installé auprès d'une station de nettoyage pas loin de l'uhu, sur un matelas qu'il a trouvé près d'un chantier. Il a acheté des citrons et se désinfecte avec ça. Il justifie sa conduite par : « je ne pouvais rien faire d'autre, sans carte vitale » (n.113 - 28ans).

Ces conduites sont, bien sûr, plurielles selon les formes et l'évolution des pathologies.

Un jour, je me suis réveillé avec une joue énorme donc je suis allé voir MdM au CASO : ils m'ont donné RDV 3 jours après à l'hôpital d'Aix » Entre temps, pour tenir, « j'ai demandé à des potes de Montpellier de me procurer du Skenan parce que à l'époque je ne savais pas où m'en procurer sur Aix ». Il a dépensé de l'argent mais « pas beaucoup : le Skenan n'est pas cher ». Il est allé aux RDV (percer et soigner l'abcès et, après une semaine, enlever la dent) et MdM a pris en charge. (n.26 - 33ans)

Interprétations plurielles où l'on peut faire « feu de tout bois ». Toute interprétation peut aussi être réinterprétée et conduire à certaines pratiques.

Il dit qu'il boit « de temps en temps », mais qu'il essaye d'éviter parce que il a eu l'hépatite c et le gastro-entérologue qui l'a soigné (pendant qu'il était en prison) « m'a trouvé le foie engrossé », et lui a conseillé de ne boire qu'un peu et lors d'occasions particulières (anniversaires...). Du coup, pour ne pas attraper la cirrhose, il se limite à une bière par jour. Mais parfois il ne boit rien « parce que si je goûte l'alcool dans mon corps ou si je suis contrarié, je vais boire beaucoup... Si je ne commence pas ça va, sinon j'ai du mal à m'arrêter ». (n.152 - 42ans)

Les paroles et les savoirs « techniques » se mêlent aux expériences vécues au sein de parcours complexes ou chaque moment peut servir d'argument. Cela est particulièrement vrai dans le cas des troubles psychiques.

Il prend des médicaments pour dormir avec prescription, « mais je règle moi-même les dosages selon mon besoin » (n.57 - 22ans)

« Je ne peux pas dormir sans le Stillnox. J'en prends un dosage variable selon mon humeur : je sais de quoi j'ai besoin... Par exemple, après l'opération à mon pénis, je me sens mieux et j'en prends moins » (n.44 - 51ans)

Parfois aussi, de façon très pragmatique, le recours au médecin n'est pas accompli pour avoir ses consignes mais seulement pour ne pas devoir payer les médicaments.

« Je vais chez le médecin, pour la grippe c'est inutile, mais les médicaments sont remboursés » (n.40 - 43ans)

Recours au système de santé

Une fois que la personne a estimé devoir s'adresser à un professionnel, il reste important de connaître le système de soins pour pouvoir en exploiter les services les plus adaptés. Dans une situation de précarité économique et administrative, cela permet en effet de franchir la barrière économique. Mais trois autres facteurs influencent l'accès aux soins : la proximité / contingence, la confiance envers des professionnels ou des institutions, et enfin, l'habitude.

Proximité et contingence

Un recours se fait à partir de plusieurs facteurs, mais le premier élément qui semble se dégager porte sur l'importance de la proximité, géographique ou physique, ainsi que d'autres dimensions assez contingentes. Ainsi la présence directe des soignants (mais aussi d'autres types de professionnels), de même que la conjonction d'un certain nombre de conditions fortuites, sont parfois nécessaires au démarrage et au suivi d'un traitement. Cette configuration ne répond alors qu'à quelques règles spécifiques à chaque situation.

La personne arrive inconsciente aux urgences, suite à une bagarre dans la rue. « Une fois arrivé à l'hôpital, on m'a un peu soigné et les docteurs voulaient me garder au moins pour la nuit mais je ne voulais pas : je voulais partir pour rentrer au Sleep'in... La vérité est que je voulais aller fumer une clope donc j'ai signé une décharge et je suis parti [...] Quand je suis arrivé au Sleep'in, j'ai commencé à avoir du mal à parler et à respirer ». Il en parle alors avec un membre de l'équipe qui lui conseille d'aller faire une radiographie. Il fera cette radio « à l'occasion ». « J'étais à La Seyne-sur-Mer [aux urgences] parce que j'avais accompagné un collègue qui prenait son traitement là-bas ». Lorsque cette personne revient au sleepin', quelques jours plus tard, elle saisit la possibilité de montrer ses radios au médecin du lieu qui les interprète et lui diagnostique « un décollement du poumon ». (n.12 - 31ans)

Une suite hasardeuse, mélangeant proximité et contingence, structure ce parcours de soins. En effet, cette dimension contingente du recours au soin tend parfois vers le hasard ou la chance, même dans le discours des personnes. C'est lorsque les personnes se trouvent dans la proximité immédiate des soignants que l'occasion se présente : elle est trouvée plus que recherchée.

À l'occasion d'une sortie à la mer organisée par l'UHU de la madrague, on lui propose de passer une visite médicale. Elle découvre à cette occasion qu'elle a des problèmes à la thyroïde (n.102 - 54ans)

Ce principe est encore plus prégnant pour les démarches de prévention et notamment pour les dépistages MST/IST. Nombreux sont ceux qui ont déjà fait des dépistages à l'occasion d'une hospitalisation pour un tout autre problème, ainsi qu'à l'armée ou en prison. Une autre grande partie des cas est représentée par ceux qui ont effectué l'analyse lorsqu'elle a été proposée dans les structures d'accueil, ou bien auprès du camion garé à côté d'un ADJ. Au contraire, peu nombreux sont ceux qui ont démarré une démarche autonome vers un centre d'analyse spécialisé. Il faut remarquer, de plus, que souvent le test pour le VIH est le seul qui est effectué car il est celui majoritairement proposé, alors que d'autres infections, telles que les hépatites, seraient aussi, voire plus, utiles. Certes, les professionnels peuvent orienter, après l'entretien préalable au test, vers une analyse plus complète. Mais le fait que très peu de personnes nous aient communiqué avoir passé un dépistage dans un lieu autre

que le camion, nous fait supposer que ces prescriptions sont très peu suivies. En matière de dépistage, les comportements plus actifs et conscients, n'ont été remarqués que dans le milieu des usagers de drogues.

Proximité : Les professionnels des structures

Les professionnels des structures sont dans une proximité immédiate avec les personnes : ce que désigne l'expression "personnels de première ligne". Ceux-ci, dans des structures bas seuil, qu'il s'agisse des accueils de jour ou de nuit, sont très fréquemment interpellés en première intention. Ils représentent 18% des premiers recours pour un événement de santé qui n'est pas jugé grave (en deuxième position après « ne rien faire ») et 12% pour un événement jugé grave (en 3^{ème} position après « ne rien faire » et « urgence hospitalière »).

C'est donc en raison de cette proximité qu'ils sont mobilisés en premier:

Lorsqu'il a attrapé la gale [...] il est allé consulter le médecin de l'ADN, même s'il a la CMU et la carte vitale, car « j'étais malade et le médecin était là ». (n.144 - 47ans)

Parfois faute de mieux, puisque ils fournissent un service gratuit:

« Je suis allé voir le médecin de l'UHU [Madrague] parce que, à l'époque, je n'avais pas encore la CMU » (n.4 - 52ans)

Malgré cet aspect de « faute de mieux », dans la majorité des situations où ces professionnels sont abordés en premier recours, ils seront aussi le seul recours de la personne.

Par ailleurs, nous avons remarqué que certaines personnes tendent à se servir de ces services même si elles peuvent aller ailleurs : un peu par habitude, un peu par facilité.

Il a la sécurité sociale, une mutuelle avec la Poste et une couverture au 100% par rapport à sa maladie, la sclérose en plaque. À l'heure actuelle, il va chez l'infirmière de l'ADN pour avoir des antidouleurs, car étant sur place, pour lui qui est en fauteuil roulant c'est beaucoup plus facile. (n.168 - 45ans)

Cette importance accordée à la dimension de « proximité » peut inciter des personnes à solliciter le professionnel « disponible » pour des tâches qui sortent de ses fonctions.

Il y a un mois, il a eu « une ampoule qui avait creusé » (...) Le lendemain, il est allé voir l'infirmier de Forbin, où il dormait, qui lui a refait le pansement. Le jour d'après, quand il a eu son rendez-vous avec le médecin du Cabanon, il lui a montré la blessure et s'est fait refaire le pansement : « je le vois tous les jours... et il me pose des questions, tu vois ? Et j'en ai profité ! » (n.152 - 42ans)

Même s'il n'est pas le plus à même à prendre en charge cette demande de soin et que la personne le sait pertinemment, c'est vers le soignant « disponible » le plus proche que cette demande sera effectuée.

« En réalité je voudrais bien voir un docteur, mais j'ai la flemme ». Ça lui arrive souvent de se faire de petites blessures à cause des coups de colère qu'il ne peut pas contrôler. Pour cela il se tourne généralement vers l'infirmière de l'ADJ Marceau. (n.103 - 33ans)

Ces professionnels sont mobilisés en raison de leur accessibilité immédiate, plus ou moins indépendamment de leur qualification professionnelle. Outre les médicaux et paramédicaux,

on retrouve parmi ces professionnels mobilisés en première intention de nombreux travailleurs sociaux, et dans une moindre mesure, des agents de sécurité et d'accueil.

Ceci s'explique aisément. Lors du premier recours les professionnels sollicités ne peuvent rien faire de médical, mais permettent de fluidifier les parcours en orientant la personne au bon endroit. Ils comblent, de cette manière, le manque de connaissances que les individus ont du système et des structures de soin. Connaissances qui sont fondamentales dans l'accès et l'élaboration d'un parcours de soin.

En 2011, dès qu'il est entré à l'ADN « les glandes de sa gorge ont gonflées » et il a passé une semaine sans pouvoir manger. La cause est « les microbes de Forbin ». Sa sécu était bloquée car son permis de séjour était périmé, donc il est allé se renseigner à l'accueil de l'ADN et on l'a orienté au CASO, qui lui a donné des médicaments et donné rendez-vous pour la semaine suivante. (n.125 - 24ans)

En plus de l'aide à l'orientation, ces professionnels de première ligne et les structures auxquelles ils appartiennent peuvent aménager des interventions afin de permettre à la personne de suivre les prescriptions médicales :

L'agression a eu lieu la nuit. Le lendemain je suis allé à la boutique solidarité, où j'étais déjà bénévole. Un autre bénévole m'a accompagné aux urgences [...]. La boutique solidarité a payé pour les médicaments prescrits par le médecin des urgences et pour une semaine de chambre d'hôtel pour me faire un peu de convalescence tranquille. (n.29 - 49ans)

Les travailleurs sociaux en particulier, en étant quotidiennement (ou presque) en lien avec la personne, instaurent avec elle un rapport de confiance, ce qui les place comme interlocuteurs privilégiés pour tout problème. En effet, l'importance de la proximité se révèle alors parfois supérieure à la qualification réelle ou supposée de l'agent en question :

Suite à la fin de 5 ans d'histoire et un fils avec sa copine, la personne est atteinte de dépression qu'il juge grave « parce que, sur le coup, je voulais me couper les veines ». Il va d'abord parler avec un *animateur de santé* auquel il accorde une grande confiance, aussi bien sur un plan professionnel que personnel. Celui-ci lui conseille d'aller à l'hôpital et d'en parler avec un psychiatre : ce que la personne a fait. (n.1 - 24ans)

Parfois l'opérateur est mobilisé non par la personne concernée mais par un tiers qui lui est proche. Le contrôle entre pairs, en effet, peut jouer un rôle important dans des structures collectives comme les ADJ et les ADN. Dans ce cas, le recours aux soins se fait par une double médiation « de proximité » : l'entourage de la personne, en s'apercevant qu'elle a un problème mais qu'elle n'est pas capable de s'en occuper toute seule demande l'aide du professionnel le plus proche qui à son avis pourrait débloquer la situation :

Beaucoup de filles de St. Louis « se laissent aller. Si tu ne les pousses pas elles ne vont pas chez le médecin. Ce sont souvent des hébergées qui communiquent aux éducateurs quand elles pensent que l'une d'elles a des problèmes de santé » (n.148 - 43ans).

Parfois, la démarche va dans le sens inverse. C'est l'opérateur qui, de sa position privilégiée d'observation, peut remarquer quand une personne va mal, et aller vers elle pour comprendre la situation et favoriser le démarrage d'une prise en charge.

Il dit être « tombé en dépression » suite à la nouvelle de la mort de son parrain. Il dit avoir fait une dépression parce qu'il est resté 2 jours, enfermé dans sa chambre. Il dit

« ça m'a beaucoup affecté, mais la dépression en soi n'est pas grave ». Au début, il est resté enfermé dans sa chambre à fumer de joints, un éduc s'en est aperçu et l'a envoyé chez la psychologue. Il dit que « j'ai bien évacué... maintenant je continue à la voir : ça fait du bien ». En effet, « Le problème n'est pas réglé, mais ça va carrément mieux : j'arrive à y penser sans pleurer » (n.55 - 20ans)

Elle a eu un entorse à la cheville. [...] Elle s'est enfin décidée à aller consulter le médecin de l'UHU, « parce qu'il était à côté » et parce qu'un éducateur de l'UHU, en voyant que sa cheville était devenue bleu, a soupçonné une fracture (n.148 - 43ans)

Ces données posent la question de la formation de ce personnel de première ligne, non pas en terme de capacité soignante, mais plutôt de compétence d'orientation vers un service apte à gérer le problème, ainsi que la régularité de présence de ces professionnels, voire leur accessibilité réelle.

« Le médecin n'est pas toujours présent à l'UHU donc, s'il arrive un problème et qu'il n'est pas là, la seule chose à faire, c'est d'appeler les pompiers » (n.4 - 52ans)

Il nous semble alors que l'amélioration de la formation et de l'information de ces personnels de première ligne, soignant ou non, permettrait de diminuer les détournements de services et d'en éviter la saturation, notamment pour les recours aux services d'urgences hospitalières.

On rencontre, à l'ADN, un monsieur qui a une forte toux : il a peur que ce soit une suite de tuberculose, pour laquelle il a été soigné auparavant. On lui conseille d'aller voir, au moins, l'infirmière de Forbin, pour se faire orienter. Il demande où se trouve son cabinet, mais quand on lui dit qu'il faut d'abord passer par l'accueil pour s'inscrire sur une liste, il répond qu'il n'ira pas aujourd'hui. On ne sait pas s'il y est allé ou pas, car il n'était que de passage à Marseille et il est vite reparti. (notes)

Dans ce dernier cas, la personne est préoccupée par son état de santé. Mais la démarche nécessaire pour accéder au service, bien qu'elle soit à nos yeux très simple, le fait se désister. Suite à la mise en place de cette nouvelle procédure pour accéder à l'infirmier, un autre hébergé nous fait partie de ses mêmes préoccupations :

« Si quelqu'un va très mal, il n'arrivera pas à le voir [l'infirmier] ». (n.151 - 28ans)

Un décalage existe entre les exigences légitimes de la structure de réglementer le service, et la façon par laquelle ces règles sont vécues par les personnes hébergées .

Afin de comprendre les dynamiques qui influencent les parcours de soins des sans abri, il est donc nécessaire d'interroger l'importance de ces *agents de proximité*, la place qu'ils occupent et le rôle qu'ils jouent dans ces trajectoires de soin.

Contingence : à l'occasion de...

Directement en lien avec la notion de proximité se trouve celle de contingence. La contingence étant ici entendue dans le sens premier du terme, désignant des « Événements imprévisibles tributaires de circonstances fortuites, de faits d'importance mineure » et donc « susceptible d'être ou de ne pas être, de se produire ou de ne pas se produire »¹⁴. En effet, pour être mobilisés en premier recours, il faut que ces professionnels soient présents, qu'ils

¹⁴ CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/definition/contingence>, page consultée le 13/11/2014.

soient disponibles et qu'ils sachent répondre à la question posée.

Au « degré zéro », on retrouve ceux pour qui la contingence est créée consciemment, suite à une estimation coût-bénéfices, comme cette personne qui fait de l'allergie et se gratte mais ne montre ses plaques rouges qu'à son médecin, lorsqu'il le voit pour sa prescription de Subutex. En effet, s'il dispose d'un suivi à échéances fixes chez un médecin ou d'un rendez-vous prévu, l'individu peut, selon son évaluation de la gravité du problème, attendre cette occasion pour le traiter. Cela afin de limiter le nombre de déplacements et donc de limiter les dépenses de temps, argent et énergie.

Quand il a eu la grippe, il a attendu son contrôle mensuel avec son généraliste, qui a son cabinet à St. Juste. (n.159 - 59ans)

Un homme se présente à l'hôpital pour faire un sevrage à la cocaïne. Suite à une chute importante, il a la jambe dans le plâtre ; plâtre qu'il doit se faire enlever depuis un mois. Il profite de ce passage à l'hôpital pour sevrage pour évoquer son plâtre [...] les médecins prennent alors aussi soin de son pied. (n.7 - 38ans)

Une autre manière de penser la contingence se trouve dans toutes les situations où une personne se trouve face à un soignant pour une raison quelconque et que c'est au cours de cette rencontre qu'un autre problème sera découvert. Parfois, parce que le soignant en fera le constat et le soumettra à la personne.

A un certain moment, dans le squat où elle dormait à Perpignan, tout le monde a eu un problème de peau. Donc, elle est allée voir un dermatologue. Celui-ci lui a ordonné de faire une prise de sang, qui a relevé le VHC. Auparavant, elle ne le savait pas et n'avait donc rien fait pour cela, ce qui a aggravé son état. (n.162 - 41ans)

Ce qui peut éventuellement déclencher un enchaînement de prises en charge sur la base de contingences multiples:

Un jour, il y a à peu près 7 ans, une maraude de rue l'a approché pour lui faire un « contrôle général ». « Je venais de perdre ma femme... ». Il vivait à la rue où une maraude l'a approché et l'a fait hospitaliser dans une clinique psychiatrique. Dans cette clinique, on lui a fait le test pour la tuberculose, qui s'est révélé positif. Du coup, « le sous-préfet m'a envoyé dans une clinique dans les Alpes » pour la soigner. (n.159 - 59ans)

Depuis longtemps, il a un « gonflement de la mâchoire ». « Je ne sais pas, ça fait longtemps que c'est comme ça et je me suis souvent dit qu'il fallait aller me faire voir par un dentiste mais je ne l'ai jamais fait... Cette fois, j'en ai parlé avec la fille de la plateforme asile et elle m'a pris un RDV pour le lendemain ». Après les radios, le docteur « m'a dit d'aller à l'hôpital européen pour prendre RDV et me faire enlever ces dents... Il a dit qu'il n'y aura pas de problème et qu'ils vont m'accepter sans problème... Mais le docteur, pendant la visite, a remarqué que « je n'avais pas mes vaccins à jour... En effet, ça fait 10 ans que je ne fais pas de vaccination et, en effet, il s'agit de quelque chose d'important, surtout avec toutes les maladies qui circulent. Je ne vois pas bien. Alors il m'a aussi donné des adresses où aller me faire vacciner et contrôler la vue. Je vais bientôt aller chez mon assistante sociale [à la plateforme asile] pour prendre RDV » (n.49 - 42ans)

D'autres fois, le professionnel montre la possibilité de gérer un problème auquel la personne n'avait pas pensé.

De l'hôpital, où il a passé trois jours au service de stomatologie, à cause d'un plombage parti qui a décompensé en abcès, le médecin l'oriente tout de suite chez un dentiste de la ville. Celui-ci lui a proposé de refaire toutes les dents, parce que désormais il avait la CMUc. Donc, pendant un mois, il s'est rendu tous les deux jours chez le dentiste. Maintenant il a les dents refaites. (n.155 - 43ans)

Ou encore, parce que la personne trouvera elle-même cette occasion pour soumettre ce problème auquel elle ne pensait pas auparavant.

Il a fait une tentative de suicide à l'alcool [3,97 g dans le sang]. Il était déprimé parce que sa femme l'avait mis dehors. Il était à l'hôtel et il voulait se suicider avec l'alcool mais « quand j'ai commencé à sentir mal au cœur et au bras, j'ai demandé à l'hôtel d'appeler les pompiers » Après un jour d'hôpital, le médecin veut le faire sortir. « Mais je ne voulais pas... Je voulais soigner mon problème d'alcool qui avait recommencé ». Donc il a demandé à se faire hospitaliser en clinique psychiatrique [1 100 euros pour le séjour qui ne seront pas remboursés]. (n.50 - 57ans)

Comme le montre ce cas, la proximité de l'opérateur peut permettre de « libérer la parole », et de créer de cette manière le facteur nécessaire pour démarrer, continuer ou enchaîner des prises en charge. Comme vu précédemment, il n'est pas forcé, pour cela, que l'opérateur concerné soit un professionnel de santé.

Elle a connu Médecin du Monde grâce à l'école de ses enfants. Puisqu'il leur manque une vaccination, on lui a conseillé de les amener ici. Mais ici on n'a pas pu leur faire la vaccination, donc un assistant social les a pris en charge pour leur faire les dossiers d'AME, et régler ainsi ce problème. Pendant le passage du questionnaire, elle découvre qu'il est ici possible de consulter des médecins gratuitement et elle me demande donc si elle peut revenir le lendemain. Elle voudrait faire quelque chose pour ses migraines et voir s'il est possible de prendre la pilule contraceptive. (n.136 - 34ans)

Ces cas montrent aussi comment une suite d'événements amène la personne à avancer une demande de prise en charge sans pourtant avoir eu de contact avec un professionnel de santé. Un autre cas, qui montre un type de contingence un peu différente, nous semble intéressant à citer.

En 2011, il se retrouve sans logement et il « attrape une tendinite à cause du froid ». Il parle de cela avec l'infirmière de Consolat, qui l'oriente vers la PASS de la Conception où on lui a fait un bilan complet. « Ça faisait 10 ans que je n'étais pas allé chez un médecin ». (n.165 – 50ans)

Cette personne, outre le problème ici présenté, souffre d'un grave problème d'audition, dégénératif, depuis des années. Or son insertion dans le circuit de santé advient, paradoxalement, lorsque dans sa condition de précarité il « touche le fond ». Il se retrouve dans la rue et donc dans le circuit de l'assistance, ce qui lui crée une proximité avec le professionnel soignant d'une structure bas-seuil.

L'importance de cette dimension de contingence - ou « d'enchaînement » -, est nous semble-t-il assez intégrée par les structures qui s'occupent de la prise en charge médicale de personnes en situation de grande précarité. De fait, le premier contact est structuré de manière à aborder l'état physique de la personne de façon plus globale, du moins autant que possible.

« J'ai déjà vu un médecin mais il s'agissait d'un généraliste et moi, j'ai besoin d'un ophtalmo... Un généraliste ne me sert pas : il n'a même pas les bons outils pour contrôler les yeux... Mais, après, je suis content d'être allé à MdM. Le médecin m'a fait un check-up et "il a contrôlé ma tension"... C'est bien parce que, au cours de périodes de la vie comme celle que je vis, une personne est stressée et, par conséquent, la tension peut tomber... Bref, le check-up m'a beaucoup tranquilisé » (n.45 - 50ans)

A l'évidence, le principal problème est qu'il faut d'abord parvenir à ces structures. Les maraudes de rue sont un exemple d'outil permettant de répondre à la nécessité de conjuguer proximité et contingence.

Proximité et contingence : les maraudes de rue

Au croisement de ces deux notions de contingence et de proximité se trouvent les équipes de rue, qui du fait de leur déplacement se retrouvent physiquement au plus près des personnes, mais qui, du fait de ce même déplacement et de ceux des personnes, ne sont jamais assurées de rencontrer la personne.

Il s'agit de « rencontre » et la principe « d'aller vers » qui guide les maraudes, facilite l'émergence de plusieurs facteurs favorisant le recours aux soins. D'abord, les maraudes de rue créent une proximité là où elle manque le plus. Celle-ci permet non seulement de démarrer un parcours de soin mais aussi d'en faciliter la continuité et le suivi.

« Avant, j'avais mon médecin psy mais son cabinet est très loin et il faut prendre le métro [pour le rejoindre] donc, avoir de l'argent... Voilà pourquoi je vais chez MARSS. Une fois je suis allé au CASO mais, là-bas, on n'en donne pas toujours. On m'a expliqué que là-bas ce n'est que pour dépannage... Depuis 3 semaines, je vais chez MARSS/EMPP une fois par semaine [...] J'étais assis dans la rue et l'équipe de MARSS est venue me voir pour me proposer d'aller récupérer mes médocs chez eux. (n.33 - 40ans)

Ensuite, selon le nombre de rencontres qu'il est possible d'avoir avec une personne, les opérateurs peuvent créer une « habitude », et éventuellement un lien de confiance. De ce fait, ils deviennent un point de repère pour la personne, qui aura quelqu'un à qui s'adresser / un lieu où se rendre en cas de besoin.

Depuis 1979 il fait des allers et retours à la rue. En 1987, un kyste lui a poussé sur la cuisse droite. En 2012, après 25 ans, il a décidé de se faire examiner auprès de l'EMPP Médecin du Monde. Il dit avoir choisi cette structure parce qu'il les connaissait grâce aux maraudes. Eux, ils l'ont orienté vers la PASS de La Conception. « On m'a envoyé au bureau des SDF ! ». Là-bas, on lui a fait la CMU et par la suite il a été hospitalisé un jour en chirurgie esthétique à la Conception, où on lui a fait toutes les analyses et l'opération d'enlèvement du kyste. (n.158 - 61ans)

Confiance

Autre élément important, et essentiel, qui guide la conduite des personnes lors des recours aux soins : la confiance.

Ce principe, est commun à toute la population où dans le domaine médical plus que d'autres, le savoir sur soi étant l'apanage des professionnels, les profanes ne peuvent que choisir celui auquel se confier. Toutefois, certains facteurs qui agissent sur l'instauration (ou

pas) de la confiance, découlent des expériences de vie particulières, et peuvent être caractéristiques des personnes qui se trouvent en état de grande précarité.

En ce qui concerne la confiance accordée à un professionnel en particulier, l'évaluation est faite sur la base de plusieurs facteurs, simultanément présents.

Le premier réside dans les explications données par le médecin tant sur ses pratiques de soin que sur l'état de santé de la personne.

« J'ai plus de confiance en ce médecin que dans les autres parce qu'il m'explique toujours très bien les choses... Il prend du temps pour parler avec moi » (n.29 - 49ans)

A l'inverse, une mauvaise compréhension de la démarche médicale et/ou de son langage peuvent entraîner une perte de confiance, rendre la personne insatisfaite et la convaincre de chercher ses soins ailleurs.

Il a un problème au visage qui devient tout rouge. « Ça fait deux ans que je me fais soigner ! C'est pas normal ! [...] Les docteurs ne disent pas toujours la vérité ! On ne me dit pas qu'est ce que j'ai ». Après 2 recours où son traitement à été changé mais sans résultat et sans lui donner de diagnostic, il doit avoir les résultats de la dernière biopsie dans 6 semaines, mais il pense que le médecin lui a déjà trouvé « quelque chose » mais qu'il ne veut pas lui dire... (n.166 - 53ans)

Cet exemple est un « cas limite », où la quête de la compréhension ne trouve aucune satisfaction. Mais cet « échec de la communication » n'a pas entraîné un abandon des soins, au contraire : cela a poussé la personne à chercher une réponse chez différents spécialistes, tout en accusant l'ensemble de la profession médicale. Paradoxalement, cette attitude peut aussi provenir d'une confiance excessive que la personne porte au « pouvoir médical » sous-tendant l'impossibilité qu'un diagnostic puisse rester incertain.

Par ailleurs, il peut y avoir différentes attentes, au-delà du seul fait de se faire soigner. Celles-ci peuvent concerner la conduite de la consultation, la façon dont le professionnel manipule le corps du « patient », les aspects sociaux des échanges... La personne évalue la compétence du soignant sur la base de sa compréhension de l'ensemble des actes techniques et des décisions prises par le médecin, parfois en comparaison à d'autres professionnels. Lorsque le médecin ne répond pas à l'ensemble de ces attentes, sa compétence peut être mise en cause.

Elle pense qu'au moins une fois par mois un « vrai médecin devrait venir consulter les filles de St. Louis [...] Un médecin qui prend de l'initiative... Le docteur x, pour un généraliste, il est un peu trop léger quoi ! ». Par exemple, alors qu'il était au courant du risque, il n'a rien fait pour elle, jusqu'au déclenchement d'une grosse crise d'épilepsie. (n.148 - 43ans)

Il a une toux très forte, jusqu'à vomir. « Je veux voir un vrai médecin quelqu'un qui me fasse des véritables analyses : pas comme celui de MdM... Lui, il m'a visité seulement avec le truc que les docteurs portent au cou » [Stéthoscope]. (n.48 - 37ans)

Outre ces facteurs relevant de la communication, le statut officiel et le poste que le professionnel occupe ainsi que le degré de spécialisation ou de technicité qu'il recouvre sont importants. Ici comme ailleurs, plus ce degré est jugé élevé, plus le médecin sera considéré comme compétent.

Au début, il n'a rien fait pour voir si ça allait guérir tout seul. Après 2 jours, « je voulais voir un médecin et un ami de Forbin m'a conseillé d'aller chez MdM parce que c'est gratuit. [Le médecin] m'a fait un check-up. Il m'a mesuré la tension, il m'a pesé... J'ai essayé de lui expliquer mon problème, mais il n'a pas compris parce qu'il n'était pas un oculiste... ». « A MdM, le médecin m'a dit que non [ce n'est pas grave]... Mais je ne suis pas d'accord... Peut-être que, pour l'instant, ce n'est pas grave ; mais si on ne me donne pas un vrai médicament, au lieu de la solution physiologique que le médecin m'a donnée et qui ne sert qu'à nettoyer, ça va s'aggraver de plus en plus (...) Il m'a fait une visite générale, mais il ne voulait rien me donner pour mes yeux. J'ai dû demander au moins quelque chose pour les nettoyer, alors, il m'a donné de la solution physiologique (...) [Par contre] Le médecin ne m'avait pas dit quand et combien de fois par jour utiliser la physiologique donc, je suis allé demander à l'infirmière de Forbin. Elle a dit de le faire toutes les fois que je veux parce que ça ne me fera pas de mal. Alors, je le fais presque tous les soirs... Mais pas tous parce que ça ne sert à rien de le faire. Je nettoie mes yeux mais après, je dors toujours à Forbin où l'air est toujours pourri donc les yeux ne peuvent pas guérir... Le soir je les nettoie et le matin je suis au point de départ ». (n.45 - 50ans)

L'évaluation de la compétence peut être aussi liée à la valeur symbolique qui est accordée au lieu de soin. Par exemple, à l'institution où le professionnel exerce son activité...

« Je préfère toujours aller directement à l'hôpital pour voir un médecin. Je prends RDV et j'y vais... C'est mieux qu'aller chez un généraliste ; j'ai plus confiance » (n.39 - 58ans)

Mais aussi au pays et à son degré symbolique de modernité. Nous avons ainsi plusieurs fois entendu que les médecins européens, notamment français, étaient meilleurs que les africains.

En 2006 il s'était fait mettre des prothèses dentaires par un dentiste algérien mais « Il a fait un mauvais travail » et les prothèses sont tombées. Quand il était en Algérie, il n'a rien fait parce que « d'abord ça ne me faisait pas mal, ni ne m'empêchait de faire quelque chose ; donc ce n'était pas urgent. Alors, je n'ai rien fait en Algérie parce que je ne fais pas confiance aux médecins algériens. Vu que j'avais déjà le projet de venir en Europe, je me suis dit qu'il valait mieux attendre et voir un dentiste en France, où ils sont mieux. (n.39 - 58ans)

Un autre aspect symbolique qui est parfois pris en compte lors de l'évaluation des compétences d'un médecin est son statut de salarié ou de bénévole.

Il affirme que deux fois sur trois, il a préféré ne pas recourir à un médecin bénévole. « Ici [à l'ADN] c'est des bénévoles, c'est pas bon... ils ne voient pas s'il y a des problèmes ». Par contre, les autres fois, il s'adresse au CASO, sans savoir que les médecins là-bas sont aussi des bénévoles. (n.149 - 53ans)

De même, l'aspect « monétaire » semble influencer sur la confiance. Ceci à différents niveaux qui ne concernent pas seulement la compétence du professionnel. En général, nous avons remarqué le lien de causalité qu'établissent certaines personnes entre argent payé et qualité des soins reçus. Certains, obligés de recourir aux soins gratuits, sont sceptiques quant à leur efficacité. Paradoxalement, ce qui leur permet d'y accéder - la gratuité - est déprécié.

Il n'a plus envie de voir un médecin, parce que « il ne fait rien pour moi, parce que sans argent, je n'ai aucun droit. Il y en a qui se font envoyer des médicaments du bled. [...] Quand on n'a pas d'argent le médecin ne fait pas bien son travail ». C'est pour cela qu'il

a arrêté de prendre les médicaments qui ne lui faisaient rien et qu'il les a jetées dans la poubelle. (n.109 - 38ans)

Certes, cette croyance est assez répandue dans la population en général. Mais lorsqu'il s'agit d'individus particulièrement démunis, les conséquences dans les comportements peuvent être plus importantes. Par exemple, un des interviewés nous explique avoir une prescription pour le Subutex, mais :

« J'en achète souvent aussi au marché noir parce que, à l'ANPAA de Toulon, ils ne donnent que du générique, qui n'est pas du vrai Subutex, donc quand je peux, j'en achète dans la rue. ». (n.12 - 31ans)

Parfois, le manque de confiance n'est pas envers un professionnel ou des professionnels en particulier, mais envers tout le système santé qui, pour une raison ou une autre, est jugé inefficace (débordement des professionnels, corruption, manque de ressources...).

D'abord il va chez un généraliste et il se plaint parce qu'il « a voulu me voir 3 fois en 3 semaines [90 €], seulement pour me dire ce que je savais déjà : que je faisais une dépression » et pour prendre RDV à l'hôpital.

A l'hôpital « J'ai fait un entretien avec un psychologue et un psychiatre... Mais c'est difficile de comprendre quelqu'un en si peu de temps. Un entretien ne suffit pas ! En tout cas, ils m'ont donné une thérapie médicale et j'ai repris RDV avec le psychologue »

Fin juillet 2013 (après un mois) il a arrêté les médicaments et ne va plus chez le psychologue parce que « ça ne servait à rien... D'abord, il faut du temps pour réguler un traitement psy mais, le temps, c'est exactement ce qui me manquait et qui continue à me manquer... Mais, surtout, je mettais trop de temps pour prendre RDV avec le psychologue : les médicaments marchaient mais sans un accompagnement constant, sans pouvoir parler à personne de mes problèmes, les médicaments étaient inutiles... Même si au CMP tout le monde est bien gentil, le système est très mal étudié. Tu ne peux pas être dehors et suivre une psychothérapie, sinon c'est seulement prendre des cachets et ça, c'est comme prendre de la drogue... Ça te défonce et c'est tout... Il faut avoir du soutien moral avec les cachets... C'est clair que ce n'est pas la faute des opérateurs : ils n'arrivent pas à te donner ce soutien parce qu'ils sont débordés de travail » (n.52 - 35ans)

La complexité des situations dans lesquelles se trouvent la plupart des personnes, l'importance des problèmes qu'ils rencontrent au quotidien (administratifs, relationnels, économiques, sociaux...) dépasse de très loin le champ d'intervention et les compétences strictes des professionnels de santé.

« Ça va de pire en pire parce que je m'accroche à mon malaise. Je me sens un peu paumé, je ne sais pas quoi faire... Peut-être que tu as raison et qu'il faut aller parler avec un psy ». Pour l'instant, il n'a rien fait parce que « je ne sais pas... Je dirais parce que j'en ai marre des médecins et de leurs solutions qui ne servent à rien. Ils savent seulement me donner des cachets pour dormir... Mais mon problème n'est pas celui-ci, c'est que je ne suis pas bien dans ma peau : en effet, je ne l'avais pas quand j'étais en Algérie... Là-bas c'était différent parce que je travaillais et j'avais ma paie » (n.30 - 47ans)

Des espoirs sont bien souvent suivis de désillusion. Cela contribue à une perte de confiance dans les médecins et plus largement dans le système de soin.

« Personne ne sait dire grand chose sur mes problèmes de santé. A l'hôpital ils ne peuvent me prendre en charge que dans le cas d'une urgence, vu que je n'ai pas d'AME.

En outre, je suis certain que le personnel ne me dit rien et pose des problèmes pour m'aider parce qu'ils savent que j'ai dénoncé mon ex-employeur. Il font les racistes et ils ne me disent rien et ils ne soignent que l'urgence pour après me renvoyer ici à la Madrague, sans vraiment me soigner. Je suis allé aussi à la PASS de la Conception et au CASO de Mdm. Ici on me visite et on me file des médicaments gratuitement mais, eux aussi, ils m'ont dit qu'ils ne peuvent pas faire grand chose et qu'il me faut l'AME. Donc je peux seulement attendre et continuer à la demander »(n.11 - 52ans).

Entre urgence, suivi complexe, espérances impossibles, on comprend combien les que les relations entre les personnes à la rue et les soignants sont complexes. Il faudrait expliquer mais on est dans l'urgence, il faudrait suivre et on est dans l'errance...

Sans doute faudrait-il des "médiateurs", des "intermédiaires de soin" pour assurer une meilleure adéquation entre une offre limitée et une demande à la fois diffuse et complexe.

Habitudes (proximité, contingence, confiance et besoin)

Enfin, rappelons qu'au fil du temps, les personnes développent des circuits de déplacement, se créent des réseaux de connaissance et donc développent de véritables habitudes de vie qui vont orienter de manière très forte ces recours aux soins. Ces habitudes peuvent agir de manière positive mais aussi négative, parfois les deux à la fois.

De manière positive parce que « avoir l'habitude » signifie avoir une connaissance prête à l'usage en cas de besoin. Ce qui permet à la personne de répondre rapidement aux problèmes qu'elle rencontre et aux professionnels de la prendre en charge. De manière négative car l'habitude peut être « mauvaise », ou le devenir au fil du temps.

Comme nous l'avons vu auparavant, les habitudes qu'une personne instaure lorsqu'elle vit dans la rue proviennent de la répétition de tactiques élaborées au fil du temps.

Ces tactiques sont bricolées à partir des possibilités concrètes et des priorités personnelles des acteurs selon une évaluation du type coûts-bénéfices. Cette dernière notion est bien différente d'une stricte définition médicale. Elle englobe des notions de dépense, d'espoir, de déplacement. Autant de dimensions qui parfois permettent d'agir et parfois dissuadent de se soigner. Si dans certains cas ces pratiques représentent de véritables stratégies, dans d'autres, ces conduites répondent simplement à ce que Paul Veyne¹⁵ appelle le « presque rien » qui guide nos conduites au quotidien.

Les différents éléments que sont la proximité, la contingence, la confiance et les habitudes régulent les recours aux soins de façon conjointe. A l'inverse, l'éloignement, la perte de confiance, ou pire, le développement d'une méfiance vis-à-vis d'un professionnel en particulier, d'une profession dans son ensemble, d'une institution ou du système de soin dans sa globalité, peuvent être autant de motifs de renoncement, de refus des traitements, ou de mésusage des services ou du fractionnement des soins.

¹⁵ Paul Veyne, « L'interprétation et l'interprète », Enquête [En ligne], 3 | 1996, mis en ligne le 14 septembre 2007. URL : <http://enquete.revues.org/623>

Les entraves aux recours aux soins (Existence des droits VS accessibilité effective aux droits)

Problèmes administratifs et bureaucratiques

Les soins médicaux étant régis par des règles administratives, les conduites des usagers vis-à-vis des problèmes de santé sont fortement influencées par les possibilités qu'offre la loi et les démarches qu'elle impose.

Plusieurs éléments ressortent comme défavorisant l'accès et la continuité des soins. Notamment, certaines caractéristiques d'accès et d'utilisation de la couverture médicale se révèlent peu adaptées aux besoins et aux contraintes concrètes des individus concernés par cette étude. Plus qu'une véritable absence de droits, nous avons remarqué des obstacles à leur application effective. Certaines difficultés sont plutôt générales, comme la méconnaissance du système bureaucratique et sa complexité. D'autres sont plus spécifiques et varient selon la situation administrative des personnes. Tout cela varie, bien sûr, selon la nationalité (être français ou pas) et la situation administrative (situation régulière ou irrégulière).

Manque de couverture médicale

Nombreuses sont les personnes que nous avons rencontrées qui n'ont aucune couverture médicale. Parfois, comme nous le verrons dans le chapitre consacré aux détournements, les professionnels peuvent s'écarter des « règles officielles » afin d'assurer les soins mais ces adaptations du systèmes restent tributaires de chaque situation particulières et ne sauraient être systématiques.

Dans ce cas, l'utilisateur se voit refuser les soins, sauf dans des structures « bas seuil », qui, bien souvent, manquent de moyens pour assurer le traitement à tout type de problèmes, surtout s'il faut agir rapidement. Alors, lorsque le problème ne représente pas une urgence vitale mais demande également l'intervention d'un professionnel, la personne se trouve prise dans un parcours long et compliqué. Ceci peut, tout d'abord, entraîner à une aggravation du problème :

En janvier 2013 il a eu la grippe avec 40° de fièvre. C'est à cause du froid et parce que, « je n'ai plus les amygdales, donc je suis plus sensible ». C'était grave « parce que je ne l'ai pas traité tout de suite ». Au début il n'a rien fait car il n'avait pas encore la CMU, donc il ne savait pas quoi faire. Du coup le problème s'est aggravé, et après 2 jours il est allé voir l'infirmière de l'ADN qui lui a donné des médicaments qui ne lui ont rien fait. Le soir même il a demandé au personnel de l'ADN d'appeler les pompiers, qui sont arrivés et lui ont donné du Doliprane. Ce qui ne l'a pas du tout soulagé. Le lendemain, il s'est fait emmener aux urgences de Desbief par des amis. Le médecin lui a fait un ordonnance, et on lui a donné une facture de 83 euros, qu'il n'a pas payé parce que il n'avait pas d'argent (maintenant il a le RSA depuis une semaine). L'infirmière de l'ADN lui a fourni les médicaments prescrits par le médecin et il est enfin guéri. (n.151 - 28ans)

Il faut aussi considérer que le parcours d'obstacles qui s'ensuit, marqué par une souffrance physique et psychologique, vient s'ajouter à tout un ensemble d'autres problèmes caractérisant la vie d'une personne en grande précarité. De ce fait, le refus des soins peut représenter un source de stress parfois très importante.

« 6 mois après je n'étais encore pas bien de tout... Je ne me sentais pas la même personne qu'avant l'agression. J'avais changé ma personnalité et souvent j'oubliais des choses. Le docteur du CASO m'a dit qu'il fallait faire un scanner du cerveau et il m'a dit d'aller à la Conception. [Là-bas] Le docteur m'a visité et tout, mais il n'a pas pu me faire le scanner parce que je n'avais pas encore l'AME... Donc, il n'a pas pu me dire grande chose. Je ne lui en veux pas, il ne pouvait pas. (...) Le fait de ne pas avoir une couverture médicale a rajouté beaucoup de stress psychologique à toute cette histoire, qui l'était [stressante] déjà en soi. (...) Au niveau physique, j'ai guéri vite mais, en réalité, je ne suis pas bien. Parfois, j'oublie des choses... Je ne sais pas ; je suis une autre personnalité après cet accident. Cette histoire n'est pas encore réglée. (...) Finalement j'ai eu mon AME donc, je veux retourner à l'hôpital pour faire un scanner parce que je continue à ne pas être bien et je suis inquiète » (n.29 - 49ans)

Faire et refaire ses papiers, les conserver

Avoir une couverture médicale est non seulement utile mais aussi obligatoire. Cependant, ouvrir ses droits, ou les ré-ouvrir, peut être très compliqué, et les causes relèvent, en partie, du système administratif. En effet, l'accessibilité réelle à ces droits est parfois paralysée par la complexité de l'appareil bureaucratique.

D'abord, l'usager perd beaucoup de temps à collecter tous les papiers requis pour le montage du dossier, et les difficultés augmentent avec le degré de précarité. Par exemple, le fait d'être sans logement et en situation administrative irrégulière, représente un handicap important même pour demander les droits spécialement conçus pour ces situations.

Il n'a pas de carte vitale, ni d'AME parce que « Il fallait attendre 3 mois de présence en France pour pouvoir la demander. [Il dit que] Je ne sais pas bien [ce qu'il faut faire pour l'avoir]... J'ai demandé à l'assistante sociale de la Madrague et elle m'a dit qu'il faut mon passeport, un justificatif de présence en France d'au moins 3 mois et une adresse de domiciliation... Il me manquait ce dernier et je suis allé le demander où l'assistante sociale m'a envoyé [ADDAP 13]... Je ne sais pas s'il faut amener d'autre chose : quand j'amènerai mon adresse de domiciliation à l'assistant social, elle me dira s'il faut d'autre chose. (...) »

J'ai posé une demande pour avoir une adresse chez les assistants sociaux qui sont à la Joliette, proche de l'église. C'est l'assistant social d'ici [Madrague] qui m'a envoyé demander une domiciliation afin de faire mon AME. Là-bas, on m'a même proposé de faire un compte courant mais je ne l'ai pas fait parce que je n'ai pas d'argent » (n.36 - 21ans)

Par ailleurs, l'interdépendance entre les pièces qui composent les dossiers, chacun demandant des démarches différentes, peut empêcher à une situation d'avancer.

Un homme de 62 ans, qui est à la retraite depuis deux ans mais ne touche rien car en procès avec son organisme de retraite (il n'accepte pas le montant qu'ils veulent lui donner) m'explique que « je n'ai pas la CMU parce que je suis retraité, mais je ne touche rien. Mais s'il m'arrive quelque chose, j'ai le droit de réclamer auprès de la Sécu, à travers mon avocat. Parce que j'ai toujours cotisé ! » (n.145 - 62ans)

Ensuite, au délai de réalisation du dossier, s'ajoute celui de son traitement. De fait, le temps de mise en place ou de renouvellement des droits peut être très longs. Et si la personne a un problème à ce moment-là, il lui faudra attendre pour le régler. La lenteur et la complexité des démarches administratives se conjuguent mal au type de service demandé.

« Mon doigt [cassé et mal « soudé »] ne s'améliorait pas, donc j'ai commencé à m'inquiéter ». Il est allé chez l'infirmière du Sleep'in [où il dormait] « Elle ne pouvait rien faire [...] parce qu'il fallait l'opérer et donc il fallait attendre la réouverture de mon dossier à la sécurité sociale pour me faire accepter par une clinique spécialisée ». (n.8 - 26ans)

En cas d'erreur dans la composition du dossier, ce qui est fréquent, ces délais sont bien sûr allongés...

« Deux jours après l'agression, la sécurité sociale m'a envoyé une lettre pour rejeter ma demande d'AME parce qu'il y avait une faute parmi mes photocopies... Je n'avais pas envoyé les bonnes, donc je suis allé de suite au CASO pour relancer le dossier. J'ai dû attendre 6 mois pour l'avoir » (n.29 - 49ans)

Il a demandé la CMU et il a effectué toutes les démarches pour l'avoir. Le 06.11 il a reçu une lettre disant que la date de naissance marquée en lettre sur son acte de naissance n'est pas la bonne, et que donc il doit en renvoyer un corrigé avant le 28.11. Il pense le demander tout de suite, mais il craint de ne pouvoir le recevoir à temps, car tout est en Algérie. (n.151 - 28ans)

« On a bloqué mon RSA (et avec ça aussi ma CMU) il y a un an et demi parce que j'ai oublié d'envoyer mes relevés trimestriels... Alors, j'ai eu un contrôle de la CAF qui m'a demandé plein de papiers. Vu que je n'avais pas tous ces documents et que je ne pouvais pas les récupérer vite, on m'a coupé le RSA et la CMU. Maintenant, je suis en train de faire mes démarches afin de recommencer à toucher le RSA et bénéficier de la CMU. J'ai attendu autant parce qu'avant, je n'avais pas besoin de tout ça... J'étais nourri et logé chez ma ex-copine (...) Je n'ai pas de CMU donc je vais au CASO pour avoir des médicaments mais ils n'en donnent pas la première fois, et puis il faut se débrouiller » (n.33 - 40ans)

Comme le montre ce dernier cas, les obstacles ne résident pas uniquement dans le système en soi, mais aussi dans l'attitude des usagers. Sans logement, on n'a pas forcément un endroit où stocker tous les papiers administratifs. Et puis, il faut « y croire encore » pour faire l'effort de chercher, de se « battre » avec l'administration et de poursuivre les démarches.

Il en résulte la même logique déjà rencontrée à plusieurs reprises : un ordre de priorité ancré sur les nécessités immédiates détermine la somme d'énergie qu'il est possible de consacrer pour ouvrir ses droits ou refaire ses papiers.

Il a la CMUc, mais a perdu plusieurs fois la carte vitale : il ne sait pas comment il faut faire pour la refaire, mais en tout cas il ne le fera pas car « je n'ai pas envie, ça sert à rien... L'attestation, ça me suffit ». (n.164 - 32ans)

Une des femmes interrogées déclare vouloir refaire sa carte vitale (elle était sur celle de son mari, qui habite dans un DOM et duquel elle vient de se séparer), mais après s'être installée dans l'appartement de son nouveau compagnon... puisque cela n'est qu'une question de jours ou de semaines. Toutefois l'histoire personnelle de cette femme permet de penser que cet espoir ne trouvera pas d'accomplissement... (n.110 - 49ans)

Pour cette femme, diabétique et souffrant de cardiopathie, la vie à Saint-Louis est très pénible, et les déplacements pour subvenir à ses besoins quotidiens lui causent une grande fatigue. Dans ce contexte, refaire sa carte n'est pas une priorité, mais vient après le maintien de l'équilibre fragile qu'elle essaie de garder.

Notamment, la quête d'un travail, et en général d'une situation plus stable, occupent la plupart des ressources temporelles, physiques et surtout mentales :

Un jeune homme, qui vient d'arriver à Marseille, n'arrive pas à marcher à cause de grosses ampoules sous les pieds. Il s'est soigné avec du citron, car il s'est fait voler ses papiers, dont sa carte vitale, et ne peut donc pas aller voir un médecin. Il nous explique qu'il veut bien refaire ses papiers, mais seulement après être guéri, pour pouvoir bien marcher, et avoir trouvé un emploi. (n.113 - 28ans)

Il n'a aucune couverture maladie, ni la carte vitale parce que, pour le moment, ce n'est pas une priorité. Il voudrait plutôt une carte pour pouvoir voyager en France et dormir dans les hôtels sans risque de se faire expulser et ne pas avoir de problèmes avec la police. Il ne savait pas ce qu'est l'AME ni que l'assistant social pouvait l'aider à la faire. Suite à ces explications, il dit vouloir la faire mais il est avant tout concentré sur l'obtention d'un permis de travail, vu que son chef ne peut pas l'aider. (n.43 - 27ans)

Parfois l'inactivité dans l'accomplissement des démarches est justifiée par le fait qu'elles seront accomplies « au bon moment ». Entreprendre un certain type de démarche a aussi une valeur symbolique. Il s'agit d'une activité qui est liée à ses propres projets, à sa projection dans le futur : dans ce sens, passer à l'action signifierait admettre que la situation ne changera pas, au moins pour un bon moment.

Il a la CMUc, mais il n'a plus sa carte vitale. Il n'a que l'attestation. « Quoi que je fasse je les paume toujours... donc ça ne sert à rien que je la refasse (...) Timbres, photos... il me faut une heure pour la refaire ». Néanmoins, il pense que quand sa copine sortira de l'hôpital psychiatrique il fera ces démarches. Car « je veux me casser à Maurice avec ma femme ». (n.146 - 31ans)

Il n'a jamais fait la carte vitale française, même s'il sait très bien ce qu'il faut faire pour la demander. Il dit ne pas vouloir la refaire parce que « Je vais bientôt repartir... Si je voulais rester, je l'aurais fait mais, vu que je vais m'en aller, ça va être inutile » (n.54 - 27ans)

Finalement, plus les démarches sont longues, et moins elles ont de chance d'être menées à leur terme.

« J'ai juste une attestation. J'ai demandé une carte vitale, mais on ne me l'a jamais envoyée... Peut-être, parce que je déménageais souvent... Bref, vu qu'il n'y avait pas moyen de se la faire envoyer, j'ai laissé tomber » (n.56 - 20ans)

Alors, les papiers se font quand on en a besoin. « Quand l'effort vaut le coup ». Cela se décline, souvent, dans l'urgence, qui est incompatible avec le temps de l'administration.

Il n'a pas de couverture maladie. « Je ne l'ai jamais demandé [...]. Je sais, je pourrai obtenir une couverture sanitaire [...]. Un jour je les effectuerai [les démarches pour l'obtenir] : quand je tomberai malade et que j'en aurai besoin » (n.38 - 30ans)

Clandestin, il dit ne pas avoir la carte vitale parce que « Je ne l'ai jamais demandée et parce que j'en ai jamais vraiment eu besoin. Je me suis toujours débrouillé. En gros, je n'ai jamais eu de maladies graves et, quand j'ai été malade, j'ai toujours eu des sous

pour payer mes soins. Ou, au pire, il y avait MdM ». Maintenant, il dit vouloir faire l'AME parce que « j'ai mal aux dents : je n'ai pas d'argent et j'ai besoin des médicaments ». Mais il ne sait pas comment faire. « Je demanderai à mon assistant social ou à MdM » (n.32 - 50ans)

Le fait d'avoir déjà expérimenté les difficultés qui accompagnent souvent un problème médical et que l'on n'a pas de couverture, peut favoriser la prévoyance.

Il veut refaire sa carte vitale (elle a été volé à Forbin, il y a 2 mois) parce que « on ne sait jamais ce qui peut arriver. Ça m'est déjà arrivé d'avoir été blessé sans avoir la carte vitale et, donc, devoir charger les médicaments sur la carte vitale d'une autre personne » (n.57 - 22ans)

Mais ce n'est pas toujours le cas, car si la personne a précédemment résolu son problème par de la débrouille (notamment le détournement de droits ou de services), elle peut considérer ce type de solution, pourtant précaire, comme pérenne.

Une mauvaise expérience suite à un recours aux soins peut aussi inciter la personne à renoncer aux soins par crainte que cela ne se reproduise.

Ce jeune de 24 ans a un problème à la vésicule biliaire suite à une opération chirurgicale qu'il a subi au Maroc quand il était enfant. Elle s'infecte régulièrement « et son liquide commence à se renverser sur le foie », en lui causant des grandes souffrances. Il dit que c'est grave, « car potentiellement mortel ». L'avant dernière fois qu'il a eu ce problème, il a du aller trois fois aux urgences avant de guérir. Mais quand il a reçu la facture, de 17.000 euros, son titre de séjour était périmé et sa sécu était donc bloquée. Il n'avait aucun moyen de payer. Il a pu régler ce problème, à l'aide de l'assistante sociale, quand il a enfin reçu son titre de séjour. La dernière fois que le même épisode s'est produit, il était en foyer de jeunes travailleurs. Même si son titre était encore en cours de validité pour un petit moment, par peur de se retrouver dans la même situation, il n'est pas allé voir de médecin. Il a passé des jours par terre avec une bouillotte sur le ventre, et cela a passé. Maintenant, il craint que cela ne se reproduise, le stress et la mauvaise nourriture en étant les causes. De plus, il n'a pas de sécurité sociale tant que son titre de séjour ne sera pas renouvelé et il est dans les lits d'urgences. (n.125 - 24ans)

Enfin, il arrive que la personne décide expressément de ne plus refaire certains papiers, puisqu'elle les juge inutiles, ce qui peut correspondre à un choix raisonné, répondant à une logique propre.

« Vu que je n'ai pas droit à la CMU, je pense que ça [refaire la carte vitale] ne me servirait à rien... Plutôt, je veux renouveler mon protocole ALD qui est en lien avec mon TSO. [...] C'est con et bête d'être considéré handicapé mais de ne pas avoir droit à la CMU, comme si je n'étais pas un malade » (n.6 - 46ans)

Il s'agit ici d'un choix réfléchi, qui découle d'une logique personnelle, distincte et peut-être opposée à celle du système de santé, qui apparaît opaque et est donc non pertinent pour cette situation.

Enfin, même lorsque la personne possède une couverture médicale, il arrive qu'elle n'ait pas de justificatif attestant de ses droits, du fait de la difficulté déjà évoquée de conserver ses documents. D'un côté, le vol des papiers, y compris de la carte vitale, est très fréquent. De l'autre, le fait de les avoir toujours sur soi augmente les possibilités de les perdre. Les éventuelles consommations d'alcool ou de drogues n'aidant pas à y prêter l'attention

nécessaire.

« J'ai perdu ma carte vitale... peut être je l'ai laissé à la pharmacie ! Je ne sais pas... j'étais sûrement bourré... » (n.111 - 48ans)

Par conséquent, la personne peut se retrouver, lorsqu'elle en a besoin, dans l'impossibilité de fournir les attestations nécessaires. Ce qui peut aboutir à un refus de soin.

« Ils ne m'ont pas accepté parce que je n'avais pas ma carte vitale [et aucun autre document], ni une attestation de la sécurité sociale, et mon cas n'était pas urgent ». (n.8 - 26ans)

En cas d'urgence, bien que les soins soient assurés, la situation demeure problématique, car il revient à l'usager de payer les frais médicaux. L'équilibre précaire de la personne en est donc menacé.

Un interviewé, après avoir été amené aux urgences suite à un coup de couteau dans la gorge, se retrouve à devoir payer 200 euros parce qu'il n'avait pas sa carte au moment du recours, alors qu'il dort à la gare Saint-Charles. (n.103 - 33ans).

La même personne nous a raconté que le fait d'avoir refait souvent ses papiers, volés à plusieurs reprises lors de ses nuits à la rue, lui a valu des ennuis avec la police. Il a été appelé à justifier ces démarches auprès du commissariat, car on le soupçonnait de vente de documents.

Méconnaissance du système

Un autre obstacle considérable dans l'accès aux droits réside dans l'incompréhension et la méconnaissance du fonctionnement du système de soin. En effet les personnes abordent ce système complexe « par le bas » : l'usage concret qu'elles en ont ou que les personnes de leur entourage en ont.

« J'ai droit à la AAH suite à un accident de moto d'il y a 14 ou 15 ans... Suite à cet accident, je me suis cassé la tête, mais je n'ai jamais rien demandé parce que je ne savais pas avoir droit. Je ne savais même pas ce que c'était la AAH... Par contre, maintenant, je suis rentré en France et mon médecin m'a bien expliqué ce que c'est et il me suit pour m'aider à l'obtenir » (n.30 - 47ans)

Je ne sais pas [ce qu'il faut faire pour obtenir une carte vitale] : il y a beaucoup de bureaucratie à faire. Maintenant je dois d'abord rentrer en Italie pour renouveler mon passeport algérien à l'ambassade de Rome. Quand je serai rentré, je vais voir comment résoudre ce problème de carte vitale. Pour l'instant, je sais seulement qu'il me faut mon numéro d'assurance sociale italienne » (n.31 - 58ans)

Ce sont donc des expériences subjectives et circonstanciées qui déterminent la connaissance d'un système complexe et supposé être objectif. Chaque situation particulière peut, au regard des patients, devenir une généralité sur l'accès aux droits ou aux soins. Ce qui crée, bien sûr, de nombreuses incompréhensions, détournements et mésusages des services.

Il n'a pas de carte vitale parce que « celle italienne est valable ici. Par exemple, quand je suis allé chez le médecin à MdM, je n'ai rien payé ». Par contre, « j'ai préparé tous les documents nécessaires à faire l'AME, et je vais essayer de la faire avec l'assistant social de l'abbé Pierre. Même si sur le journal j'ai lu que je n'ai pas droit à ça parce que je ne suis pas irrégulier, je vais essayer quand même » (n.45 - 50ans)

Dans cette circulation d'informations, parfois erronées, le rôle des opérateurs de première ligne est aussi à considérer. La complexité des droits en fonction de chaque situation personnelle fait que les informations délivrées sont souvent discordantes, parfois erronée ou mal comprises. Tout ceci aboutit à un mésusage des services, ou un renoncement aux soins. D'ailleurs, dans le dédale des nombreuses informations que l'individu devrait gérer pour maîtriser ses droits, c'est souvent l'information la plus simple qui est retenue et perçue comme pertinente, donc potentiellement efficace, du moins jusqu'à preuve du contraire.

« J'ai la couverture maladie italienne, mais je ne sais pas comment ça marche... Je crois qu'on paie 50% chacun entre moi et l'état italien (...) Je ne sais pas... d'un côté j'ai ma carte italienne mais de l'autre on m'a dit aussi que je suis pris en charge pas rapport à la formation... En effet, j'ai aussi un numéro de sécurité sociale... Bref, je ne comprends pas. Je suis allé demander des renseignements plusieurs fois, mais personne ne m'a jamais donné une véritable réponse» (n.59 - 44ans)

Par ailleurs certaines confusions concernant les droits, potentiels ou déjà acquis, peuvent influencer sur le fonctionnement des structures de soins s'adressant aux plus démunis. Notons l'exemple, parmi d'autres, d'une femme qui, bien qu'elle ait la CMUc, nous déclare son intention d'aller consulter au CASO, du fait qu'elle n'a pas encore reçu sa carte vitale (n.106 - 59ans). Ces comportements peuvent avoir pour conséquence une augmentation injustifiée de la charge de travail dans des structures déjà débordées.

Il serait important de comprendre d'où viennent ces incompréhensions et comment elles guident les conduites. En même temps, enquêter sur cette ignorance pourrait permettre de faire émerger d'autres stratégies, d'autres logiques. Par exemple, concernant le dernier cas évoqué : aller dans un lieu médical où l'on remarque moins sa propre condition joue-t-il un rôle dans la détermination du choix ? Ou simplement, l'ignorance est-elle avancée afin de justifier auprès des enquêteurs ce qui relève en réalité d'un calcul coût-bénéfices, puisque pour les soins dont la personne a besoin sur le moment, les structures bas-seuil sont suffisantes ?

De plus à ces questions, qui sont plutôt générales, il y a des problèmes qui sont plus fréquents que d'autres.

Sans-abris qui entrent dans le droit commun

Les individus qui ont une situation administrative régulière, français ou étrangers, rencontrent plus de problèmes lorsqu'ils ne sont pas géographiquement stabilisés. Ils doivent en fait se confronter à une bureaucratie qui n'est pas adaptée à des personnes qui se déplacent souvent d'un département à un autre. Dans ces situations, qui sont assez fréquentes parmi les personnes rencontrées, il est nécessaire de refaire certaines démarches.

Cependant, leur aboutissement peut prendre beaucoup de temps :

« Quand j'habitais sur Paris [foyer puis maison assignée], j'avais la CMU et ma carte vitale mais, vu que je m'étais transféré à Marseille, il a fallu communiquer le changement à la sécurité sociale. En juin 2012, dès que je suis arrivé à Marseille, j'ai posé ma demande à l'aide de l'assistant social de l'ADJ Marceau. Le dossier était complet mais à la sécurité sociale, ils l'ont perdu ou, en tout cas, ils ne l'ont pas traité. Moi, j'allais le solliciter une fois par semaine parce que j'avais très mal au dos. Enfin,

quand j'ai menacé d'écrire au ministère, j'ai eu rendez-vous avec mon conseiller qui m'a fait tout de suite la CMU. Mais 6 mois après avoir déposé la demande ! ». (n.4 - 52ans)

Parfois, la personne découvre devoir accomplir le changement d'adresse auprès de la sécurité sociale seulement lorsque un problème de santé se présente, et donc dans l'urgence. Dans ce cas, le recours aux soins n'est pas assuré, mais dépend, encore une fois, des professionnels rencontrés, de leur volonté de détourner ou « façonner » les règles administratives, de leur possibilité de le faire, ainsi que de leur capacité à orienter la personne afin qu'elle obtienne les soins et résolve sa situation.

[Il a une orchite] il est allé aux urgences de la Conception, où on lui a fait la prescription pour des médicaments à prendre pour 10 jours, avec la recommandation de boire beaucoup d'eau. Mais quand il est allé à la pharmacie, on ne lui a pas délivré les médicaments parce qu'il venait de se « transférer » d'un autre département. (ndr :On ne lui avait rien dit à ce propos à l'hôpital et on ne lui avait rien demandé à payer). Il devait refaire le dossier pour la CMU ou bien payer les médicaments. Jusque-là il n'avait pas encore fait les démarches car il ne le savait pas. Après cet épisode, il dit que cela lui a pris plus d'un mois pour tout refaire et avoir à nouveau sa couverture. La pharmacienne, lui a conseillé d'aller à Médecin du Monde pour se faire donner les médicaments gratuitement. De cette manière, il est arrivé à se soigner. (n.156 - 30ans)

Une autre situation problématique est représentée par la sortie de prison. En fait, en absence de domicile fixe et/ou d'un réseau de pairs qui s'en occupe, tout courrier peut être perdu. Les structures prédisposées à fournir une domiciliation, ne gardent pas les courriers indéfiniment.

Homme français de 42 ans. Sans emploi depuis 6 ans, il touche l'AAH. Il a la sécurité sociale et une mutuelle, mais pas la carte vitale. Quand il a perdu sa carte vitale il a démarré tout de suite les démarches pour la refaire. Mais entre-temps il est entré en prison, et il n'a donc pas pu recevoir les courriers de la secu, qui arrivaient à l'ADJ Consolat. Quand il est sorti de prison, l'ADJ n'avait plus ses papiers car il ne s'était pas présenté depuis trop longtemps. Il y a quelques jours, il est retourné à la secu, où on lui a dit d'attendre un mois. Si d'ici là il ne la reçoit pas, il devra refaire sa demande (n.152 - 42ans)

Une autre spécificité qui vaut la peine d'être soulignée est présentée par les femmes qui se trouvent à la rue suite à une séparation. Celles-ci, souvent inscrites sur la carte vitale du mari, doivent entreprendre des démarches pour en avoir une autre. Si la séparation a été particulièrement violente, comme il advient parfois, les problèmes se multiplient. Par exemple, une femme nous raconte qu'après l'avoir chassée de l'appartement, le mari a brûlé tous ses documents, y compris ses papiers d'identité. Elle rencontre de grandes difficultés pour tout refaire car elle n'a même pas l'argent pour se payer les photos.

Les personnes en situation irrégulière

Les étrangers en situation irrégulière en France, ou ayant un titre de séjour d'un autre pays de l'UE, doivent accomplir des démarches administratives compliquées ou *de facto* impossibles dans certaines conditions.

La mise en place du dossier d'AME, pourtant spécialement conçu pour ce type de situation, est encore plus compliquée que pour les personnes qui entrent dans le droit commun. Beaucoup d'entre eux sont même dans l'impossibilité de récupérer certains documents,

comme le passeport ou l'acte de naissance, car ils doivent être demandés auprès du pays d'origine.

« Je suis apatride. Je suis parti de mon pays quand c'était encore la Yougoslavie mais, entre-temps, il est devenu la Serbie et, avec tout le bordel qui s'est passé, ils ont perdu mon extrait de naissance... Bref, pour eux, je n'existe pas » (n.49 - 42ans)

Même si pour certains, l'absence de documents, réelle ou déclarée, fait probablement partie d'une stratégie pour ne pas être reconnus, les difficultés rencontrées n'en sont pas moins réelles. Les personnes arrivent souvent en France suite à un long et périlleux voyage. De ce fait, les documents sont souvent volés, perdus, abandonnés dans une situation de stress, ou encore laissés chez soi pour éviter tout cela.

De plus, les ressources économiques de ces personnes sont souvent très faibles et particulièrement fragiles, car liées presque exclusivement à des démarches plus ou moins illégales, qui vont du travail au noir au trafic de marchandises diverses et variées.

Même lorsque la personne peut obtenir la carte AME, d'autres problèmes peuvent se présenter, l'amenant à y renoncer ou à ne pas l'utiliser. En fait, pour les étrangers en situation irrégulière, la crainte d'être interpellé par la police sur le trajet vers le médecin est un facteur important de non recours aux soins. Et pour ces personnes, paradoxalement, il est préférable de ne porter aucun papier sur soi, plutôt que de présenter une carte AME, certificat administratif de la situation d'irrégularité sur le territoire.

Homme de 32 ans, algérien sans titre de séjour, arrivé en 2011. Il travaille « au noir » au marché, et depuis 20 mois il dort à l'UHU. Au début de notre conversation il me dit ne pas avoir l'AME, mais après un bon moment il m'« avoue » que ce n'est pas vrai. Il ne l'utilise jamais de peur d'être renvoyé. Je lui dis que le médecin ne peut le dénoncer à la police parce qu'il est clandestin. Mais il le sait déjà : son souci est le trajet. Il a peur de se faire contrôler avec la carte AME sur lui [ndr. En effet, lorsque des assistantes sociales aident à faire le dossier pour l'AME, elles conseillent aussi de ne pas la porter tous les jours sur soi, à cause des contrôles de la police]. Jusque-là, il est toujours arrivé à se faire soigner sans dépenser d'argent, puisque les médecins ne lui ont jamais rien demandé. Par exemple, il dit qu'à Béthanie ils lui ont fait une carte pour qu'il puisse se faire suivre gratuitement par un psychiatre. (n.140 - 32ans)

Il n'a pas l'AME parce qu'il craint d'être renvoyé en Algérie. Il dit que ceux qui sont dans sa situation réfléchissent deux fois avant d'aller voir un médecin : ils savent que le médecin ne travaille pas pour la police, mais le problème ce sont les déplacements, surtout s'il faut prendre le bus, sans avoir l'argent pour payer un ticket. Il dit qu'il est facile de se faire contrôler par des policiers en civil qui traînent près des hôpitaux. C'est un gros problème parce qu'en plus « chez le médecin, il faut y aller avec les papiers ! » [ndr : on nous rapporte aussi que même dans les alentours de l'ADJ et de l'UHU les sans papiers doivent faire attention, car il y a des policiers en civil qui font des contrôles.] Ses seuls recours aux soins se font donc chez Médecin du Monde. (n.134 - 25ans)

Une fois que tous ces problèmes ont été surmontés ou acceptés comme le moindre des maux, la personne a droit à une prise en charge médicale. Mais, il y a des prestations médicales qui ne sont pas couvertes, ou pas totalement comme, par exemple, les soins dentaires ou oculaires.

Au début, il n'avait rien fait parce qu'il n'avait pas de carte vitale et que ce n'était pas assez grave pour dépenser de l'argent. Au printemps 2013, quand il a reçu son AME, il

est allé, sur les conseils de l'assistant social de la Madrague, à l'hôpital chez un ophtalmologiste qui lui a fait une ordonnance pour des lunettes. Il a acheté ses lunettes au supermarché parce que l'AME ne prend pas en charge les lunettes et il ne pouvait donc pas aller chez un opticien. Il pense que c'est stupide « on te fait l'ordonnance parce que tu es malade, mais on ne te permet pas de te soigner ». (n.25 - 50ans)

Par ailleurs, l'AME ne prend pas en compte certaines dispositions particulières qui permettraient que l'accès aux soins soit effectif. Par exemple l'ambulance dont une personne à mobilité réduite a besoin pour se rendre à sa visite :

Homme de 46 ans, originaire d'Algérie. Il est en fauteuil roulant et a une partie d'une jambe amputée. Il souffre des fortes douleurs, qui sont les séquelles de la poliomyélite aiguë qu'il a eue quand il était enfant. Il a un médecin traitant, un orthopédiste qu'il voit tous les mois, et un cardiologue qu'il voit tous les 3 ou 6 mois. En tant que demandeur de régularisation pour soins, il avait la CMUc, mais elle a périmée et sa demande a finalement été refusée. Il a donc fait l'AME. La CMUc lui permettait d'aller chez le kinésithérapeute deux fois par semaine, puisque le transport était compris dans sa couverture. Maintenant, avec l'AME, seulement le « kiné » est couvert. Même s'il n'est pas loin de l'ADN Forbin, il ne peut pas y aller tout seul. Sans ces soins, il souffre de terribles douleurs et il doit prendre des médicaments antalgiques tous les jours. Parfois, un de ses amis du foyer pouvait l'accompagner. Mais « ils ont leurs choses à faire », et ils ne peuvent pas rester dans la salle d'attente parce qu'elle est trop petite. De même, il devrait voir un spécialiste pour changer ses prothèses aux jambes, qui lui sont désormais trop serrées et lui font mal. Mais le spécialiste est à Aubagne, et il ne sait pas comment y aller. (n.131 - 46ans)

Encore une fois, l'extrême précarité économique dans laquelle se trouve une large partie du public concerné, fait que ces limites se traduisent par un renoncement aux soins.

À tout cela, il faut ajouter que les informations circulant sur les conditions d'accès à l'AME ne sont pas claires, de sorte que, bien souvent, les gens ont l'impression que les droits sont accordés de manière arbitraire

Il a un titre de séjour pour des raisons de santé. Il vient à Marseille à ses frais tous les ans depuis 1994 pour se faire contrôler la vue par son ophtalmologue. Tout avait commencé avec un glaucome et une greffe de la cornée. En octobre 2012, il a eu une forte baisse de vision et est revenu d'urgence en France depuis la Guinée. Son médecin lui dit qu'il faut rester en observation et éventuellement se faire opérer. Jusqu'à mars 2013, il a tout payé de sa poche, puis a obtenu l'AME. Mais entre temps il ne gagnait plus d'argent puisque il avait dû se mettre en disponibilité par rapport à son travail. Il a épuisé son argent [il a une femme et des enfants en Guinée] ; l'AME ne couvre pas les frais de séjour, donc il dort à Forbin. (n.10 - 37ans)

L'AME est utilisée dans les espaces largement vides du droit, et il est donc très fréquent qu'un refus pour une personne à un moment particulier soit interprété comme un refus définitif pour tous.

C'est notamment vrai pour les étrangers avec un titre de séjour d'un autre pays européen. Nous avons rencontré de nombreux migrants dans cette situation, qui arrivent entre autres d'Italie et d'Espagne. Ils subissent les effets de l'absence d'harmonisation parmi les politiques migratoires de différents pays de l'UE, et se trouvent de ce fait dans une situation très délicate. Ils se sentent parfois comme étant « piégés ».

D'un côté, ils ne peuvent accéder au droit commun en France, parce qu'ils n'ont pas le droit d'y résider. De l'autre côté, ils n'ont pas accès à l'AME tant que leur titre est en cours de validité, puisqu'ils ont leurs droits dans le pays par lequel ils sont entrés en Europe. Ils se trouvent donc souvent dans l'impossibilité objective de se faire soigner en-dehors des urgences vitales. Une fois en France, ils se voient refusés à la fois l'accès au travail et à la couverture sanitaire, sans vraiment comprendre pourquoi, puisque pour eux, avoir un titre de séjour en Europe équivaut à être considérés comme des Européens partout en Europe

La femme demande si elle peut venir consulter un médecin au CASO, car elle souffre de migraines et elle voudrait prendre la pilule contraceptive. On lui répond que non, parce qu'elle devrait avoir ses droits ouverts en Espagne, alors qu'ici c'est pour les gens qui n'ont aucun droit. Par la suite, lorsqu'on discute de son besoin de voir un médecin avec deux assistantes sociales (celui qui l'a en charge n'étant pas présent), elles se rendent compte qu'elle n'aurait pas même droit à l'AME et que peut être elle a fait son dossier inutilement. Ayant son permis de séjour espagnol, elle devrait avoir la sécurité sociale espagnole. Mais comme elle était sur celle du mari, après le divorce, elle a perdu toute couverture. Mais puisqu'elle n'est pas vraiment irrégulière, elle n'a pas le droit à l'AME. Elles lui proposent d'essayer quand même ; si elle n'est pas enregistrée en Espagne, ça pourrait quand même passer. Sinon, il n'y a aucune solution pour elle et ses enfants, seules les urgences leur seront assurées. (n.136 - 34ans)

La frustration est grande, et ils finissent souvent par faire porter la faute de leur condition de vie sur des personnes particulières. Celles qui assurent les situations d'interface.

« Les assistants sociaux de l'ADJ Marceau font chier, ils ne t'aident pas comme il faudrait, ils ne t'aident pas vraiment. Ils savent seulement te donner rendez-vous sur rendez-vous, d'un jour à l'autre... Ils conditionnent la vie de gens sans vraiment les aider. Moi, j'y étais allé pour demander comment faire pour demander la carte vitale et tout ça, mais ils m'ont énervé et je me suis barré ». (n.31 - 58ans)

Dans ce cadre, les démarches pour obtenir l'AME sont souvent reportées ou bien abandonnées.

Problèmes avec la justice

Parmi les personnes que nous avons rencontrées, il y en a qui ont, ou ont eu, des problèmes avec la justice. Certains sont arrivés à la rue suite à une période de prison ; une rupture qui a entraîné la perte du logement et parfois des liens familiaux.

Nous avons aussi rencontré des individus qui, suite à une condamnation, ont tout abandonné et se retrouvent en fuite afin d'éviter leur peine. Il n'est pas facile d'estimer combien de personnes sont dans cette dernière situation. Mais nous avons des raisons de penser que les cas dont nous avons eu connaissances ne représentent qu'une petite partie des personnes concernées.

L'un nous a confié son problème lorsqu'il a été, d'une manière ou d'une autre, résolu. Un autre nous l'a fait comprendre sans le dire explicitement. D'autres nous l'ont rapporté après quelque temps de connaissance et la garantie du secret professionnel. Que penser de ces cas. Sont-ils isolés ou plus nombreux mais mieux dissimulés ?

En tout cas, et à l'évidence, le fait d'être en fuite a un impact sur l'accès des personnes aux

services de soins, et donc sur leurs manières de gérer des événements de santé. Les données dont nous disposons donnent seulement un aperçu d'un phénomène probablement sous-estimé en nombre, et méconnu en qualité.

Les individus ayant des problèmes avec la justice sont souvent amenés à s'exclure volontairement du circuit de soin, ou à n'y recourir qu'après une réflexion sur les implications d'éventuelles démarches. L'essentiel pour ces personnes est d'éviter toute occasion de contrôle. Les déplacements représentent donc un souci. Dans ce contexte, le calcul coût-bénéfices, qui a toujours lieu lors d'un événement de santé, est compliqué.

Ceux qui ont les plus grande probabilité d'être interpellés sont les étrangers en situation irrégulière, car les contrôles pour les papiers sont les plus répandus. Cette situation administrative place ces personnes en dehors de la loi. Avoir une peine à purger dans un autre pays augmente les problèmes. Par exemple, pour obtenir les papiers nécessaires pour déposer une demande d'AME, il peut être nécessaire de se tourner vers les institutions du système duquel on se cache.

Il a attrapé ça « à cause du froid que tu attrapes quand tu sors de la douche, même si tu t'es bien séché. [C'est grave] parce que quand tu as 38° de fièvre tu es fracassé partout... Tu n'as même pas envie de manger. Tu ne veux que dormir (...) Je me suis réveillé et j'étais vraiment mal, alors je suis allé aux urgences de la Timone et je suis resté entre 10h et 18h. D'abord, on m'a fait une piqûre et une perfusion pour stabiliser la fièvre, puis on m'a donné du Doliprane et du Topalgic à prendre pendant 10 jours ». Il n'a aucun papier, « même pas ceux marocains ». D'ailleurs, il ne peut pas les refaire à cause de ses problèmes avec la police. Il voudrait faire l'AME pour pouvoir se soigner gratuitement alors « Il a appelé sa famille au Maroc pour voir si ce sera possible d'obtenir son extrait de naissance qui est nécessaire pour faire l'AME » (n.51 - 33ans)

D'autres, « s'auto-excluent » de toute institution de peur d'être repérés. Dans ce cas, la personne peut passer plusieurs années avant de reprendre contact avec des professionnels de santé. Le cas suivant montre comment la personne peut nier tout problème de santé, tant qu'ils ne sont pas considérés comme grave, afin de ne pas devoir faire face aux possibles dangers qu'un recours pourrait impliquer.

Au début de notre terrain, on rencontre un européen, dans la soixantaine, en France depuis de nombreuses années (il dit 12). Depuis son arrivée, il n'a jamais travaillé et il a toujours dormi à l'UHU ou dans la rue. Il nous dit n'avoir jamais eu besoin de voir un médecin, car il n'a jamais aucun problème de santé. Il se tient à ce discours pendant plusieurs mois. D'un jour à l'autre, son histoire change totalement. Il nous confie qu'il se trouve en France depuis autant d'années car il est en fuite de son pays, où il aurait dû passer en jugement pour des affaires de drogues. Maintenant, son crime est prescrit. Par conséquent, il s'est rendu au pôle emploi, où la femme lui a dit que, s'il démontre être en France depuis autant d'années, il a droit au RSA. Le problème est que, sur les registres de l'UHU, il n'a pas donné son vrai nom. Du coup il doit voir avec l'assistante sociale s'il est possible de remédier à cela. La femme du pôle emploi lui demande s'il veut passer des examens médicaux et s'il a d'autres problèmes de santé. Il admet alors qu'il devrait se refaire les dents et qu'il aurait besoin de lunettes car il ne voit pas bien. Il nous dit, très content, que maintenant il pourra régler ces problèmes, et qu'il a déjà commencé à faire les démarches sur indications de son conseiller au pôle emploi, alors qu'avant il affirmait n'avoir aucun intérêt à voir un médecin. (notes)

Probablement qu'en cas de gros problème la personne irait quand même chez le médecin.

La difficulté porte alors principalement sur la prévention, car seules l'urgence et la nécessité peuvent remanier l'ordre de priorité. Mais comment cerner la vérité dans le récit de gens dont l'intérêt est surtout celui de ne pas se faire repérer et qui donc mélangent souvent des informations discordantes et proches de la rumeur.

Il dit être à l'UHU depuis 4 mois, mais selon ses autres récits, on en déduit qu'il fait au moins des allers et retours depuis 2010. Il n'a aucune couverture car il dit « je n'ai pas le temps » et qu'il n'y pense pas. Il me raconte qu'un jour, à l'UHU, on a annoncé que quiconque serait allé voir le médecin, du moins pour un contrôle général, aurait eu, en échange, un ticket restaurant. Il est donc allé, mais en donnant un faux nom. Il dit qu'il en a profité pour s'assurer d'être en bonne santé. L'homme en question est en fuite d'un autre pays européen, où il avait son permis de séjour. Il dit que souvent des hommes viennent se cacher ici, mais qu'il y a aussi, par conséquent, des policiers en civil, même si c'est à l'insu de ceux qui travaillent dans la structure. (n.150 - 32ans)

Troubles mentaux

Les troubles mentaux aussi interfèrent dans le rapport aux soins et aux services de santé. Lors de cette enquête, pour des raisons méthodologique, nous avons abordé surtout des personnes ayant des troubles à « bas bruit ». Les observations et les discussions que nous avons pu mener avec des individus souffrant de pathologies plus sévères sont trop fragmentaires et incertaines pour être intégrées dans l'analyse. Par ailleurs, recueillir de véritables données auprès de ces personnes demande un savoir-faire, des compétences et des conditions de recueils qu'il n'était pas possible de déployer dans cette enquête.

Un vieil homme, qui dort à l'UHU et qui a d'évidents problèmes psychiatriques, attrape des poux. Il soulève ses manches et il se gratte très fort. Il est plein de petits points et il est tout rouge. Quand il s'aperçoit que je suis en train de le regarder, il baisse vite ses manches et arrête de se gratter. D'ailleurs, il essaye tout le temps de m'approcher pour discuter, alors qu'on peut voir les poux qui sautent partout autour de sa tête. Quelque temps après, lorsqu'on discute, je lui demande pourquoi il se gratte autant. Il me raconte alors une histoire fantastique sans but ni fin, comme il le fait pour tout épisode de santé le concernant. Lorsque je lui demande s'il ne s'agit pas de poux, il répond énervé que je ne comprends rien et il s'en va. L'infirmière de l'ADJ arrivera quand même à traiter son problème de peau. (ndt)

Au-delà de la complexité de leur prise en charge en tant que telle, les troubles psychiatriques ou psychologiques peuvent entraver la prise en charge médicale de différentes manières. Selon la symptomatologie, ils peuvent se traduire par de simples difficultés « techniques » (ex : perte de mémoire), jusqu'à un éloignement du système de soin (ex : paranoïa).

La personne, qui vient de trouver un appartement avec « un chez soi d'abord », a sûrement des troubles psychiques. Ses propos sont souvent incohérents. Il a l'hépatite B et C depuis des années, et il n'a jamais voulu se soigner. « Je ne fais pas confiance aux médecins... par exemple, ils disent que le tabac tue, mais ils conseillent les producteurs de cigarettes sur comment accrocher les gens ». On m'a proposé de prélever un morceau de foie, pour l'analyse [par rapport à l'hépatite], j'ai refusé ! On ne rentre pas en moi ! » (n.115 - 49ans)

Les troubles de la mémoire, même s'ils sont de faible niveau, peuvent influencer négativement

sur le déroulement d'un parcours thérapeutique. En l'absence d'un réseau familial ou amical de soutien pratique, la bonne réussite d'un recours ou d'une thérapie dépend de la possibilité d'avoir un suivi adapté. Ceci concerne des pratiques qui ne sont pas médicales au sens strict, mais plutôt d'accompagnement. Les individus, tout en voulant poursuivre un traitement, ont des défaillances qui les en empêchent : ils oublient de se rendre aux rendez-vous, de prendre leurs médicaments à horaires fixes....

Homme de 78 ans [...] il a eu une tumeur à la prostate en 2011 [...] Il y a un mois, il aurait dû être opéré à nouveau, mais il a oublié d'y aller. On lui a donc fixé une nouvelle date dans 15 jours. (n.126 - 78ans)

Pour les recours ponctuels, il faudrait en effet qu'une personne se charge de les prévenir à temps. Cela se fait déjà, en lien avec l'hôpital ou avec les travailleurs sociaux. Mais il est évident que certains cas échappent aux professionnels. Pour la gestion des traitements à suivre quotidiennement, par contre, il est nécessaire de disposer d'un type de service plus structuré.

Il prend un « autre médicament dont je ne me rappelle pas le nom et que je prends le soir pour me laver le cerveau des mauvaises pensées : parfois, j'oublie de le prendre et je suis mal » (n.44 - 51ans)

Certains professionnels de santé travaillant dans les centres d'accueil essayent, quand c'est possible, de s'engager dans cette tâche. Mais ils ne peuvent pas s'occuper de tous ni avoir connaissance des problèmes de chacun et il faudrait par ailleurs que la personne ait une fréquentation régulière de la structure...

Pour autant, dans certains cas, ce type de prise en charge peut faire la différence entre réussite et échec du traitement. Nous avons, par exemple, observé un individu ayant des troubles très importants se rendre tous les matins à l'ADJ pour voir l'infirmière, alors que, entre lésions cérébrales et alcoolisme, sa mémoire est gravement endommagée. Deux éléments principaux semblent expliquer ce fonctionnement. D'un côté, les travailleurs de ces structures, ayant la possibilité de bien connaître la personne, arrivent à adapter leurs discours et leurs pratiques au cas particulier, afin de favoriser la « compliance ». De l'autre, le fait que le traitement soit socialisé et inséré dans une routine journalière, donc ritualisé, semble compenser les problèmes de mémoire.

D'autres troubles mentaux, relevant plutôt de souffrances de type dépressif ou paranoïaque, engagent des difficultés plus complexes à gérer. Elles peuvent amener la personne à s'isoler, à percevoir davantage de dangers dans le monde qui l'entoure, à avoir honte. Alors, l'accomplissement des démarches nécessaires pour aller vers un professionnel devient une véritable épreuve, dont l'aboutissement n'est jamais assuré.

Il a accusé des douleurs au dos une semaine après être arrivé à l'ADN. D'abord, il s'est auto-soigné avec du Doliprane. « Il n'y a que ça qui calme la douleur, la pommade ne fait pas pour moi ». Il m'explique qu'il n'est pas allé voir l'infirmière de l'ADN à la fois parce qu'il n'avait pas envie de faire la queue, car « ici j'aime bien me faire oublier... Je ne veux pas trop bouger. » (nдр : il souffre d'anxiété). Par contre, il ne sait pas m'expliquer pour quelle raison il n'est pas allé voir un médecin en ville (nдр : il a la CMUc). Afin de résoudre son problème, il est allé parler avec le chef de service, qui lui a permis d'avoir une réservation et donc de se passer de la file d'attente. (n.149 - 53ans)

Dans ce cas, l'individu bricole des solutions alternatives afin de résoudre son problème

physique : automédication et recours à un professionnel « plus accessible » qui peut, à son avis, résoudre son problème. La même personne déclare avoir eu récemment une approche semblable en relation à des pulsions suicidaires. Il n'a voulu en parler qu'à une assistante sociale qu'il connaît bien.

Plus la personne se renferme sur elle-même à cause de son état de souffrance, et moins elle sera accessible aux soignants. Le cercle vicieux qui emprisonne l'individu dans son état ne se rompant que par l'avènement d'une crise. L'intervention des professionnels ne trouve alors sa place que dans l'urgence.

En 2001, lorsque sa copine perd la vie dans un accident de voiture alors qu'elle est enceinte de 8 mois, il commence à souffrir de dépression. Il pense que c'est grave car il ne s'en est jamais remis et il culpabilise encore. Il n'a rien fait pendant plusieurs années, car « j'avais envie de me renfermer sur moi-même et d'oublier ». De plus, il dit qu'il avait peur du regard des gens. Il fait une tentative de suicide par médicaments et s'auto-inflige des blessures. Il a fait plusieurs séjours dans des hôpitaux psychiatriques. (n.163 - 37ans)

D'un côté, une symptomatologie qui s'exprime avec une faible intensité permet la poursuite de démarches autonomes, alors que les individus souffrant d'affections plus graves ont plus de difficultés à les reconnaître et donc à s'orienter vers un professionnel. De plus, l'expérience peut jouer en sa faveur, car la personne sait reconnaître le moment où son état est en train de s'aggraver, en prévoir les conséquences et éventuellement savoir quoi faire, même en baisse de lucidité. De l'autre côté, il y a un risque de sous-estimation, car on peut penser que le problème ne soit pas grave ou confondre une amélioration en cours de thérapie avec une guérison. En outre, ce type de souffrances peut passer inaperçues aux yeux de l'entourage et même des professionnels, alors que des pathologies à symptomatologie majeure sont plus facilement détectables.

Lorsque le problème « explose », la présence d'une personne en capacité de gérer l'événement n'est jamais assurée. Cela peut arriver à n'importe quel moment. La crise alors peut prendre plus d'amplitude et causer des conséquences plus importantes.

« C'est pas le moment de parler, ils veulent parler, moi je veux juste dormir ». J'ai pu assister à des épisodes de « souffrance psychique » (dans un il a été particulièrement violent, il ne dormait pas depuis trois jours), il refusait d'aller voir un médecin ou un psychiatre, persuadé qu'ils n'auraient pas pu l'aider. De plus, à cette occasion, l'ADJ l'avait renvoyé à cause de son comportement, il n'y avait aucun professionnel pour le gérer. [Au terme de notre discussion, il dit qu'il ira voir un médecin. Le lendemain, il a raté son rendez-vous avec l'assistant social et personne ne l'a plus vu pendant presque deux mois.] (n.101 - 25ans)

Dans ce domaine, les professionnels de proximité nous semblent être indispensables dans l'accès et la continuité des soins. Leur capacité à créer un lien de confiance et à développer une bonne connaissance d'une personne sont décisives et influent sur les attitudes que la personne adopte face à un événement de santé. Notamment lorsqu'il s'agit de santé mentale. Mais, comme le montre la dernière situation, ils doivent aussi s'occuper de la collectivité des usagers. Ceci fait que, par exemple, certains comportements ne peuvent pas être tolérés, donc certaines personnes finissent par être éloignées.

Animaux de compagnie

Les animaux de compagnie sont un facteur important dans la gestion de la vie d'une personne vivant à la rue. Repère affectif autant qu'outils de survie, la possession d'un animal de compagnie complexifie considérablement l'accès aux institutions qu'elles soient de soin, d'accueil ou de mise à l'abri. La plupart refusent les animaux de compagnie et celles qui les acceptent le font dans des conditions jugées suffisamment indécentes par les maîtres pour qu'ils refusent de s'y rendre.

Quelque temps après, elle me dit qu'elle est allée pour quelques jours à l'UHU, car elle aussi doit faire des visites chez le médecin, et il est plus pratique si elle a un endroit où se poser et où laisser son chien, car son compagnon aussi est très malade. Donc, elle laisse son chien au chenil de l'UHU. Quelques jours après, elle me dit que son chien est mort : « On l'a tué ! ». Elle dit qu'elle l'avait laissé, et personne lui avait dit qu'elle aurait du s'en occuper tous les jours, qu'il n'y avait pas de personnel pour s'en occuper. Quand son compagnon est allé le récupérer, il l'a trouvé blessé sur le visage, comme s'il avait été battu, et quelques jours plus tard il est mort. (ndt)

Nous n'avons pas pu vérifier comment cette histoire s'est effectivement passée. Nous pouvons supposer que des malentendus ont eu lieu. Mais cela ne change pas le fait que ce récit soit maintenant en circulation. Les récits sur des brutalités infligées aux animaux, indépendamment de leur fondement réel, circulent beaucoup parmi les maîtres, qui ont de fait peur de laisser leur animal aux structures, sauf à bien connaître la personne à qui le confier.

En même temps, trouver un endroit où laisser son chien est fondamental pour pouvoir gérer certaines démarches. Effectivement, il s'agit d'un problème qui n'est pas considéré comme une nécessité, peut être parce que, parmi les centaines de personnes dont ces structures doivent s'occuper, il concerne une minorité. Par conséquent, ceux qui offrent un service en ce domaine font exception.

Je rencontre encore cet homme (originaire de la Réunion mais ayant vécu longtemps à Paris) homosexuel et avec le SIDA. Il a 46 ans et il est bipolaire. Il a 2 chiens donc « aller chez le médecin est très compliqué, heureusement je suis pris en charge par ASUD. Quelqu'un de ASUD vient avec moi pour me garder les chiens au cours de la consultation... Sinon, je suis obligé de demander à quelqu'un de confiance de me les garder. Les chiens sont ma famille, je ne les abandonnerai jamais. Je ne suis pas en foyer parce qu'ils ne pourraient pas rester avec moi. Seulement à la Madrague les chiens sont acceptés, mais là-bas c'est dégueulasse et, d'ailleurs, j'ai peur que quelqu'un me les vole... En tout cas, j'ai déjà été expulsé de là-bas... Voilà pourquoi je suis en squat, même si j'ai ma trithérapie à prendre tous les jours.

L'alternative est de trouver quelqu'un dans son propre entourage à qui faire confiance et qui ait la possibilité de s'en occuper. En tout cas, les possibilités se réduisent en cas de soins de longue durée, comme une hospitalisation.

Les conditions de vie dans la rue (entraves pragmatiques)

De nombreux renoncements aux soins peuvent être entendus soit comme des conséquences des conditions matérielles dans lesquelles les soins sont dispensés soit comme des conséquences de la situation sociale de la personne. Mais le plus souvent, ceux-ci sont les

résultats d'une combinaison des deux éléments à la fois. Un parcours de soin s'insère dans la globalité du contexte de vie d'une personne, dont certaines caractéristiques peuvent être néfastes à ce parcours.

Comme vu dans le chapitre consacré aux problèmes administratifs, bien que l'offre de services soit plurielle et diversifiée, certains n'arrivent pas à y trouver leur place. Cela peut découler de raisons différentes, qui vont du manque de connaissances aux défauts du système.

Pendant un moment, il prenait des cachets pour dormir, deux par jour. C'était des potes à lui qui lui en avaient donnés. Mais il a dû arrêter une fois fini la plaquette, car il n'a pas d'argent pour en acheter. De nouveau, il n'arrive pas à dormir. (n.109 - 38ans)

Les entraves pragmatiques au parcours de soin ne sont pas uniquement liées aux questions économiques. L'ensemble des conditions de vie dans la rue peuvent rendre très complexe le suivi d'un traitement : les gestes les plus banals, réalisés par habitude quand on a un logement, deviennent des objectifs à atteindre et nécessitent la mise en place de plusieurs actions coordonnées. Le fait d'avaler un cachet avec de l'eau, de conserver le médicament « à l'abri de la lumière, de l'humidité et de la chaleur », de respecter des contraintes horaires, de nettoyer et garder propres des blessures... Tout cela, demande des efforts supplémentaires dans une organisation journalière qui est, souvent, déjà assez contraignante.

Il dit qu'en tant que SDF il y a beaucoup de problèmes à suivre un traitement : « Il faut les conditions pour prendre les médicaments... par exemple, si chez toi tu dois prendre de l'eau, tu ouvres le robinet, moi je dois le prévoir (...) Même la protection du médicament... s'il pleut, la boîte finit forcément par tomber à l'eau ! Des choses simples deviennent très compliquées. » (n.165 - 50ans)

Alors, même si la personne reconnaît avoir un problème de santé et s'adresse à un professionnel, souvent elle ne pourra pas respecter les consignes du traitement ; Ce qui rend inutiles les démarches de soins, souvent complexes, qui sont entreprises. Cela peut engendrer une rechute ou une aggravation du problème. Par exemple, la convalescence est une étape aussi importante que délicate qui nécessite un certain nombre de conditions pour être menée à bien.

Autre exemple, en cas d'opération chirurgicale, le risque d'infection est très important, car l'hygiène, comme nous l'avons vu, est l'un des problèmes majeurs.

[...] il a été hospitalisé un jour au départ de chirurgie esthétique de la Conception, où on lui a fait toutes les analyses et l'opération d'enlèvement d'un kyste. Après il l'ont laissé sortir, en lui donnant rendez-vous toutes les semaines pour faire « la ponction ». « Ils me laissent tout de suite comme ça dans la rue... ça c'est infecté ! On m'a dit de ne pas bouger, mais je suis SDF ! ». Finalement, deux mois plus tard, le médecin qui le soigne décide de le faire hospitaliser à la Clinique Phocéenne. On l'opère à nouveau et on le garde un mois pour qu'il puisse bien guérir. (n.158 - 61ans)

Les prescriptions peuvent être inadaptées soit en elles-mêmes (faire des injections quotidiennes à domicile, panser des plaies journalièrement...), soit par rapport aux contraintes et aux priorités de la personne. Dans le premier cas, nous avons vu comment les professionnels médicaux de certaines structures d'accueil, parfois en lien avec les médecins hospitaliers ou de ville, s'organisent pour améliorer l'accompagnement. Par exemple, en

conservant et administrant les médicaments. La question des priorités, par contre, est effectivement plus difficile à aborder par les professionnels, aussi parce qu'elle se place à la limite entre contraintes objectives et responsabilité individuelle. Le cas suivant en est un exemple significatif.

Pour soigner son entorse à la cheville, le médecin de l'UHU lui a donné une pommade et il lui a conseillé de ne pas marcher. Mais comme elle avait des démarches à faire, puisqu'elle ne voulait pas rester longtemps sans logement : « je ne pouvais pas faire autrement ! ». Elle pense qu'il aurait dû lui donner quelque chose d'autre, des anti-inflammatoires par exemple, mais que vu ses problèmes de santé (ndr : elle a une tumeur au cerveau et souffre de crises épileptiques) il a eu peur. Elle pense qu'elle aurait du porter des béquilles, mais il n'y en avait pas à disposition ni à St. Louis ni à la Madrague. Du coup, le problème « ça a traîné des mois... comme on marche toute la journée, jamais je pouvais reposer mon pied » et elle a eu « une entorse sur l'entorse ». Elle n'est pas retournée voir un médecin, car elle considérait que la seule raison pour laquelle elle ne guérissait pas était le manque de repos. (n.148 - 43ans)

S'il est vrai que la contrainte du repos est difficilement praticable dans le contexte de l'hébergement d'urgence, cette femme accomplit aussi des actions qu'elle pourrait, du moins théoriquement, éviter pendant quelque temps. La conséquence est que son problème traîne plus longtemps que nécessaire. De plus, elle estime inutile de retourner une deuxième fois vers le médecin. Lui, de son côté, en donnant son avis tout en connaissant la situation de sa patiente, doit avoir déjà évalué les options possibles. Elle, du sien, sait qu'elle ne le suivra pas, car de son point de vue, mieux vaut endurer plus longtemps la souffrance occasionnée par l'entorse, plutôt que de perdre du temps dans la quête du logement.

Ordre des priorités

Si l'ordre de priorité d'une personne est, par définition, subjectif, il est aussi ancré dans le sens commun où il est supposé que la santé est le bien principal. « Tant qu'on a la santé... ».

Dans les pratiques concrètes de la vie de tous les jours, au contraire, ce principe est souvent relativisé sur la base des paramètres personnels à travers lesquels l'individu identifie les limites, qui sont d'ailleurs souvent mobiles, entre santé et maladie. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les raisons du recours, la gravité d'un problème et la nécessité de s'en occuper sont évaluées, la plupart du temps, sur la base du rapport entre symptomatologie et contexte d'existence. Lors d'un événement de santé, donc, chacun agit selon ses propres estimations et priorités, parfois en désaccord avec l'avis médical.

Coma à cause d'une surconsommation de médicaments. Il est amené à l'hôpital par le SAMU « Je ne sais pas si je suis effectivement passé par les urgences. Je crois qu'on m'a emmené de suite en réanimation [...] Je suis resté 2 jours après j'ai fait une signature et je suis sorti. Même s'ils voulaient me garder plus longtemps en observation, je voulais aller visiter ma femme qui était en cure dans un autre hôpital » (n.37 - 30ans)

En soupesant les priorités, se combine une sorte de principe d'évaluation des soins, désignant par là le bénéfice direct, en termes de mieux être, que la personne pourrait en attendre.

« Ça fait quatre jours que je ne dors pas du tout parce que je pense trop. Normalement je prends des somnifères et des « médicaments psy » (Ndr : le Gardenal, un

barbiturique), mais cela fait deux mois que je ne vais plus chez mon médecin. C'est trop loin, j'ai pas envie d'aller jusqu'à là-bas. (ndr : il est en fauteuil roulant). Et puis, à part pour les somnifères, sinon, je ne sens pas le manque des médicaments ». (n.128 - 64ans)

Entre pénibilité ou impossibilité du trajet pour se rendre jusqu'au lieu de soin et faible importance du bénéfice qui peut en être attendu, la personne renonce à ses soins.

Ces considérations ont un caractère général. Mais nous pouvons quand même détecter des particularités qui sont plutôt récurrentes chez des personnes vivant à la rue. Le quotidien est rythmé par une série d'actions dont dépend la survie. Par exemple, en cas de manque de revenu, les personnes se tournent souvent vers des activités comme faire la manche ou bricoler des boulots au noir. Dans les deux cas, le gain n'est jamais assuré mais soumis aux aléas de la journée et à la volonté d'autrui, travailler au noir n'offrant aucune protection légale.

Mais les services de soins ont des horaires de consultations à respecter, ce qui peut ne pas se conjuguer aux exigences découlant de ces types d'occupations.

Elle ne veut pas voir le médecin de l'UHU car « Il y a trop d'attente et je dois faire la manche, et je ne suis pas sûre qu'il soit valable... J'irai voir un médecin avec un vrai cabinet... ». Plus tard, elle dit qu'à son avis, il faudrait des dispensaires, ouverts tous les jours, exprès pour les gens qui sont à la rue. (n.162 - 41ans)

La préférence est accordée à la quête d'argent, dont le bénéfice est jugé prioritaire, et notamment si d'autres personnes en dépendent. D'autres éléments peuvent s'ajouter, comme le désespoir et une lassitude de soi, qui placent sa propre santé encore plus bas dans l'échelle des nécessités.

Il ne voit pas bien « ça fait 10 ans. Depuis que j'ai arrêté de travailler comme soudeur » mais il ne sait pas pourquoi. Il n'a jamais rien fait parce que « d'un côté, j'ai toujours eu d'autres problèmes plus importants, comme celui de penser à ma famille... De l'autre, je pense que je m'en foutais un peu parce que j'avais perdu le goût de la vie » (n.30 - 47ans)

La nécessité de régler une situation administrative irrégulière ou d'accomplir des démarches bureaucratiques pour accéder à des droits, représente un autre élément influençant beaucoup l'emploi du temps des personnes. En réalité, bien souvent, ces démarches occupent plus d'espace en tant que « préoccupations » que de véritables « occupations ». Il ne s'agit pas tant du temps effectif qui manque, que de celui intérieur, car toutes les énergies sont consacrées à un but et à la survie.

« De même, une fois en France, j'ai attendu jusqu'à avoir mes papiers avant de commencer à m'occuper de ce problème [détachement d'une prothèse dentaire, jugé pas grave] parce que ça ne me faisait pas mal, ni m'empêchait de faire des choses. Ce n'était pas urgent et faire les papiers étant plus important » (n.39 – 58ans)

De fait, tant qu'ils ne s'imposent pas par leur gravité perçue, les problèmes de santé sont rarement prioritaires dans l'ordre hiérarchique des actions quotidiennes, et sont soumis à d'autres éléments. De ce fait, le recours aux soins se fait souvent dans l'urgence, quand le problème s'est aggravé et la prise en charge est devenue, de ce fait, plus compliquée.

Plus encore, si l'on considère que se soigner n'est pas une priorité du quotidien, effectuer des démarches administratives dans l'expectative de devoir se soigner un jour relève à ce

moment-là de la pure hypothèse, alors que les démarches d'ouverture de droits elles, ne supportent pas l'urgence.

Il devient alors évident que la santé en elle-même n'est pas un but en soi.

« Je me sens bien mais, quand même, avant de faire les autres opérations je veux attendre d'avoir une maison où vivre tranquille. Je ne veux pas, après l'opération, devoir revenir au foyer sans avoir d'argent » (n.44 - 51ans)

« Effets indésirables »

L'absence de logement signifie, en cas de maladie, de ne pas disposer d'un endroit sûr et tranquille où suivre une thérapie et se reposer. La personne doit alors évaluer plusieurs éléments lorsqu'elle s'apprête à suivre un parcours de soins. Les difficultés de gestion de certains traitements, en raison de la gêne qu'ils occasionnent ou de leurs effets secondaires, peuvent amener la personne à les refuser. Notamment, une atteinte à la réactivité ou à faire face à d'éventuels dangers ou une entrave à l'aisance des mouvements sont difficilement supportables.

En effet, la vie dans la rue demande une attention constante à la protection de soi et de ses effets personnels. Dans les accueils de nuit comme à l'extérieur, la vigilance s'impose, et l'on doit démontrer que l'on a le contrôle de la situation. Toute marque d'affaiblissement peut être source de préjudice. Ce contexte d'existence, que nous avons précédemment défini comme « pathogène », amène les individus à considérer avec une grande prudence les somnifères ou les neuroleptiques qui peuvent leur être prescrits. Dans ce cadre, malgré les troubles du sommeil ou les troubles psychiques dont ils peuvent souffrir, ils peuvent juger les bénéfices apportés par ces médicaments comme étant inférieurs aux potentiels dégâts qu'ils peuvent occasionner. Ainsi, nombreux sont ceux qui refusent les traitements induisant une baisse de vigilance ou la somnolence comme effets principaux ou secondaires.

Cette femme dit souffrir de perturbations psychologiques des suites d'une agression violente qu'elle a subie de la part d'autres femmes dans l'enceinte de l'UHU. Bien qu'elle souffre d'insomnie, elle ne veut pas prendre de médicaments pour dormir. Elle refuse de prendre des produits « qui interfèrent avec le système nerveux », « du chimique ». Ce refus est lié à la fois à la peur de développer une addiction et de « perdre le contrôle sur ce qui se passe autour », parce que « vu l'entourage, il faut toujours rester vigilante ». Elle voudrait prendre des produits homéopathiques, mais elle n'a pas encore trouvé le médecin qui puisse lui faire une ordonnance. (n.106 - 59ans)

Ce dernier exemple nous montre la mise en place d'un cercle vicieux, où la cause (ou l'une des causes) du problème fait obstacle à sa résolution. D'un côté, la peur des agressions, en engendrant du stress, empire l'insomnie ; de l'autre, l'insomnie ne peut pas être soignée « médicalement » à cause de cette peur des agressions. Une prise en charge exclusivement médicale est donc vouée à l'échec. Parfois, la personne a elle-même subis des violences, mais d'autres fois, par exemple pour les « nouveaux », l'estimation est faite sur la base des discours rapportés. Cela montre encore une fois que le contexte est vécu comme problématique au-delà des expériences directes que la personne a pu en faire. La crainte et la suspicion sont au cœur de ces vies.

Elle est en traitement. Elle prend des cachets pour dormir, mais cette nuit (la première qu'elle passe à St.Louis) elle ne les a pas pris, car on lui avait dit qu'il y a des vols, des bagarres, des coups de couteau. Donc elle a préféré ne rien prendre. Mais elle semble plus soulagée, car rien n'est arrivé pendant la nuit, qui finalement c'est passée plutôt tranquillement. Elle réfléchit si elle va prendre ses cachets les nuits prochaines ou pas. Elle dit que quand on débarque là-bas on se sent perdue, et heureusement les éducatrices de St.Louis ont essayé de la calmer, de la mettre à l'aise en lui disant que tout irait en s'arrangeant. (notes de terrain)

De la même manière, d'autres types de prescriptions peuvent être abandonnées car étant trop incapacitantes, ou gênantes. Dans cet espace où l'intérêt perçu des soins peut être très relatif, il est important pour les personnes que les traitements prodigués ne viennent pas contrarier des conduites d'adaptation à cette précarité effective et quasi « ontologique ».

Cet homme à mal au genou. « J'ai enlevé la genouillère, même si je n'aurais pas dû... Je n'en pouvais plus, ça me gênait trop. C'était impossible de s'asseoir » (n.44 - 51ans)

Ainsi cet homme qui décrit son problème comme ayant « l'urine qui remonte dans les reins ». Il a en première instance consulté un médecin généraliste de ville puis a été hospitalisé dans un service spécialisé. À sa sortie de l'hôpital, au bout de quelques jours, il a « arraché tout seul [son] cathéter sous-pubien parce que ça [le] gênait ». Il n'est ensuite jamais retourné le faire remettre. (n.111 - 48ans)

Pour survivre et subvenir à ses besoins fondamentaux, la vie dans la rue demande des déplacements constants. Dans son évaluation personnelle, la gêne occasionnée dans le moment présent peut être considérée comme plus importante que le bénéfice perçu.

Il s'est « claqué » le genou en faisant du sport.(...) On lui a mis une attelle, et on lui dit de la garder une semaine. Mais « au bout de trois heures, je l'ai viré... Ça m'a soulé, je n'arrivais pas à marcher ! » (n.146 - 31ans)

Outre ces contraintes propres aux conditions de vie, les « goûts personnels » ont leur importance, comme pour toute autre personne, comme pour « n'importe qui ».

« J'ai une prescription pour du Valium, mais je ne le prends pas. Je jette tout à la poubelle... Je n'aime pas l'effet qu'il me donne » (n.30 - 47ans)

Les effets d'un traitement, plus que des effets secondaires, sont parfois incompatibles avec la vie dans la rue, non seulement pour les difficultés pratiques qu'ils peuvent engendrer, mais aussi parce qu'ils sont, tout simplement, trop lourd à supporter. Certaines thérapies, qui sont déjà difficiles à endurer lorsque la convalescence se passe dans des endroits adaptés, deviennent insoutenables quand dans la rue ou en accueil de nuit. Ainsi, la personne peut décider de renoncer ou d'abandonner les soins.

Elle ne soigne pas son Hépatite C jusqu'à qu'elle commence à se sentir mal. Pendant 3 mois, elle allait une fois pas semaine prendre de l'Interféron. Mais « l'interféron est fatigant, surtout quand vous êtes à la rue... Je l'ai fait trois mois, mais après j'ai laissé... Si j'avais un appartement je le ferais... ». Le médecin qui l'avait en charge a découvert qu'elle était à la rue seulement quand elle lui a communiqué son intention d'interrompre son traitement. À l'ADJ personne ne sait qu'elle a l'hépatite. (n.162 - 41ans)

Cet exemple est particulièrement intéressant car il montre comment l'abandon du traitement relève aussi d'un troisième élément : le manque de communication entre l'utilisateur

et les professionnels qui l'ont en charge. Soigner sans connaître ou sans tenir compte des conditions de vie du patient et de ses obligations sociales et affectives, conduit souvent à une impasse.

Détournement du système de soin (tactique et stratégie)

Nous venons de voir toutes les entraves qui, *de facto*, rendent compliqué, voire impossible, l'effectivité de l'accès aux soins, au moins pour certaines personnes. Réciproquement, les usagers tentent de modeler l'offre de soins existante, non seulement pour surmonter ces difficultés mais aussi pour l'adapter à leurs besoins particuliers.

Si ces opérations d'adaptation peuvent consister en un véritable détournement des services elles sont aussi parfois une condition nécessaire pour qu'une offre particulière atteigne sa cible. Souvent, ces détournements sont la seule solution envisageable ou praticable par la personne.

Homme polonais de 38 ans. Il a perdu deux dents lors d'une bagarre dans la rue alors qu'il était alcoolisé. C'est grave car il dit avoir du mal à manger. Il a décidé de se faire soigner au bout de 2 mois, sur conseil de l'équipe du Sleep'in. Il est allé chez un dentiste en ville, qui lui a fait des examens pour faire des prothèses. Dans un second temps, le médecin lui a dit que ça n'était pas possible de les faire, car elles sont trop chères et l'AME ne couvre pas ce type de prestation. Il commence à se faire du souci pour ça ; non seulement parce que ça lui cause des problèmes pour manger mais aussi pour des raisons esthétiques. Par exemple, il a honte de chercher du travail en se présentant sans dents. Une des dernières fois que je l'ai vu il m'a confié qu'il projetait d'utiliser la CMU d'un ami à lui pour se faire refaire les dents. La seule chose qui le retient, c'est de s'assurer que son ami ne risque rien. (n.124 - 38ans)

En revanche, il s'agit parfois de la solution jugée la plus facile et demandant le moins d'effort.

Il est allé consulter l'infirmière de l'ADN, même s'il admet qu'en ayant la CMUc il aurait pu voir un médecin, mais l'infirmière était plus proche. (n.143 - 47ans)

Pour soigner son problème de poux il est allé au CASO : « Comme j'avais faim, je suis allé chez les sœurs, et Mdm était juste en face ! ». Je lui demande s'ils n'ont rien dit sur le fait qu'il a sa couverture, alors que le dispensaire est a priori réservé à ceux qui sont en dehors du droit commun. Il répond qu'ils savent qu'il a la CMU mais qu'ils l'ont accepté quand même. On lui a donné les produits et après trois jours il a guéri. (n.149 - 53ans)

Dans ce dernier cas, l'action peut résulter d'un choix de type tactique (c'est à dire des réponses immédiates à des problèmes ponctuels), comme les deux derniers exemples le montrent. Mais les détournements peuvent aussi prendre la forme de véritables stratégies :

« J'y aurais droit, mais je ne l'ai jamais demandé. D'abord je devrais faire la carte vitale », qu'il n'a pas parce que « je suis tout le temps en voyage et, quand je suis à Toulon, où je suis domicilié et donc, où je devrais la demander, je n'y pense pas. Je pense que le problème c'est aussi que je bois beaucoup. Ce n'est pas la même chose quand tu bois beaucoup ! » En effet, il reconnaît que refaire sa carte vitale « ce n'est pas compliqué. Je dois aller à Toulon et il y a seulement un questionnaire à remplir, puis attendre trois semaines/un mois », mais il dit qu'il « désespère de la faire parce que je ne sais pas où je

serais demain et si je me rappellerai de la demander quand je serais à Toulon. [...] En tout cas, j'en ai pas vraiment besoin. Je me suis toujours fait soigner à l'hôpital ou ailleurs et je n'ai jamais payé... On est en France, c'est facile ! ». (n.12 - 31ans)

Dans ce cas, la personne, ayant la citoyenneté française, déclare ne s'être jamais engagée dans l'obtention d'une couverture sanitaire à laquelle il aurait droit, à cause de son style de vie ; déplacements continus et alcoolisme représentent une première explication émiq. Néanmoins, il ressort aussi qu'il juge inutile de faire des efforts pour obtenir ses droits, puisque personne ne les lui a jamais niés.

Par contre, d'autres témoignages montrent que, si ce principe de détournement fonctionne régulièrement, il ne peut être mis en œuvre que sous certaines conditions, notamment celle de pouvoir disposer de la carte vitale d'un autre et de rencontrer des professionnels qui, soit ne s'aperçoivent pas de la chose, soit s'en rendent compte et l'acceptent.

Schématiquement, nous pouvons identifier différents types de détournement :

D'un côté - on l'a déjà mentionné - sur la base de leurs connaissances, les personnes adaptent les consignes médicales à leurs besoins. Il s'agit d'actions qui se rapprochent d'automédication mais qui peuvent amener la personne à un véritable détournement du rôle de médecin (et, par conséquent, du service sanitaire). La personne ne s'y adresse plus en raison de son expertise, mais comme simple fournisseur de prescriptions et/ou de médicaments. Par exemple, une personne n'ayant pas de connaissances médicales, ne perçoit souvent sa maladie (disease) que du seul point de vue symptomatologique (illness), éventuellement filtré par le social (sickness). Il peut, par conséquent, modifier seul la posologie de son traitement afin de supprimer les symptômes. Cette modification suit souvent le principe du sens commun selon lequel « melius abundare quam deficere »¹⁶ et qui, au moins sur une courte période, semble fonctionner. Le « malade » devra, alors, se procurer de quoi augmenter son dosage contre l'avis médical. Ce qui l'amène à consulter plusieurs services où l'obtention du médicament sera facile et gratuite.

Au début il n'a rien fait parce que « La toux n'était pas aussi forte et je n'avais pas trop de phlegme ». Après 4 jours, il est allé chez l'infirmière de Forbin (qui lui donne du sirop) et, le jour après, il va voir le médecin du secours catholique (qui lui donne du sirop et des antibiotiques) parce que « J'étais allé là-bas pour la douche mais, vu que le médecin était là, j'ai profité de l'occasion ». Il ne suit pas les indications des deux médecins : il prend un gorgé de sirop à chaque fois qu'une crise se déclenche (ce qui arrive surtout le soir) : il a consommé presque 2 bouteilles de sirop en 4 jours. Il a la carte sanitaire italienne. (n.46 - 33ans)

Ce détournement du service représente le deuxième type de manipulation du système de la part de ses usagers. Certains services sanitaires fournissent, intentionnellement ou pas, d'autres prestations secondaires à côté de leur fonction manifeste. Ces prestations secondaires peuvent alors devenir la véritable raison pour laquelle les usagers font appeler au service.

Depuis trois ans, il dort dans sa voiture à La Rose car c'est le quartier qu'il connaît le mieux puisqu'il y a grandi. Au mois de juin, il dit avoir trouvé une excuse pour se faire hospitaliser à Aix. Il cherchait en fait un abri où se reposer. (n.166 - 53ans)

¹⁶ Trop est mieux que pas assez

Fin 2012 il s'est fait hospitaliser à ST. Roch [ndr : clinique psychiatrique] parce que « J'avais envie de me reposer et de voir un monde autre que les SDF (...) mais parfois les malades peuvent fatiguer plus que les SDF ! ». (n.137 - 56ans)

Mais la qualification de détournement peut être excessive. En effet, parfois le but principal de l'utilisateur ne correspond pas à la fonction manifeste du service mais en permet l'accomplissement. À partir de quel moment un usage stratégique des services peut être qualifié de détournement ?

Homme de 62 ans rencontré au Sleep-in. Il fait un dépistage « Toutes les fois que je vois un camion... Comme ça je mange ! » (n.127 - 62ans)

Concernant le dépistage : « J'ai commencé, mais j'ai laissé tomber. » Il y avait un camion qui faisait le test, donc il est rentré pour se reposer. Il leur a dit « n'importe quoi (...) C'est la combine de la rue, hein ! » [ndr : il pensait qu'autrement il n'aurait pas pu rester]. On lui a dit d'aller chercher les résultats à la Joliette, mais il n'y est pas allé car il a jugé cela inutile. (n.166 - 53ans)

Si dans certains cas, ce genre de détournement, ne génère qu'une faible gêne pour le système sanitaire et se révèle utile pour les usagers, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, un détournement des services très fréquent est celui des urgences. Pour différentes raisons, les personnes tendent à s'y adresser pour des problèmes qui ne justifient pas ce type de recours. Par conséquent, les urgences sont sur-sollicitées ce qui entraîne une baisse de la qualité du service pour tous.

Le détournement des services nécessite, parfois mais pas toujours, la « complicité » des professionnels : cela peut être volontaire et conscient ou pas.

D'un côté, il arrive que des professionnels ne connaissent pas bien le fonctionnement du système de soin (notamment bureaucratique) et, par conséquent, ne soient pas conscients de proposer une mauvaise orientation et, donc, un détournement. Il arrive aussi que, face à des situations administratives complexes, ne sachant pas où adresser la personne, le soignant l'oriente vers les urgences alors que d'autres services auraient été plus adaptés.

Sa prothèse dentaire tombe. D'abord, quand il a un jour libre sans travail, il va aux urgences sur conseil de l'assistant social de la Madrague mais « Ils n'ont rien fait parce que l'AME ne couvre pas les soins dentaires, donc on m'a conseillé d'aller au CASO de MDM ». Il y est donc allé « Quand j'ai eu un autre jour libre au travail. En tout cas, ce n'était pas urgent vu que ça ne me gênait pas trop, ni me faisait mal [mais] ils n'ont rien pu faire parce que, ce jour-là, il n'y avait pas de dentiste ». Ne pouvant pas se rendre au CASO le jour du dentiste, s'en est suivi une période d'attente « je ne savais pas quoi faire... Mais en tout cas, je n'étais pas pressé, ça ne me fait pas mal du tout et ça me gêne un tout petit peu, seulement quand je mange ». Enfin « des amis m'ont dit que le médecin de la Madrague pouvait me donner un RDV gratuit avec un dentiste, donc j'y suis allé [...] il m'a fixé un RDV gratuit [...] J'ai RDV le 6 novembre. J'ai un carton qui me permet de ne pas payer [il me montre un simple feuille de rappelle de RDV chez un dentiste] » (n.35 - 47ans)

Dans ce cas, nous voyons bien que le détachement d'une prothèse dentaire ne demande pas une prise en charge aux urgences, d'autant plus que le médecin de l'UHU aurait pu donner RDV chez un dentiste. D'ailleurs, l'exemple montre comment à partir de cette mauvaise orientation, la personne est amenée à gaspiller son temps et son énergie dans un parcours qui la mène au bord du renoncement aux soins, puisqu'elle les pense impossible d'accès. Ce

seront au final ses pairs qui l'orienteront vers le service le plus adapté.

Mais, une mauvaise orientation de la part d'un professionnel peut, aussi, engendrer un effet boule de neige qui amène la personne à des détournements ultérieurs, considérés comme seule solution possible.

Il a mal aux dents à cause d'une carie, il est allé chez le médecin de la Roseraie qui lui a prescrit du paracétamol et lui a conseillé d'aller voir un dentiste « Un pote m'a prêté sa carte vitale pour aller chercher les médicaments à la pharmacie... comme ça je n'ai pas payé ». Par contre, il n'est pas allé voir le dentiste. Il ne savait pas où aller ici à Marseille alors il a décidé d'attendre de rentrer au Maroc « désormais, j'attends de rentrer au Maroc et je me ferai soigner là-bas, même si ce sera payant ». En tout cas, il dit que ça va mieux parce qu'il n'a plus mal. (n.53 - 24ans)

De l'autre, il y a des situations qui poussent les professionnels à détourner le système, tout en étant conscients de le faire, parce qu'ils ne voient pas d'autre solution possible pour aider la personne. Il s'agit, dans ce cas, d'un détournement motivé par le bon sens : l'application des règles est manipulée pour rester fidèles à leur essence.

Le jeune me raconte avoir attrapé la grippe avec 39 de fièvre lors de son premier séjour en hiver 2012. (...) C'était grave car « Je suis resté deux jours dans le lit sans bouger ». Il aurait voulu voir un médecin, mais « Je n'avais pas les moyens (...). J'ai essayé de prendre des douches car ça me calme. Après je suis resté dans le lit et j'ai pris du Doliprane », qu'il a payé de sa poche car il n'avait pas d'ordonnance. À la Roseraie, du moment qu'il était malade, il a pu rester pendant la journée même s'il était en UHU. (n.169 - 22ans)

Par contre le risque de perdre le contrôle de la situation, même à partir des meilleures intentions, est toujours réel vu que, parfois, le professionnel peut ne pas tenir compte de tous les facteurs en jeu. Les conséquences peuvent alors être graves et ce dernier peut se rendre involontairement complice de la chute de la personne.

En 1992 il voulait arrêter le travail (il avait un bar) et prendre une période de maladie. Son généraliste lui a conseillé d'aller voir un psychiatre, car il ne pouvait rien pour lui. Il dit alors avoir raconté des mensonges au psychiatre (par exemple, qu'il entendait des voix) qui l'a mis en arrêt maladie et lui a prescrit des médicaments. Au début il ne les prenait pas, mais après il a voulu les essayer et maintenant il les prend toujours. (n.137 - 56ans)

Les exemples montrent aussi un autre aspect de la question que nous trouvons d'importance primordiale : l'efficacité de la prise en charge (et, donc, du système de soin en général) demande une harmonisation des services qui vont au delà de ceux strictement médicaux.

Complexité

Les différents éléments qui ont été présentés expliquent chacun une raison de renoncer ou de refuser des soins. Mais bien souvent ces éléments s'entrecroisent, et d'autres s'y ajoutent encore pour déboucher sur un renoncement aux soins. Les cas rapportés ci-dessous montrent la multiplicité des raisons du renoncement aux soins ainsi que leur complexité. Davantage qu'un « simple » positionnement face à un événement de santé, ils reflètent l'impact des conditions de vie des personnes et la difficulté de la gestion de leur quotidien.

Il souffre de très fortes migraines, avec une baisse de la vue et la vision de taches : « Tu vas pas le supporter toi ! Tu peux rien faire... tu deviens faible, négatif ». Sa dernière migraine remonte à une semaine. Il a pris de l'Efferalgan (payé de sa poche) et du Doliprane (qu'on lui a donné à l'accueil). Mais « ce sont des médicaments sans prescription, donc ils ne sont pas vraiment efficaces ». Cela a duré quatre jours, durant lesquels on lui a permis de rester dans le foyer pendant la journée.

[...] Il a la carte vitale depuis 2013, mais il n'a plus de couverture car il n'a plus de travail. Il ne sait pas quoi faire pour en obtenir une : « Je ne connais pas encore mes droits en France... je devrais aller demander à la CAF ».

[...] Il ne veut pas aller voir un médecin, car il n'a pas les moyens

[...] il a peur d'avoir des résultats négatifs.

[...] Sa mère, de laquelle il dit avoir « hérité » le problème, n'est jamais allée voir un médecin car il dit qu'en Tunisie les médecins veulent seulement prendre de l'argent.

[...] Mais il pense qu'en France c'est différent, et il admet qu'il pourrait aller voir le médecin qui fait les permanences au foyer, car au moins il n'aurait pas à payer. On discute longtemps, et en rigolant on passe un « pacte » : lui, doit aller voir un médecin, et moi, je dois déposer mon dossier à la sécurité sociale. Quand je le retrouve trois semaines plus tard, il est allé au CASO. Le médecin lui a dit qu'il n'avait rien au cœur et que ses migraines sont causées par le froid. Il doit donc éviter de se promener les pieds nus. (n.169 - 22ans)

Homme de 25 ans sans titre de séjour. Il est en fuite de son pays, et d'un autre pays de l'UE, où il a des peines de prison ferme à purger. Il dit être venu en France pour « recommencer une nouvelle vie ». Il souffre de crises d'épilepsie, il sait qu'il devrait prendre du Gardenal 100 mais il ne sait pas comment faire pour avoir une prescription.

[...] A son arrivée en France, il y a cinq mois, il a déposé une demande de régularisation pour soins, qui a été refusée.

[...] il ne parle pas bien le français. Il y a trois mois, il est allé au CASO pour soigner une rage de dent. Je me rends compte, l'ayant rencontré à l'époque, que ses souvenirs sont très confus et parfois inexacts. Selon son récit à cette époque il buvait encore beaucoup. Il me dit avoir montré, au médecin qui l'a soigné, les cicatrices qu'il a sur le bras, signes des blessures qu'il s'est auto-infligées à plusieurs reprises avec des lames de rasoir. Quand je lui demande ce que le médecin lui a dit à ce propos, il ne s'en rappelle plus. En revanche, il sait qu'il ne lui a pas parlé de son problème de crises d'épilepsie.

[...] Il y a deux mois, il a eu une grosse crise, pour laquelle il a été aux urgences, desquelles il a été relâché sans aucune prescription.

[...] Il dit qu'il est en train de constituer le dossier pour avoir l'AME. Quand il me le montre, je remarque qu'ils lui manquent pas mal de papiers et je lui conseille d'aller voir un assistant social au CASO, pour se faire aider à faire un bon dossier. Il dit qu'il ira le lendemain ; mais il n'ira pas, une femme (avec des papiers français) lui ayant proposé de se marier. S'il accepte il n'aura pas besoin de l'AME. Des mois après, rien n'a changé dans sa situation, et son état a empiré. (n.129 - 25ans)

Homme de 26 ans sans titre de séjour. Il ne parle que l'arabe, très peu le français, et communiquer avec lui est difficile. Suite à la nuit du 31 décembre, il a une déchirure musculaire, des contusions mais surtout « un choc » : il dit avoir été tabassé par la police « sans raisons ».

[...] Le soir même il n'a rien fait, car il n'avait pas compris que c'était grave.

[...] Le lendemain, il s'est fait amener aux urgences, où on lui a fait une radio et donné

des antidouleurs. Il n'a pas raconté aux médecins ce qu'il s'était passé car il avait peur. On lui a fait une facture, à régler quand il aura l'AME.

[...] Le médecin des urgences lui a aussi fait un certificat, à donner à l'infirmière de l'ADN. Le jeune homme a besoin de repos pour guérir, et il faudrait lui donner l'autorisation de rester au foyer pendant la journée. Il n'arrive pas bien à m'expliquer ce qu'il s'est passé par la suite, mais ce certificat a été perdu par les travailleurs de la structure et il n'a pas eu le droit de rester se reposer.

[...] Après un mois, il a encore mal, mais surtout, il a commencé à boire régulièrement « pour ne pas penser... ». Cet événement s'est ajouté, en fait, à la détresse de se trouver pour la première fois à la rue, alors qu'il vient d'une famille plutôt aisée. Il a commencé à souffrir de fortes douleurs d'estomac.

[...] A cause de ces douleurs d'estomac, lors du dernier mois, il est allé à l'hôpital de La Timone. Le médecin lui a proposé de consulter un spécialiste, mais le jeune homme, n'ayant aucun moyens financiers, a reporté cette démarche à quand il aura l'AME : « sans ça, je ne retourne pas à l'hôpital, ils me cassent la tête. » (n.170 - 26ans)

Il a un bubon sous l'aisselle gauche et à l'aîne de la jambe gauche. « Quand j'ai quitté la Bulgarie pour aller en Serbie, j'ai passé 25 jours seul à promener sur les montagnes. Je dormais par terre au milieu de la neige et depuis cet évènement, j'ai ce problème »
« Ça serait grave pour quelqu'un qui vit dans une maison, mais pas pour moi. Il ne me fait pas mal, il ne s'aggrave pas, il ne me gêne pas pour le travail ou dans ma vie privé »
Il n'a rien fait et il n'ira rien faire parce que « Je n'ai pas le temps d'aller chez un médecin et, d'ailleurs, il ne s'aggrave pas : ni il gonfle, ni il dégonfle... Il est toujours normale. » Il ne veut pas voir un médecin parce que : « Je n'ai aucun problème de santé qui demande d'être vu par un médecin. (...) Il y a toujours plein de monde dans la salle d'attente des urgences et je n'ai pas l'envie, ni le temps d'attendre autant. (...) Je pourrais aller chez le médecin seulement le week-end parce que je travail tous les autres jours de la semaine et les médecins ne travaillent pas le week-end. » (n.43 - 27ans)

Pas de problème de santé à part sa main « Elle est gonflée et me fait mal... Par contre [même s'il voudrait bien] je ne peux pas aller chez un docteur parce que je n'ai pas d'argent, ni de couverture médicale... Et d'ailleurs, aller à l'hôpital me prendrait trop de temps. Je ne pourrais pas faire la manche, donc je n'aurais pas de sous pour manger. »
Au début il n'a rien fait parce qu'il ne pensait pas que sa main était cassée. Mais après 3 jours elle était encore plus gonflée et il est donc allé voir le médecin de la Madrague qui lui a dit que c'était cassé et qu'il fallait aller à l'hôpital. « Je ne suis pas allé à l'hôpital parce que je n'ai pas d'argent et je suis toujours en attente d'avoir une réponse concernant le renouvellement de mon AME... Sans argent et sans AME je ne peux rien faire ». Il n'a rien fait et maintenant il dit que ça s'améliore « J'arrive à mieux la bouger mais ça me fait toujours mal. Je sais que je devrais aller à l'hôpital et je veux y aller mais il me faut d'abord mon AME. Et puis je dois trouver le temps d'y aller » (n.28 - 29ans)

Conclusion

Questionner la santé comme valeur

Les connaissances et représentations de la maladie, mais aussi le rapport au corps et à la santé n'ont eu de cesse d'évoluer et de se transformer depuis la fin du XVIII^{ème}. Telle que la définit l'OMS (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ») la santé est un objectif, un horizon vers lequel tendre. Elle n'est donc plus aujourd'hui un outil pour la vie, mais devient un objectif même de la conduite de sa vie. Selon les termes de la sociologue Jeanine Pierret : « Cette émergence de la santé comme valeur centrale tend à faire de la santé non plus un simple moyen d'atteindre un but mais une finalité »¹⁷. Ainsi est-elle conceptualisée par Nicolas Dodier comme étant un « bien en soi »¹⁸, qui est recherchée pour elle-même, en tant que telle, sans contre partie.

Pour autant, les données recueillies au fil de cette enquête sur les conditions de vie dans la rue et ce qu'elles impliquent en termes de difficulté pour maintenir la santé en état, viennent questionner cette représentation d'une santé considérée comme acquise dans nos sociétés contemporaines.

Par ailleurs, l'analyse des éléments déclencheurs qui motivent les recours aux soins (gravité perçue, incapacité provoquée) tout comme celle des modalités selon lesquelles se déroulent ces recours (urgence, proximité, contingence) vient questionner la valeur santé dans de telles situations sociales. Si la santé ne devient une préoccupation que lorsque elle fait défaut, ce n'est plus parce qu'elle a une valeur pour elle-même mais parce qu'elle a une fonction. Dans de telles situations sociales, être « en bonne santé » n'est plus une fin en soi, mais redevient un moyen de faire (de se déplacer, de se maintenir, de travailler...), outils individuel, nécessaire à la survie du quotidien.

L'usage des services comme « art de faire »

Il est aussi important de s'arrêter sur les usages et mésusages des services et plus généralement sur les tactiques mises en œuvre par les personnes pour tirer profit de toutes les ressources qu'offre la ville. Cette notion de tactique est empruntée à Michel de Certeau, qui dans un chapitre intitulé « faire avec : usages et tactiques » explique que la consommation est un acte de production : elle produit un art de faire : celui de consommer à sa manière. Ainsi cette consommation « a pour caractéristique ses ruses, son effritement au gré des occasions, ses braconnages, sa clandestinité, son murmure inlassable, en somme une quasi-invisibilité puisqu'elle ne se signale guère par des produits propres mais par un art d'utiliser ceux qui lui sont imposés »¹⁹

¹⁷ Janine Pierret, 2000[1984], « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault » in Augé M. et Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Ed. Archives contemporaines : 225.

¹⁸ Nicolas Dodier, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, EHESS, coll. « cas de figure ».

¹⁹ De Certeau M., 1980, *L'invention du quotidien. Tome 1 : Art de faire*, UGE, Paris, coll.10/18 : 53.

ANNEXES

Addictions et consommations

Nous avons abordé la question des addictions de manière transversale, puisqu'elle nous a semblé secondaire par rapport aux objectifs de l'enquête et au temps mis à notre disposition. Néanmoins, nous pensons qu'une recherche entièrement consacrée à ce sujet, pourrait être très importante pour comprendre les dynamiques régissant les consommations en ce milieu ainsi que leurs implications. C'est pourquoi nous avons décidé d'esquisser une brève analyse qui, sur la base des données recueillies, pourra donner un trop bref aperçu du phénomène. Dans ce chapitre, nous avons décidé de traiter non seulement de l'usage de l'alcool et d'autres produits psychotropes, mais aussi des cigarettes.

Nous avons constaté qu'aborder la question de consommations selon une perspective uniquement quantitative - en demandant aux personnes d'en fournir une moyenne par semaine/mois - n'était pas pertinent. Les gens ne peuvent que très rarement fournir une estimation fiable. D'un côté, celle-ci varie selon les occasions, les situations et les états d'esprit de l'individu ; de l'autre, on n'y fait pas forcément attention, enfin la consommation est souvent partagée avec des pairs.

Il boit entre une fois par semaine et une fois par mois : une dizaine des cannettes de bière ou du vin blanc. (n.42 - 28ans)

Normalement, les gens ayant une addiction déclarée et, par conséquent, une consommation minimale journalière au-dessous de laquelle des symptômes de manque se manifestent, sont plus capables de fournir une réponse à ce propos. Nous pouvons supposer que, d'un côté, l'addiction instaure une certaine régularité des consommations ; de l'autre, que dans un contexte de ressources limitées, la nécessité d'organiser son budget afin d'assurer sa consommation journalière amène la personne à y prêter plus d'attention.

« Je passe toute la journée à la gare St. Charles : je suis là-bas et je bois toute la journée » Il boit tous les jours 8 ou 9 bouteilles de vin (n.37 - 30ans)

Mais il ne s'agit pas d'une règle absolue, et notamment cette personne fait des exceptions en ce qui concerne l'usage d'alcool et des cigarettes.

Quand je lui demande combien elle boit, elle répond « je ne sais pas, je suis alcoolique » (n.162 - 41ans)

En tout cas, en plus d'être peu fiable quant à l'exactitude des données rapportées, l'approche quantitative nous semble relativement peu « puissante » pour l'analyse et pour rendre compte des conduites complexes face aux produits. C'est pourquoi, nous allons nous concentrer plutôt sur l'aspect qualitatif des consommations.

Cigarettes

Selon les données du baromètre santé 2010, sur l'ensemble de la population entre 15 et 75

ans en France plus ou moins une personne sur trois fume du tabac : on enregistre la première augmentation de ce nombre depuis 20 ans (Beck *et alii*, 2011)²⁰. Ce comportement a été mis en relation avec 73 000 décès (dont 44 000 par cancer) en 2004, soit 14 % de la mortalité totale. Le tabac est la cause de 22% des décès masculins et 5% des décès féminins en France (Hill, 2012)²¹.

Ces chiffres « moyens » sont en eux-mêmes impressionnants. Mais, plus encore, dans le milieu enquêté, nous avons remarqué une diffusion du tabagisme beaucoup plus importante, à la fois en nombre de consommateurs et en quantités consommées.

Certes, le nombre des questionnaires est trop limité pour qu'on puisse en extraire des données statistiquement significatives. Néanmoins, nos données et les observations effectuées sur le terrain, soulignent que la proportion entre fumeurs et non-fumeurs est, au moins, inversée par rapport à la moyenne de la population française générale.

Tabagisme et précarité

L'existence d'une relation entre tabagisme et précarité est perçue par les acteurs eux-mêmes. Certains affirment clairement avoir commencé à fumer suite à la précarisation de leur situation de vie, alors qu'avant de se trouver à la rue ils ne fumaient pas.

Il fume « jusqu'à 3 paquets [de cigarettes] mais ça dépend. Si j'ai des sous ou pas... Avant, je ne fumais pas mais j'ai commencé suite à mes problèmes : je fume pour oublier mes douleurs » (n.41 - 41ans)

D'autres, qui fumaient avant d'être à la rue, affirment avoir augmenté leur consommation.

A l'UHU depuis à peu près un an. Il fume deux paquets de cigarettes par jour [...] Avant de se retrouver dans cette situation, il précise qu'il était sportif et qu'il fumait beaucoup moins. (n.123 - 53ans)

La raison qui nous semble déterminante dans cette augmentation, et qui concerne aussi les autres consommations, est l'ennui. Fumer des cigarettes, comme boire du café ou, plus généralement, consommer une substance psychotrope quelconque, permet de remplir le vide des journées. Comme nous l'avons vu, ces journées sont organisées comme une série d'activités à accomplir à des horaires et dans des structures précises : le temps s'écoule ainsi selon un rythme lent mais incessant. Dans ce contexte « liquide », les consommations permettent aux personnes d'avoir quelque chose à faire pour remplir le temps vide de l'attente entre une activité et une autre.

À la différence d'autres substances, les cigarettes et le café/thé sont celles qui risquent le moins d'interférer avec l'accomplissement de ces activités. D'accès plus facile, le coût - et parfois la gratuité - et le statut légal de ces deux produits facilitent leur consommation.

La qualité et la quantité de la consommation

La condition de précarité n'influe pas seulement sur l'augmentation ou la création de la

²⁰ François Beck, Guignard R., Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P., 2011 « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°20-21, INVS. [En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf]

²¹ Hill C. « Epidémiologie du tabagisme », *Revue du praticien*, 2012; 62(3): 325, 327-329.

dépendance au tabac, mais aussi sur la qualité du produit utilisé.

Les personnes que nous avons rencontrées fument en majorité des cigarettes de contrebande. Elles sont moins coûteuses et sont vendues à l'unité (par exemple, les Marlboro de contrebande, à l'UHU, sont vendue à 30 centimes d'Euro l'unité, alors que dans les bureaux de tabac elles en coûtent 50), ce qui en permet l'achat par des personnes qui ne peuvent pas dépenser 4 euros 50 pour un paquet entier. Par contre, ceci est un piège, puisque la personne paie un paquet bien plus cher que si elle l'avait acheté directement en entier.

De l'autre côté, leur disponibilité est forte. Beaucoup des usagers des accueils sont directement impliqués dans le trafic, qui se fait à la fois en dehors et à l'intérieur des structures. Cette implication dans le trafic est assez naturelle. Il s'agit d'une possibilité concrète de gagner de l'argent. Par ailleurs, de cette manière, ces personnes assurent aussi leur propre consommation à un prix modique, prenant ainsi le risque d'accroître leur consommation !

Une personne est impliquée dans le trafic de cigarettes, « je fume entre quarante et soixante cigarettes par jour... ça dépend de l'argent ». (n.129 - 25ans)

Partout et à l'évidence, la quantité de cigarettes fumées est en grande partie liée aux possibilités économiques des personnes. Mais la part consacrée à ces addictions peut varier affectant parfois de façon importante des budgets très limités.

Il fume. « Ça dépend : si j'ai de l'argent et j'en achète, au moins 40 par jour... Justement, j'ai décidé de passer à la clope électronique [un flacon de liquide tous les 3 jours] même si je continue à fumer des cigarettes normales [...] la différence est énorme : j'ai plus de souffle et je dépense moins d'argent... Voilà pourquoi je la fume » (n.50 - 57ans)

Par contre, la disponibilité d'argent est liée aux relations sociales de la personne et nombreux sont ceux qui, n'ayant pas d'argent dépendent totalement de la générosité de l'entourage pour maintenir leur consommation. Le fait d'offrir des cigarettes, dans un contexte de ressources économiques très limitées et aléatoires, devient un acte important de sociabilité. Mais cela représente aussi une assurance pour le futur, car chacun peut se trouver à un moment ou l'autre dans la position d'avoir besoin d'être dépanné. Comme dans toutes les situations précaires, la dette doit circuler.

« Ça dépend : avant, je fumais 1 paquet et demi par jour mais [...] une partie je l'offrais aux gens... En tout cas, j'ai diminué beaucoup à cause de l'argent. Si j'ai mon paquet (mais c'est très rare parce que je n'ai jamais de sous), ça dure 3 jours sinon, si je "gratte" aux gens, j'en fume 10/12 par jour. Par contre, si je fume du cannabis, je ne fume pas des cigarettes » (n.44 - 51ans)

Un autre facteur qui concourt à réguler la consommation est, comme nous l'avons déjà signalé, l'état d'esprit de la personne, une affectivité largement construite par des états de stress, de déprime et d'ennui.

L'homme est un français de 37 ans, en errance et souffrant de dépression depuis la mort de sa femme en 2001. Il fume de 10 à 40 cigarettes par jour : « ça dépend de l'argent et du niveau de stress ». (n.163 - 37ans)

Ces états affectifs, tant qu'on est à la rue, sont le plus souvent favorables à la consommation plutôt que le contraire.

Par ailleurs, cette situation d'errance, caractérisée par l'incertitude et la contingence, empêche de faire des estimations sur sa consommation journalière. Elle n'est à leurs yeux qu'une « routine », une habitude sans réflexivité et qui n'est souvent réglée que par la disponibilité du produit :

Il ne saurait pas dire combien de cigarettes par jour il fume : « ça dépend... Si j'en ai j'en fume ! ». (n.151 - 28ans)

Les conséquences sur la santé

Évidemment, une telle consommation de tabac n'a pas seulement des conséquences sur l'organisation budgétaire des personnes, mais aussi sur leur santé. Dans ce cadre, nous avons recueilli des nombreux épisodes de santé qui peuvent être liés à la consommation tabagique pouvant être une des causes directes ou un facteur aggravants.

Par contre, très peu des personnes interviewées semblent pleinement conscientes du rôle de leur consommation dans leur problème. Certains, ne le prennent pas en considération, car ils y sont habitués et/ou ils jugent avoir d'autres soucis plus sérieux. Comment prévoir et prévenir lorsque le présent est incertain.

Depuis 2 ans à l'ADN, il fume 10 petits cigares par jour. Il parle en étant essoufflé et il a une forte toux, qu'il ne cite jamais comme problème de santé, son souci étant qu'il a du mal à marcher... (n.159 - 59ans)

Quant à ses problèmes de santé, il dit souffrir d'asthme, avoir un souffle au cœur, et « la fatigue de la rue ». Il fume 10-15 cigarettes par jour. « Ça dépend... quand j'en ai, j'en fume ». (ndr : il s'agit surtout de cigarettes de contrebande) (n.156 - 30ans)

Il fume entre 15 et 20 cigarettes par jour. Il déclare qu'il y a deux ans, « il a eu une hospitalisation de 10 jours à cause d'une toux avec vomissements de sang suite à un problème pulmonaire », qu'il a dû payer plus de 700 euros, alors qu'il touche 175 euros par mois (n.153 - 64ans)

D'autre part, même si un lien entre les cigarettes et un problème de santé est fait, il est rare que cela modifie les comportements, tout au moins sur une longue période. Nos interlocuteurs arrêtent ou diminuent leur consommation pendant la phase aiguë de leur symptomatologie car l'action de fumer devient gênante, mais recommencent dès que ces symptômes s'estompent.

À l'UHU depuis à peu près un an, il fume deux paquets de cigarettes par jour [ndr : de contrebande, comme tout le monde ici]. Cet hiver il a eu la bronchite. Il ne tenait pas sur ses jambes tant il était fatigué. Il avait de la fièvre. À son avis, c'est parce que « les bronches étaient pleines » à cause des cigarettes. (n.123 - 53ans)

Enfin, il arrive souvent que, même si la personne reconnaît que son problème de santé est lié, au moins en partie à sa consommation de tabac, elle n'attribue pas uniquement la faute aux cigarettes mais aussi à d'autres facteurs, comme le type de tabac et/ou d'autres dimensions...

Il pense que sa toux est liée au fait qu'il fume du mauvais tabac et qu'il change toujours de marque. Il fume une dizaine de cigarettes par jour, et du shit. (n.125 - 24ans)

Il a mal au bras et au sternum. Ce qui, pour lui, n'est pas grave parce que « ceci s'est amélioré tout de suite ». La cause c'est « d'un côté, j'ai fait des efforts au travail, de

l'autre c'est à cause de cigarettes de merde que l'on fume : les *Legends* et les Marlboro de Noailles » (n.54 - 27ans)

En tout cas, quel que soit le lien que la personne établit entre son état de santé et la consommation de cigarettes, il est très rare qu'elle prenne une décision d'arrêter de fumer. Ceci ne peut se produire que si la personne juge le risque sanitaire plus important que la fonction psychologique et sociale que joue la consommation de tabac a dans sa vie.

Il a arrêté de fumer parce qu'il ne pouvait se permettre que des cigarettes de contrebande, et celles-ci le « rendent malade. » [en revanche, il fume du shit] (n.133 - 59ans)

Alcool

Du fait de son coût limité - du moins pour ce qui concerne celui de piètre qualité - de son rapport coût/effets et de sa grande disponibilité, l'alcool est le produit d'élection pour beaucoup.

La consommation de ce produit n'est pas forcément problématique : il est bien enraciné dans le tissu culturel de notre société et beaucoup de gens en consomment sans conséquences néfastes sur leurs vies. Néanmoins, dans le milieu analysé, sa consommation représente un problème majeur et cela pour plusieurs raisons, dont certaines propres au contexte de consommation. Cette consommation d'alcool présente plus de problèmes et des problèmes plus graves, lorsque l'utilisateur n'a pas de chez-soi et une surconsommation, même occasionnelle ou ponctuelle, peut entraîner des conséquences graves.

Quelques problèmes liés à la consommation d'alcool

Certaines dynamiques propres à une surconsommation d'alcool ont des conséquences semblables, indépendamment du fait que la personne ait ou pas un logement à soi. Par exemple, la consommation massive d'alcool modifie les capacités de jugement et peut amener des personnes à exercer des violences envers les autres, et bien sûr envers les proches.

Sa copine, une femme qui dort aussi à l'UHU, dit vouloir porter plainte contre lui car il a commencé à être violent contre elle, notamment quand il était moins lucide. (n.142 - 32ans)

« Je devais partir ou j'aurais pété un câble contre elle. Elle m'avait fait faire un an de prison seulement parce que je l'avais un peu frappée un soir en revenant [à la maison] du boulot... Mais c'était seulement parce que j'étais bourré, et elle le savait bien... D'ailleurs, je ne lui avais rien cassé » (n.13 - 39ans)

D'autres peuvent, eux mêmes, se mettre en danger suite à la sous-évaluation de la gravité d'un épisode de santé

Cet été, il a eu un ulcère à l'estomac. Vers 1h du matin il a commencé à vomir du sang. Mais il n'a pas voulu appeler les secours car il n'avait pas envie d'aller à l'hôpital et qu'il était ivre. Le problème s'est aggravé jusqu'à ce que, le lendemain vers midi, il demande à son ami d'appeler les pompiers, qui l'ont emmené aux urgences de la Conception. « On m'a mis des patches partout, pour la tension... j'avais 156 (sic ?) au niveau du cœur ». Après, il a été hospitalisé pendant 3 jours. « On m'a fait les tuyaux dans la

bouche, un scanner, des radios... et on m'a donné des médicaments ». Après on l'a laissé sortir, en lui donnant rendez-vous au mois d'octobre. Il s'est rendu au rendez-vous, où le médecin a constaté que son ulcère avait cicatrisé (n.164 - 32ans)

Dans tous les cas, l'alcool rend tous les individus vulnérables. Parfois le risque peut être aussi une dépréciation sociale s'exprimant par des quolibets et plaisanteries.

Il me dit boire beaucoup, tous les jours. « Je me bourre la gueule pour oublier les soucis, c'est tout ! ». [...] Un autre hébergé me dit qu'il boit beaucoup et qu'à l'ADN « tout le monde se fout de sa gueule ». Par exemple, cette nuit, lorsqu'il était endormi après s'être bourré la gueule, des gens l'ont pris avec son matelas et l'ont déplacé dans le réfectoire. À son avis, il doit avoir pris froid là-bas. (n.156 - 30ans)

Mais, parfois le danger est réel et concerne sa propre intégrité physique et/ou celle de ses biens matériels.

Les deux épisodes de santé sont liés à ses états d'ivresse : une fois il s'est cassé deux dents dans une bagarre, une autre fois il s'est cassé un bras et il ne sait pas bien comment. Un soir, il arrive au Sleep-in, couvert de blessures et de contusions, car quelqu'un l'a tabassé pendant qu'il dormait, totalement ivre, dans la rue. (n.124 - 38ans)

Il boit juste une bière de temps en temps. « Il y en a qui disent que ça réchauffe... mais quand on dort à la rue on ne peut pas se permettre d'être saoul ». Il dit que ça ne lui est arrivé qu'une fois depuis qu'il dort à la rue, et qu'il s'est fait voler ses affaires. (n.145 - 62ans)

Par ailleurs, nous savons que beaucoup de gens dormant dans des ADN ou à la rue ont accès à des médicaments pour dormir ou, en général, psychotropes. Nous savons aussi qu'il y a un marché noir florissant de ces produits à l'intérieur et à l'extérieur des ADN et que l'usage de ceux-ci se fait souvent dans un but de « défonce ». Pour cela, les usagers les mélangent avec de l'alcool. Il s'agit d'une pratique très répandue dans ce milieu et presque banalisée par les usagers qui ne sont pas conscients – ou indifférents - des risques qu'ils courent sauf lorsqu'ils se retrouvent face au danger.

Il dit être alcoolique. Il me raconte qu'au mois de mai il est « tombé dans le coma » car il avait pris du valium, beaucoup d'alcool et du shit, comme il faisait d'habitude. C'était grave, parce qu'il ne respirait plus. Quelqu'un, en le voyant comme ça dans la rue, a appelé les pompiers, qui l'ont amené aux urgences de l'hôpital Nord. Il dit qu'on lui fait plein d'analyses et qu'on ne lui a pas demandé de payer. Le lendemain, il a refait la même chose. Cette fois les pompiers l'ont emmené à La Timone, où ils l'ont « désinfecté ». À partir de ce jour, il a arrêté de prendre des cachets. (n.142 - 32ans)

Que font les structures bas seuil ?

Dans les structures d'urgence, l'état d'ivresse, et même la simple consommation d'alcool, sont réprimés. Non seulement les professionnels grondent et éventuellement renvoient ceux qui ne respectent pas l'interdit ; mais parfois, d'autres usagers se chargent de faire respecter un certain mode de vie négocié.

En pratique, comme toute démarche prohibitionniste, cet interdit ne peut pas résoudre le problème car l'alcool est, de fait, consommé en cachette.

Un après-midi, dans la cour de l'ADN, un jeune hébergé perd de sa poche une canette de 50 cl de bière (forte). Il me demande, alors, de le couvrir avec mon corps pendant qu'il la cache parce que les surveillants ne doivent pas le voir : « c'est interdit de rentrer avec l'alcool, on peut se faire renvoyer pour ça ! ». (NdT)

Parfois aussi, l'alcool est massivement avalé avant d'entrer dans les centres.

Dans ces deux cas, le problème est aggravé parce que la substance est ingurgitée rapidement, afin d'en ressentir les effets sans être blâmé. Dans ce cadre, le risque de surconsommation est concret d'autant plus qu'il faudra tenter d'en dissimuler les effets.

Lorsque l'usage est caché et « tabou », il n'y a pas de possibilités de suivi. Face à ces règlements, *de facto*, certaines personnes - notamment celles ayant les problèmes d'alcool les plus importants - s'excluent des lieux d'hébergements d'urgence et des autres structures d'accueil. Ils préfèrent dormir ou rester à la rue plutôt que de souffrir d'une symptomatologie de manque ou devoir cacher des bouteilles en rentrant.

La raison de l'interdit de consommer dans les structures est compréhensible. Il est vrai que certaines personnes - même s'il ne s'agit pas forcément d'alcooliques - ont du mal à gérer leur consommation, et les risques de perte de contrôle et, par conséquent de violences ou autres dérapages sont concrets.

Dans cette situation, et dans l'impossibilité de distinguer des usages « acceptables » d'autres qui ne le seraient pas, les professionnels interdisent officiellement la consommation (comme celle de toute substance psychotrope) afin de protéger les plus vulnérables. Par ailleurs, un suivi personnalisé des personnes dépendantes demanderait plus de moyens.

Dans la plupart de cas, l'attitude des personnels n'est pas moralisante mais pratique. Ils « ferment les yeux » et agissent selon les contextes. Chacun sait la consommation d'alcool à l'intérieur des structures et peut remarquer l'état d'ivresse de certains usagers. Simplement pour des raisons pragmatiques, ils ne répriment que les situations les plus fortes ou les plus risquées. De même, d'autres consommations, surtout celle de cannabis, sont plus tolérées du fait du moindre risque de débordement.

Les structures sont donc autant régies par des normes pratiques que par des normes officielles. Les règles peuvent limiter et être un outil de répression envers certains comportements, mais doivent être suffisamment souples dans leur application pour qu'elles soient acceptées par les individus concernés.

La norme pratique limite la consommation d'alcool à un problème quantitatif. Les usagers sont conscients de cet aspect de limitation variable. Parfois ils en jouent, parfois ils le critiquent n'y voyant rien d'autre qu'un aspect du contrôle arbitraire imposé à leurs vies et la mise en œuvre d'une hypocrisie morale.

Que font les usagers ?

Ces derniers ont une vision assez complexe de leur consommation d'alcool. Presque toutes les personnes se justifient lorsqu'elles répondent à des questions concernant la quantité et la fréquence de leur consommation d'alcool. Cela démontre qu'à leurs yeux, non seulement la quantité et la fréquence sont importantes, mais aussi les lieux et les occasions pour définir sa manière de boire et marquer ainsi une différence entre la bonne consommation - la leur

« bonne et saine » - et celle des autres : « mauvaise et pathologique ». Nous sommes ici dans un infini processus de « distinction » et de différenciation.

« Je ne bois pas comme le font les gens ici. Je ne bois pas de la bière à 2 € seulement pour m'alcooliser... Je bois pour le plaisir et pas tous les jours » (n.52 - 35ans)

Il boit. La quantité, « ça dépend des soirées... mais jamais dehors [dans la rue], dans les bar ! » (n.165 - 50ans)

Les gens insistent beaucoup sur cet aspect de leur vie, même au prix de manipuler la réalité. Ceci parce que la « manière de boire » est chargée d'une signification très forte permettant de construire – et présenter - une certaine image de soi. Elle est considérée comme un miroir du type de personne que l'on est.

Il dit boire de l'alcool « rarement ». Sinon, il m'invite plusieurs fois à boire dans un pub du vieux port qu'il aime bien, car « Il y a plein de jeunes... On joue de la guitare... ». Il me raconte que quand il y est allé, il est resté, seul, jusqu'à la fermeture, à boire de la bière, car c'était « bonne ambiance » (n.141 - 51ans)

En effets, nos interlocuteurs sont conscients de la potentielle stigmatisation qui se cache derrière l'association : « être à la rue » + « consommer de l'alcool ». C'est à cet implicite qu'ils réagissent en mettant en scène un certain rapport à l'alcool. La personne « choisit », consciemment ou pas, des éléments jugés significatifs pour l'image de soi qu'elle veut restituer, sans pour autant que cela donne des informations fiables sur le fait que sa consommation soit problématique ou pas.

Comme nous l'avons vu précédemment, ces « manières de boire » peuvent avoir à faire avec : les occasions, les lieux, la qualité de l'alcool acheté,... Mais, l'aspect, peut-être, plus important et qui est, bien évidemment, strictement imbriqué avec les questions du combien et comment, concerne les raisons de ces conduites : pourquoi boire ?

Face à cette question, certains ressentent le besoin de justifier leur consommation d'alcool qu'ils considèrent comme « mauvaise », même si elle n'est pas « objectivement » problématique. Cependant cette consommation est vécue comme quelque chose d'indépendant de leur volonté : comme une réponse à la détresse générale de leur situation

Il dit, boire beaucoup « ça m'arrive souvent ces temps ci... Je me sens seul ici, c'est devenu long [de rester ici] ». Il dit boire trois ou quatre fois par semaine, « beaucoup, vodka et whisky ». Il fume aussi beaucoup de shit « toute la journée ». (n.151 - 28ans)

« Suite à mon accident de travail, j'ai des plaques à la colonne vertébrale : ça me fait mal et le docteur m'a prescrit une piqûre pour diminuer la douleur... Je la fais à la Timone. D'ailleurs, j'étais tombé dans l'alcool à cause de ma situation : c'est un cercle vicieux » (n.41 – 41ans)

On peut aussi, boire pour oublier...

« [Je bois] tous les jours, à profusion ». Il m'explique que c'est à cause des embrouilles avec son frère et de sa maladie que : « j'ai décidé de tout arrêter [donc partir vivre à la rue]. Si on ne comprend pas ce que je ressens... mon handicap... et qu'on m'agace [...] J'ai donc décidé de me bourrer la gueule... de ne pas penser à ce qui se passe, pour un moment ». (n. 111)

Il boit 1 fois par mois « 2 ou 3 bière : histoire de vider la tête de la nostalgie » (n.43 - 27ans)

On peut boire aussi pour faire face à l'ennui

« On se fait chier ! Matériellement, culturellement, émotionnellement... C'est pour ça que les gens commencent à boire ». Il me montre un livre de Sudoku, et il me dit que c'est pour « gérer ça » qu'il a pris de l'alcool. (n.165 - 50ans)

Boire aussi à cause de la faim et du froid, même en sachant qu'il ne s'agit que d'un fragile palliatif.

Il a réussi à arrêter et maintenant il boit occasionnellement : « il est difficile d'arrêter quand t'es dans la rue. Une bière ça correspond à un repas, et puis ça chauffe ! Mais c'est pas vrai » (n.163 - 37ans)

Différemment, certains affirment que leur situation n'influe pas sur leur consommation d'alcool qui n'est que valeur « positive », comme pour le reste de la population: une façon conviviale de vivre et un plaisir.

Il boit « De temps à autre : plus ou moins une fois par mois [...] 4 ou 5 cannettes de bière : juste pour avoir un peu la pêche » (n.38 - 30ans)

En revanche, tout comme dans les autres milieux, cette consommation récréative n'empêche aucunement que certains usages ne soient problématiques.

« Je bois en soirée ou, quand même, quand je suis avec des potes. Si j'ai des sous, de l'envie et s'il y a l'occasion ». La quantité d'alcool qu'il boit n'a pas de limites... « En gros, ça dépend de mon humeur. Si j'ai envie de me bourrer la gueule, alors je bois jusqu'à ce que je tombe par terre ou que je termine mon argent » (n.55 - 20ans).

En tout cas, il ne faut pas lier simplement une manière de boire et l'identité d'une personne. L'alcool est un objet polysémique, un outil remplissant de multiples fonctions différentes selon l'expérience, l'occasion et des nécessités contingentes. Les personnes boivent de manières différentes pour des buts différents dans des conditions différentes même si, comme dans le cas suivant, elles font une consommation massive et journalière que l'on peut supposer addictive.

Il boit tous les jours. « On commence vers 15h30, avant, que du shit »

« Je bois une bouteille de vodka tous les soirs. C'est pour me réchauffer le cœur... Le plus souvent je la bois tout seul, parfois je la partage avec un collègue »

« L'alcool, la fumette et la coke me permettent de parler avec les gonzesses, sinon je suis trop timide » (n.57 - 22ans)

« Avoir un problème avec l'alcool » : le point de vue des usagers

Comment définir une pratique alcoolique selon cette perspective ?

Fort simplement, il s'agit à la fois d'une catégorie médicale, d'une définition sociale et d'un vécu individuel. Selon les points de vues et les situations, ces catégories peuvent coïncider ou être très diversement définies. Il en résulte une grande confusion. « Être alcoolique » semble être plutôt utilisé comme un synonyme de « avoir un problème avec l'alcool » plutôt que correspondre à des « seuils » de consommation.

Très schématiquement, nous avons essayé de mettre un peu d'ordre dans ces articulations sémantiques et comportementales.

Il y a ceux qui ne pensent pas avoir de problème avec l'alcool, mais dont la manière de boire fait penser le contraire.

Il boit énormément, mais il insiste pour dire qu'il n'est pas alcoolisé car, « je peux passer un jour sans boire... donc, j'suis pas alcoolisé... voilà ». Il dit qu'il aime boire parce que sa famille avait un bar. Un jour, je vais, vers midi, au bar où il dit travailler. La journée est très chaude, on ne respire pas et c'est presque impossible de rester au soleil. Quand j'arrive, je commande un coca, et lui se sert un Ricard, sec, sans eau. Il n'est pas ivre comme quand je le rencontre le soir, mais on comprend que ce n'est pas son premier verre de la journée, ce qu'il m'a confirmé peu après. Puisque il nous a dit ses revenus, et nous avons eu un aperçu de ses dépenses en alcool, nous supposons que c'est à cause de l'argent qu'il dépense en boisson qu'il dort encore en uhu. (n.119 - 47ans)

Il y a ceux qui admettent avoir un problème avec l'alcool, mais sans pour autant se définir comme étant alcooliques.

« J'ai un problème avec l'alcool : il y a des périodes où je bois tous les jours et d'autres où je bois 2 ou 3 fois par semaine ». En tout cas, il boit beaucoup : une dizaine des canettes de 50 cl de bière forte (8.6, Amsterdam, Maximator,...) » (n.33 - 40ans).

Enfin, il y a ceux qui revendiquent leur statut d'alcoolique comme une « marque identitaire », indépendamment de la quantité, de la fréquence et de l'état de santé qu'ils déclarent par rapport à cette condition. Parmi ce dernier groupe, on retrouve à la fois de gens ayant une symptomatologie physique.

« Je suis alcoolique, je bois tous les jours, beaucoup, de tout ». Lorsque je lui demande s'il est en bonne santé, il répond que oui. Mais lorsque je lui demande s'il a des problèmes de santé, il répond oui également : il a un souffle au cœur depuis la naissance, et il est alcoolique. (n.142 - 32ans)

D'autres évoquent plutôt des difficultés psychologiques.

« Je bois 2 ou 3 fois par semaine, mais ça dépend de combien d'argent j'ai sur le moment... Par exemple, en ce moment, je n'ai pas beaucoup d'argent donc je vais rester 3 semaines sans boire... Je t'explique, je suis alcoolique depuis 40 ans, avec des hauts et des bas. Par exemple, en cette période, je suis en train de remonter la pente... En général, mon alcoolisme n'est pas physique mais mental parce que je n'ai pas de problèmes physiques quand j'arrête de boire mais, justement pour ça, il est plus difficile à guérir parce que j'ai envie de boire à la fois pour faire la fête et quand je ne vais pas bien... Tu comprends ? Je dois trouver un équilibre et ce n'est pas facile » [...] Combien il boit ? « Ça dépend, mais en général je bois beaucoup, vraiment beaucoup... Surtout, je fais beaucoup de mélanges : vin, pastis, bières... » (n.50 - 57ans)

Ces deux derniers sous-groupes revendiquent comme marque identitaire ce « boire désordonné », presque compulsif : ils boivent beaucoup mais surtout, boivent de tout parce que l'important n'est pas le goût, mais les effets.

Problème d'alcool : un problème de régulation de la consommation

Ces *verbatim* soulignent que le problème de la consommation d'alcool est globalement synonyme d'un problème de régulation de l'usage. Normalement, celui-ci varie à l'intérieur des certaines marges en fonction des buts de la consommation et de plusieurs facteurs contingents. Mais rien dans ces déterminants des pratiques n'est réellement pensé par les

acteurs.

Il boit 2 ou 3 fois par semaine. « Si je veux me bourrer la gueule, je bois beaucoup... Sinon, je bois une ou deux bières, juste pour le plaisir » (n.58 - 22ans).

Il boit occasionnellement, « pour des fêtes entre amis [...] Je m'arrête avant d'être bourré : ça va d'être saoul, mais pas de perdre le contrôle » (n.29 - 49ans)

Il y a des relations entre la consommation d'alcool et les contextes/conditions de vie. C'est pourquoi un changement dans les situations peut entraîner un changement dans les habitudes de consommation. Mais il existe aussi des « points critiques ». L'utilisateur commence à problématiser sa consommation au moment où la quantité de boisson absorbée et la fréquence des absorptions ne s'harmonisent plus avec le reste des activités quotidiennes. C'est à ce moment que la personne change - ou essaie de changer - sa manière de boire.

« Quand j'habitais en Italie, je consommais beaucoup d'alcool, cocaïne et cannabis. Mais, depuis 8 mois, j'ai arrêté avec le cannabis, je ne sniffe de la cocaïne que très, très occasionnellement et j'ai limité fortement l'alcool. En effet, ce n'est pas possible de boire le soir si le lendemain il faut se réveiller à 5h pour aller travailler » (n.34 - 41ans).

Il dit ne pas boire d'alcool, mais après il précise « pour être franc, si je me retrouve dans une situation conviviale avec des potes et du bon vin, j'aime bien boire... Mon problème est de me limiter. Si je ne suis pas avec des amis à un dîner ou à une occasion similaire, je bois sans limite et je me bourre la gueule, alors je fais des conneries et je ne me rappelle plus rien après... Voilà pourquoi, en Italie, je buvais et en France non : ici, parfois, je bois une bière et pas plus... En tout cas, jamais du vin... J'ai peur de moi quand je suis bourré » (n.44 - 51ans)

Tout événement peut entraîner ce changement. Il peut s'agir de la naissance d'une fille même si... il ne voit plus sa fille depuis des années.

« J'avais plongé dans l'alcool. J'ai vraiment arrêté à la naissance de ma fille, mais je peux boire un verre dans des occasions particulières ». (n.163 - 37ans)

Il peut aussi s'agir des effets d'un diagnostic d'un problème de santé

Homme de 60 ans. Avant il buvait beaucoup, mais maintenant il a arrêté « parce que j'ai les artères bouchées ». (n.160 - 60ans)

Par contre, une personne peut ne pas envisager d'arrêter de boire, quoi qu'il puisse lui arriver. Ainsi, une personne sortie de l'hôpital avec un diagnostic d'ulcère, décide de continuer à boire. De même, suite à une crise épileptique qu'il juge grave et qu'il lie à sa consommation d'alcool... Par ailleurs, il utilise le traitement conçu pour son sevrage non pas pour se sevrer, mais pour diminuer ses crises de manque lorsqu'il ne peut pas se procurer de l'alcool.

En octobre 2013 il a eu une crise épileptique. La cause (il avait bu une bouteille de pastis) est aussi la raison qui fait que cet épisode est considéré comme grave : « parce que je suis alcoolique ». Une autre fois, sorti de l'hôpital avec un diagnostic d'ulcère, il continue à boire. « Maintenant, mon problème c'est le foie ! Ça va être la cirrhose eh ! Malheureusement je suis alcoolique. Je ne peux pas m'arrêter hein ! Même si je vois un médecin... ». Il dit suivre un traitement pour l'alcoolisme : Tiapride 100mg et Séresta 50 mg. Mais il spécifie : « je le prends le matin quand je suis en manque et que je ne peux pas acheter d'alcool... je prends deux cachets, j'attends un quart d'heure et c'est bon [...] Ça fait quatre ans que je fais ça. (n.164 - 32ans)

En fait, il n'y a pas de « paramètres comportementaux absolus » ni entre deux personnes, ni pour la même personne entre deux moments différents de sa vie. Par exemple, nous avons remarqué que parmi les plus âgés les consommations tendent à diminuer. Nous ne pouvons pas lier directement cette diminution à une évaluation propre d'une « sagesse » liée à l'âge, mais simplement au fait que ceux qui ne trouvent pas un équilibre adapté à leur condition physique déclinante risquent de mourir précocement. Et puis, le corps, à un moment, refuse.

68 ans. Il boit 2/3 bières par jour : « Avant c'était des caisses hein ! ». Ça a été très difficile d'arrêter. « Mais je ne peux pas manger sans vin hein ! ». (n.157 - 68ans)

Un homme de 68 ans à la retraite (720 euros/mois), qui dort dans des UHU depuis 14 ans (depuis son divorce), m'explique qu'avant il buvait beaucoup, mais depuis trois ans il a arrêté car « je ne peux plus le supporter ». (n.139 - 68ans)

Enfin, un autre facteur assez important dans la régulation de sa propre consommation est, bien évidemment, la disponibilité d'argent.

« Depuis que je suis en France, je ne bois pas parce que je n'ai pas de sous : j'envoie tout en Algérie... Sinon, je ne bois jamais beaucoup : soit un demi-litre de vin, soit une grande bière » (n.30 - 47ans)

Il boit « en moyenne 2 ou 3 fois par semaine. Ça dépend de l'argent [...] 2 ou 3 cannettes de bières, jamais d'alcool fort parce que c'est trop cher » (n.27 - 44ans)

Arrêter de boire

Dans la plupart des cas, arrêter de boire n'est pas simple. Non seulement il faut le vouloir vraiment, mais il faut aussi continuer à le vouloir et, éventuellement, surmonter les obstacles variés qu'on trouve sur la route.

Tout est aléatoire et fragile. Certains facteurs peuvent aider la personne à réduire ou arrêter sa consommation et l'aider à soutenir cette décision. A l'inverse, d'autres événements peuvent la faire replonger dans la consommation. En outre, nous ne pouvons pas exclure des biais d'entretiens, et que certains disent « ce qu'ils pensent que l'on veut entendre », sans vraiment le croire mais seulement pour ne pas se sentir stigmatisés à nos yeux.

Il dit avoir pris rendez-vous avec un médecin pour commencer à soigner son problème avec l'alcool. [ndr : Il n'a pas de couverture sociale]. Deux mois après cette conversation, son problème persiste. (n.142 - 32ans)

Il passe la journée dehors, face au palais de justice, avec d'autres polonais. Il boit beaucoup. Cela dépend de l'argent qu'il arrive à gagner en faisant la manche. Mais normalement une dizaine de bière de 66 cl. Aujourd'hui, par contre, il a bu un litre de vodka. [...] Quelque temps après cet entretien, il me dit qu'il veut arrêter l'alcool, et avec son ami ils ont commencé à diminuer leur dose journalière. Effectivement, les deux semaines suivantes, quand je les rencontre, ils ont l'air vraiment mieux et il est plus facile de discuter avec eux. Son pote est le premier à craquer, et lui aussi recommence à boire comme avant. [...] Il dit que parfois il tombe en dépression, à cause de la vie qu'il mène maintenant. [...] il boit pour ne plus penser à rien. (n.124 - 38ans)

Quelle que soit l'action entreprise, le choix résulte d'un calcul coût-bénéfice, plus ou moins bien fondé.

Quand sa vie a commencé à mal tourner, il a commencé à boire . « Quand je bois je suis bien, à l'aise », mais il précise « qu'il s'est toujours limité » et ne buvait pas jusqu'à l'ivresse. Il a commencé aussi à fumer du cannabis et à prendre d'autres « drogues ». Maintenant il a arrêté, car ses problèmes sont peut-être une punition de dieu, et des Imams lui ont dit : « il faut être bien-vivant ». (n.133 - 59ans)

Il boit « Quand je suis énervé. Le docteur ne veut pas, mais je m'en fous. Mais après, j'ai mal à la tête ». Il prend tous les jours du Séresta, du Valium et d'autres cachets pour dormir (n.144 - 47ans)

En fait, arrêter de boire n'est rien d'autre qu'une forme extrême d'un changement de manière de boire. C'est à dire trouver une nouvelle régulation de sa vie. Quand les personnes alcooliques parlent « d'arrêter de boire », souvent cela ne signifie pas forcément arrêter totalement l'alcool. Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit de trouver un nouvel équilibre face à de nouvelles exigences sociales, affectives ou corporelles.

« Ça fait 3 mois que j'ai arrêté [de boire]... Parfois, je me fais un shooter de vodka avec les copains, mais c'est rare » (n.48 - 37ans)

Même s'il est vrai que pour certains, ce nouvel équilibre implique de ne plus toucher d'alcool par « peur de retomber » dans l'addiction à ce produit.

Il ne boit pas « Je suis un ancien alcoolique : depuis 9 ans, je ne touche rien » (n.26 - 33ans)

Il arrive aussi – et sans doute souvent - qu'une personne qui a arrêté l'alcool n'ait pas arrêté d'être en addiction. Elle a simplement changé de produit. C'est le cas de cette personne (n.26) qui ne boit plus mais prend d'autres substances psychotropes et est en forte addiction aux opiacés (en particulier au sulfate de morphine).

Autres substances

Nous avons remarqué que, outre l'alcool et le cannabis, la consommation de produits psychoactifs et de médicaments, que ce soit à usage thérapeutique ou détourné est importante. En revanche, l'emploi de ce que l'on pourrait définir comme des « drogues traditionnelles », c'est-à-dire des stupéfiants « illicites » comme l'héroïne ou la cocaïne, est beaucoup plus limité.

En particulier, la consommation de ce dernier groupe de substances n'est pas répandue partout de la même façon parmi les différentes structures ; le sleep'in, s'adressant explicitement aux personnes ayant une addiction.

Cannabis

En dehors de l'alcool et des cigarettes, le produit de plus large diffusion, dans ce milieu comme dans la population générale, est le cannabis. Nous avons décidé d'aborder ce produit indépendamment des autres en vertu de son statut particulier. En effet, l'usage de cette substance est fortement banalisé dans toute la société. En particulier, même si cela reste un produit illégal, son usage est largement toléré par les professionnels des structures qui ne répriment pas sa consommation avec la même vigueur que la consommation d'alcool par exemple. Cela s'explique-t-il par le moindre risque de désordre que ses effets peuvent

engendrer ?

Du reste, même chez les usagers, ce produit n'est pas considéré comme les autres drogues

« Je fume du cannabis, mais j'ai laissé toute les autres drogues en Italie, maintenant, je suis bien. » (n.47 - 20ans)

Comme pour l'alcool, chacun use du cannabis pour répondre à des besoins différents, habitudes et contingences du moment. Ici, nous voulons simplement rapporter certaines motivations qui ont été énoncées par des usagers afin de justifier - ou le plus souvent, expliquer - son usage.

La première raison mise en avant, quasiment par tous, est le plaisir. La consommation de cannabis est liée à des habitudes presque ritualisées d'accompagnement d'autres activités ou moment de la journée pour les rendre agréables.

« Normalement, j'en fume 3 ou 4 par jour [joints]... J'aime surtout le matin, quand je me réveille et je n'ai pas envie de parler avec qui que ce soit... Alors, je fume un pétard en écoutant la radio... En tout cas, en ce moment, je n'ai plus de sous, donc je n'ai pas de shit » (n.44 - 51ans)

Cela a, bien évidemment, un coût qui, dans une situation de précarité, peut peser de manière assez importante sur les ressources de la personne. Cette question est parfois résolue grâce à la modalité de consommation du produit qui souvent est collective.

De temps en temps, il fume du cannabis, « mais il ne s'agit pas d'une consommation régulière [...] quand quelqu'un au foyer fait un pétard... C'est plus pour la compagnie que pour autre chose. Avant d'arriver en France, je ne fumais pas » (n.39 - 58ans)

Il tombe amoureux d'une femme et avec elle commence à fumer du cannabis tous les soirs « par amour ! ». (n.127 - 62ans)

L'habitude d'associer l'usage de cette substance aux occasions de socialité est tellement diffusée que parfois les gens en consomment sans en apprécier les effets qui restent souvent assez « légers ». Mais ils participent ainsi à un groupe.

« Du cannabis... Mais je fume un joint de temps en temps parce que je n'aime pas trop ce produit : ça me rend bête et endormi » (n.42 - 28ans)

Une autre raison qui revient souvent pour expliquer la consommation de cette substance est liée à une forme d'automédication. Pour « le mental », pour se calmer.

« Pardon, je dois partir, aujourd'hui je n'ai pas le temps de parler... Je dois aller me chercher un pétard... J'en ai besoin pour ma tête, parce que ça ne va pas bien, pas bien de tout... ». (ndt)

Et, plus encore on le consomme souvent pour dormir.

Il fume du cannabis « Parfois... Si je suis nerveux, ça me permet de dormir »

Mais cela peut concerner aussi la capacité de ce produit d'apaiser la douleur physique, souvent de manière plus efficace et avec moins d'effets indésirables que des médicaments conventionnels

« Je fume de l'herbe, parce que ça apaise les douleurs, au contraire du shit, qui endort » (n.41 - 41ans)

Ce dernier exemple montre aussi que les personnes, comme pour toute autre substance, se créent leur propre savoir sur le produit. « Vrai » ou pas d'un point de vue pharmacologique, ce sont avant tout ces représentations et effets ressentis qui influent sur l'usage. Les positions sont ici diverses quant au produit. Tout comme pour l'alcool, il y en a qui boivent pour boire et d'autres qui se présentent dans une posture des connaisseurs.

« Je fume un peu de cannabis : seulement si c'est de l'huile ou du très bon » (n.40 - 43ans)

Si la consommation est rarement présentée comme problématique, son utilisation massive tout au long de la journée peut sans doute être mise en lien avec la nécessité de remplir des journées vides d'activités. Le principal risque étant pour la personne d'entrer dans un cercle vicieux : ne rien faire, consommer plus par ennui et ne plus pouvoir rien faire.

Il fume 5 cigarettes par jour, mais « je fume au moins 15 joints par jour : c'est mon problème » (n.48 - 37ans).

D'autres problèmes peuvent être liés aux représentations sociales de la drogue versus l'alcool. Des usagers peuvent trouver banal une consommation alors que le milieu ne partage pas cette vision. La pratique peut ici cliver des réseaux familiaux.

« J'ai toujours habité à Marseille : je suis en foyer parce que la relation avec ma mère est compliquée... Elle n'a pas de problème concernant l'alcool, mais avec le cannabis oui » (n.55 - 20ans)

La consommation d'autres substances illicites

La consommation de substances psychoactives illicites commence souvent avant que la personne se retrouve à la rue. Chacun y arrive, en fait, en ayant déjà tout un ensemble de savoir-faire et d'habitudes. Ce passé d'habitudes incorporées influe sur le présent des vies à la rue. Par exemple, le fait d'avoir appris et socialisé l'usage d'une substance dans le cadre des « rave-parties » plutôt que dans celui des boîtes de nuit, peut induire une perception et une utilisation différente des produits. Ces savoirs expérientiels sont « importés » dans le nouveau contexte, qui est ainsi caractérisé par une grande variété des modalités de consommation, que chacun bricole selon ses connaissances et ses buts.

« Je ne me sers pas du Sterifilt. Je n'aime pas ça... Je préfère filtrer la solution avec un coton normal ou avec le filtre d'une blonde... Quand je filtre avec le Sterifilt, surtout quand il s'agit de Subutex, la solution me semble trop claire. Ça me donne l'impression de ne rien prendre... Voilà pourquoi je ne l'utilise pas ». (n.37 - 30ans)

Il n'est pas rare qu'une personne consomme plusieurs produits et de plusieurs façons, selon une gestion personnelle qui change d'un individu à l'autre et selon la situation.

Par exemple, une personne peut avoir des produits « favoris » et prévoir dans sa consommation des expérimentations occasionnelles...

Il avale toujours du Subutex et du Valium (pour lesquels il dit ne pas avoir de prescription), et parfois il sniffe des amphétamines. Il dit aussi que de temps en temps il essaye « autre chose », « ce qu'il y a », mais il précise qu'il ne s'est jamais piqué. (n.124 - 38ans)

Il arrive souvent que les individus aient une polyconsommation de produits. En fait, chacun

bricole « son produit » selon ses possibilités, ses goûts, et aussi ses connaissances et convictions. Exactement comme pour l'alcool, les personnes classent entre ce qu'ils perçoivent comme étant une « bonne » et/ou une « mauvaise » consommation. Cela se base, par exemple, sur le niveau d'expertise qui caractérise les modalités de prise des produits.

« Ici à Forbin, il y a trop de gens qui se droguent seulement parce qu'ils veulent s'afficher comme des gens cool mais, après, ils ne savent pas comment gérer le produit et font des bad-trips » (n.58 - 22ans)

Selon ce mode de réflexion, il s'agit de faire les choses de la « bonne manière », différemment des autres... Mais chacun construit sa propre « bonne manière » à la fois concernant les substances et les modalités des prises. Celle-ci peut être chaotique quant aux produits, mais encadrée en ce qui concerne les modalités de la prise. Notamment, l'injection – « la piqûre » - est pour beaucoup de monde la limite à ne pas franchir.

Il prend « tout, toute drogue... Mais jamais en injection... Par contre, je fume de la free-base... D'ailleurs, même si je prends de la méthadone, j'ai un peu peur du Subutex : voilà pourquoi j'en prends très peu » (n.58 - 22ans)

D'autres ont, par contre, un usage « irréfléchi » des produits. Ils sont guidés par la quête de « la défonce » plutôt que par la recherche d'un effet en particulier. Ils exploitent alors tactiquement toutes les occasions qui se présentent.

Il a une prescription exclusivement pour le Subutex, mais « je prends des médicaments, surtout du Subutex mais parfois aussi d'autres : comme du Skenan ou de la Ritaline... Quand je peux, je prends aussi des drogues : héroïne, cocaïne, kétamine et aussi LSD... Normalement, je m'injecte [à l'exclusion du LSD] (n.37 - 30ans)

Du fait de la modalité de récolte de ces données, qui a eu lieu surtout parmi des personnes ayant une fréquentation des structures bas-seuil traitant des addictions, l'usage de ces produits s'insère presque toujours dans une démarche de polyconsommation incluant les médicaments prescrits.

La consommation de médicaments

Différemment des « drogues traditionnelles », il arrive très souvent que la consommation de médicaments commence quand l'individu est déjà à la rue. Ils sont prescrit et pris en réponse aux conditions de vie perçue comme intolérables, au stress comme à l'ennui. Mais il peut s'agir aussi d'accidents ponctuels, qui amènent la personne à devoir prendre des anti-douleurs pour des périodes plus ou moins longue ou à vie. Dans ce cas, l'usage stupéfiant se superpose à celui médical de telle sorte qu'il devient difficile, voire impossible, de les distinguer clairement.

« Je n'aurais jamais pensé d'arriver à prendre de cachetons... J'ai toujours été quelqu'un de sportif, j'ai toujours fait du kung-fu... Mais c'est la vie, le destin » (n.41 - 41ans)

Or si la tendance à la consommation est partagée du fait des conditions de vie, nous avons pu relever et distinguer trois raisons principales qui font des médicaments des produits d'élection. Ils ont un coût inférieur aux substances illégales, ce qui les rend plus attractifs pour des personnes ayant de ressources limitées.

Pendant la journée « je traîne en ville et je me drogue. Si j'ai de l'argent héroïne et cocaïne, sinon Subutex et Ritaline. D'ailleurs, je prends plein de cachets : c'est un médecin psy qui me prescrit ça... Mais j'en consomme un peu comme je veux et en injection [il n'utilise pas de stérifiltre]» (n.40 - 43ans).

Ensuite, il s'avère plus facile d'avoir des contacts pour l'approvisionnement. Ce sont des produits disponibles.

« Je fume du cannabis mais j'ai laissé toute les autres drogues en Italie, maintenant, je suis bien... Ici c'est dur de ne pas en prendre : la nuit, au deuxième étage, tu peux trouver tout ce que tu veux : alcool, cachets, poudres à sniffer, shit... On vend de tout » (n.47 - 20ans)

Enfin, l'usage des médicaments est perçu comme moins stigmatisant que des produits illicites. La définition médicale est importante. Consommer des produits licites sous prescription médicale s'apparente plus à un traitement qu'à des conduites relevant du domaine des drogues.

Il dit qu'il ne prend pas d'autres substances, mais quand je précise que je me réfère aussi aux médicaments, il me montre sa prescription : DEROXAT 20 mg (antidépresseur) ; IMOVANE 7,5 mg (hypnotique) ; XANAX 0,5 mg quatre fois par jour (anxiolytique). (n.163 - 37ans)

Le symbole « médicament » suffit. Souvent, parmi ce type de consommateur, les personnes ne se souviennent pas du nom précis du médicament, mais simplement de sa fonction.

Il prend des médicaments « pour calmer l'angoisse », pour lesquels il a une prescription. Mais il ne se souvient pas du nom (mais à ma demande pour savoir s'il prend d'autres produits, y compris des médicaments, il répond que non) (n.140 - 32ans)

Ces trois points sont liés, de manière différente, aux caractéristiques d'un marché qui détermine à la fois les modalités d'approvisionnement et la diffusion des produits.

La légalité du marché fait souvent la différence entre drogues et médicaments, même si les seconds sont absorbés sans suivre les indications du médecin et si une grande partie (très rarement la totalité) de la prescription est destinée à la revente.

Il voit un médecin une fois par mois pour se faire prescrire du Subutex. « Mais je n'en prends pas... Je le revends. » (ndt)

Le repérage de médicaments psychotropes est assez facile et le remboursement total. Par conséquent le prix du produit est très bas, mais le gain est important d'autant plus que le marché est très ouvert.

Les médicaments ne sont pas uniquement un produit médical avec une valeur en soi. Ils peuvent devenir des drogues au sens où ils créent un nouveau rapport à soi. Ils sont aussi une véritable monnaie d'échange pour divers services, dont tout le monde a besoin. De l'autre, le « trafic » nous a semblé un moyen de se placer par rapport au groupe et de créer des liens sociaux. L'un d'entre nous s'est vu offrir certains produits, et ceci de façon plutôt désintéressée, en forme de « preuve d'appréciation positive personnelle ».

En synthèse, il semble que le concept de drogue ressort d'un ensemble de trois facteurs : licéité ou non de la substance, but de la prise, expérience de socialisation du produit. Outre ce qui relève d'une définition légale, une substance devient une drogue en fonction de ses

modes d'utilisation et de ses usages dans un milieu spécifique.

Il ne boit pas et ne fume pas, ni prend d'autres choses. Un camarade de la Madrague prenait beaucoup de cachets pour dormir, et buvait beaucoup. À un certain moment il a commencé à écraser les cachets et à les sniffer. Finalement une nuit il est mort. Lui, il ne veut pas finir comme ça. (n.155 - 43ans)

La faible stigmatisation à laquelle sont normalement sujets les médicaments, qui pourtant peuvent donner lieu à des addictions autant que les drogues illégales, est partagée par l'ensemble de la société. Pour certaines personnes vivant dans la rue la consommation de stupéfiants est particulièrement stigmatisée, notamment dans les milieux musulmans. Les « cachets », même récupérés de manière illégale, se positionnent sur un plan plus acceptable, du fait de l'encadrement légal et médical dont ils sont l'objet. On peut ainsi bénéficier des effets sans endosser les significations sociales péjoratives des conduites addictives.

Les médicaments principalement utilisés sont les cachets pour dormir et les calmants en général (surtout des benzodiazépines). Les problèmes de sommeil caractérisent la vie en foyer, et ces produits sont très largement répandus dans toutes les structures. Ils sont souvent délivrés par prescription médicale. Mais, comme nous le verrons dans le chapitre sur les recours, cette prescription n'est pas forcément suivie : ni concernant la posologie, ni concernant les raisons. Cela n'empêche que la personne apprend petit à petit à autogérer sa consommation et à en modifier les modalités en fonction de ses besoins perçus, qui changent selon la situation.

Il me demande si je veux du Rivotril et je lui répons que je n'en prends pas. Alors, il dit « je le prends parfois, seulement pour pouvoir bien dormir et me réveiller tôt et en forme [il dit l'acheter avec les sous qu'il fait avec les cigarettes] » (n.47 - 20ans)

Très répandus sont, aussi, les médicaments de substitution dont la consommation ne commence pas toujours après une consommation d'opiacés « traditionnels ». Il est intéressant de remarquer que de nombreuses personnes nous ont dit avoir commencé en prison.

Il continue à s'injecter jusqu'à ce qu'il rentre en prison en 2002, où il reste jusqu'en 2009. En prison on lui a donné de la drogue de substitution et donc il a commencé à prendre du subutex. Il le broie avec une bouteille et le sniffe : « il est même mieux que l'héroïne ! Le gouvernement est un dealer ! » (n.25 - 50ans)

Enfin, toute substance psychotrope est potentiellement consommable et/ou revendable.

Raisons de consommation et modalités d'approvisionnement des médicaments

Les raisons qui guident la consommation de ces médicaments suivent un climax qui va d'un usage uniquement thérapeutique à la « défonce ». Entre les deux pôles, ici encore, des nuances différencient la consommation selon les individus, et pour un même individu selon les occasions.

Les raisons de consommation s'enlacent aux modalités d'approvisionnement, et peuvent entrer totalement dans le cadre de la légalité (médicaments sous prescription et suivi des consignes médicales de la part de l'utilisateur) ou bien s'en écarter totalement (médicaments achetés au marché « noir » et utilisés à but stupéfiant, récréatif ou pas).

Nous pouvons figurer ces différentes options sur une sorte de carré sémiotique où tout le monde trouve sa place. Bien évidemment, il s'agit d'un outil d'analyse, utile à donner une vision d'ensemble du phénomène et non une description ethnographique précise de chaque personne à chaque moment.

Entre prescription - non prescription – « défonce » et « thérapie » : quelques exemples

Non prescription/ thérapie

« Je fume du cannabis mais j'ai laissé toutes les autres drogues en Italie. Maintenant, je suis bien. Il me demande si je veux du Rivotril et je lui réponds que je n'en prends pas. Alors, il dit « je le prends parfois, seulement pour pouvoir bien dormir et me réveiller tôt et en forme [il dit l'acheter avec les sous qu'il fait avec les cigarettes] » (n.47 - 20ans)

Non prescription/ défonce

Il avale toujours du Subutex et du Valium (pour lesquels il dit ne pas avoir de prescription), et parfois il sniffe des amphétamines. Il dit aussi que de temps en temps il essaye « autre chose », « ce qu'il y a », mais il précise qu'il ne s'est jamais piqué. (n.124 - 38ans)

Médicaments/défonce

Il consomme « Coke, MDMA, speed, kétamine, opiacés... Bref, je prend tout ce qui passe mais pas en injection et pas de médicament... en vérité, je consomme du Subutex, du Skenan et de la méthadone... Mais seulement parce qu'il n'y a pas de héroïne correcte »(n. 26)

Le subutex, normalement il l'avale, mais parfois il le broie et le sniffe, car « ça fait rappeler des bons souvenirs », « c'est bien parce que c'est pur... parce que c'est les laboratoires pharmaceutiques qui le font. On ne tombe pas malade comme avec l'héroïne. » (n.127 - 62ans)

Traitement [avec prescription]

« Je ne peux pas dormir sans le Stillnox : j'en prends un dosage variable selon mon humeur : je sais de quoi j'ai besoin... Par exemple, après l'opération à mon pénis, je me sens mieux et j'en prends moins »(n.35 - 47ans)

Il prend un « autre médicament dont je ne rappelle pas le nom et que je prends le soir pour me laver le cerveau des mauvaises pensées : parfois, j'oublie de le prendre et je suis mal » (n.44 - 51ans)

On comprend ici que les clivages « officiels » entre traitements et drogues est poreux du point de vue des usagers. Tout peut servir à étayer sa vie ou à introduire une certaine absence à ses problèmes.

Arrêter

La consommation, du point de vue de l'utilisateur, peut être problématique ou pas selon son rapport avec ses activités et ses conditions de vie. Par exemple, elle peut s'accorder très bien avec sa vie et dans ce cas, c'est l'absence de consommation qui peut devenir un problème. Par contre, lorsque la consommation est perçue comme une entrave, la question d'arrêter

s'impose, mais cela n'est pas évident.

« Arrêter la coke me serait encore plus difficile que l'héroïne : c'est vrai que la première ne donne pas de manque physique mais le manque psychologique est très, très dur »
(n.37 - 30ans)

Pour « décrocher », le manque physique semble moins problématique que celui psychologique. Certes, il est indéniable qu'un sevrage est une expérience fatigante, sinon douloureuse. Plus supportable physiquement si elle est effectuée selon des étapes et sous un suivi médical.

Une personne nous fait part de son intention d'arrêter la méthadone, mais elle nous dit aussi qu'elle a besoin d'un endroit tranquille pour le faire, car elle aura besoin de repos.

Elle prend du Xanax et de la Méthadone, pour lesquels elle a la prescription, et elle fume beaucoup de cannabis. Elle prévoit d'arrêter bientôt la Méthadone (actuellement elle prend un gélule de 6 mg par jour), peut être même dans 15 jours, parce qu'elle a pu enfin réserver, avec son compagnon, une place en hôtel meublé. Elle pense que cela pourrait être « une bonne occasion pour faire ce pas », puisque là-bas, à la différence de l'UHU, elle aura moyen de se reposer. Un mois plus tard, quand je lui demande, elle me dit d'avoir commencé à le diminuer. (n.135 - 45ans)

Il nous semble que les affirmations de cette femme cachent un autre problème, de nature plus psychologique. Est-ce que cela a du sens, est-ce que cela convient, à la personne, d'arrêter une habitude qui, bonne ou mauvaise, remplit ses journées et/ou lui permet, en partie, d'oublier sa condition ? Comme nous l'avons vu pour l'alcool, et comme nous le verrons dans les chapitres suivants en ce qui concerne les recours aux soins, le calcul coût-bénéfices est central dans toute prise de décision. Afin de comprendre les raisons qui déterminent les actions des individus, il est fondamental d'en saisir les enjeux.

Le plus complexe est de faire face au manque psychologique. En effet, il n'est déjà pas simple d'identifier la symptomatologie affective comme dépendant du manque ; mais il n'y a, en outre, pas de manière universelle de le gérer, chacun doit trouver la sienne. Cela implique le risque de se tromper et les conséquences qui vont avec. Par exemple, il arrive assez souvent qu'une personne, pour s'éloigner d'une substance, finisse par se tourner vers un autre type de produit... qui devient asservissant à son tour.

Il prend du Subutex 8mg qu'il avale, il fume du shit. Il prend du subutex « depuis qu'il est sorti sur le marché (...) c'est dur d'arrêter. J'ai arrêté une fois mais je compensais en buvant ». (n.152 - 42ans)

Les usagers sont souvent conscients de la difficulté du parcours de désintoxication et du fait que celui-ci demande toute une série de conditions et un contexte favorable pour espérer un succès. C'est pourquoi, ils déclarent aussi ne pas souhaiter essayer de « décrocher » parce que ce serait un effort inutile. Parfois, sans doute s'agit-il d'un raisonnement réfléchi, parfois d'une excuse, le plus souvent d'un mélange de deux... En tout cas, tenir compte de ces craintes est indispensable.

« On ne peut pas me l'imposer [le sevrage du Subutex], parce que je peux devenir dangereux » [...]. « Quand je me sentirai prêt... je pourrai commencer la thérapie (...) en dehors de la prison c'est même plus difficile ! J'étais mieux en prison ! Dehors on constate ce que c'est que la liberté ! Là-bas j'avais ce que je voulais... j'avais ma routine...

J'ai toujours travaillé en prison ». « Quand je me pique la mort rentre en moi et me visite, à partir des orteils, et ça monte... J'en ai tout de suite envie. Je ne veux pas ma vie normale. » (n.127 - 62ans)

L'individu tient à souligner que le maintien de sa consommation (dans les conditions où il se trouve) est peut-être un moindre mal non seulement pour lui, mais aussi pour les siens et la collectivité. Il faut considérer que, si la prise de substance est entreprise dans le but de combler un vide, ce « vide » est à traiter avant l'addiction en soi. Sinon, la personne n'aura rien à quoi s'accrocher pour en combler la perte. Comment rompre ce cercle vicieux où, d'un côté, la substance inhibe la capacité et l'énergie d'agir sur sa propre situation, et de l'autre, le manque de perspectives rend la substance indispensable.

« Le matin, je dors, puis je vais faire la manche et, éventuellement je vais chercher des produits... Enfin je me drogue toute la nuit » (n.26 - 33ans).

Les situations sont différentes, mais ce sont toujours les usagers qui sont le mieux à même de nous montrer le nœud de leurs propres problèmes.

Un soir un pensionnaire, visiblement ivre et la conscience altérée, me demande de lui trouver à bosser comme bénévole pour une association « qui aide les toxicos à s'en sortir » parce que :

- il pense qu'il pourrait être très utile, vu sa connaissance des produits et de la rue
- il a envie de s'engager en quelque chose pour passer ses journées
- il est sûr que ceci l'aiderait à « boire et consommer moins, voire beaucoup moins »

(n.37 - 30ans)

Tout ici est mêlé. L'expérience des produits, une raison de vivre et un emploi pour « s'en sortir ».