

Peut-on mesurer les complications de santé consécutives à l'entrée dans le logement ?

Doit-on s'attendre à des complications de santé consécutives à l'obtention d'un logement dans le cadre de l'accompagnement de personnes sans-abri ? La recherche *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance*¹ partait de l'observation, faite par les travailleurs sociaux, d'une dégradation des conditions de santé des personnes suivies après leur relogement. Elle était interprétée comme une décompensation, ou encore comme la conséquence d'un découragement et une perte d'objectifs suivant l'investissement partagé par le travailleur social et la personne suivie pour trouver un logement. Avant d'approfondir les explications, il importait toutefois de vérifier le constat. Nous reprenons ici quelques éléments de la recherche pour présenter la façon dont cette interrogation a été traitée².

• **Loïc Bonneval**
maître de conférences
en sociologie,
Université Lyon 2,
Centre Max Weber
UMR5283

Mesurer les complications de santé

Pour saisir ces régularités, il importe de partir de ce que l'on sait de l'état de santé avant l'accompagnement. Dans le questionnaire rétrospectif, les accompagnants ont connaissance d'événements de santé pour 28 personnes (4 sur 10 environ). Il s'agit surtout d'hospitalisations (15 dont 3 en hôpital psychiatrique) et dans une moindre mesure de consultations (11, pour moitié avec des généralistes et pour moitié avec des spécialistes). Ces chiffres ne sont pas négligeables, mais pas majoritaires pour autant. Il est toutefois possible qu'ils témoignent surtout du fait que les accompagnants n'ont qu'une information lacunaire au début du suivi.

C'est ce que suggèrent les données de la phase suivante, prospective, qui sont plus précises sur ce thème. Ils témoignent, sur 22 cas, d'une situation de santé jugée assez mauvaise avant l'entrée dans le logement. Avant l'entrée dans le logement, 14 souffrent de pathologies somatiques connues : allant des suites d'une chute à l'hépatite C. 4 suivent un traitement. 6 n'ont pas connu d'événements de santé mais 4 ont été hospitalisés et ont connu des événements nécessitant impérativement un soin d'après l'évaluation de l'accompagnant. 5 présentent des troubles psychiatriques, essentiellement des syndromes dépressifs. Par

ailleurs, 16 sur 22 sont vus par les accompagnants comme présentant des problèmes de santé, qu'il s'agisse de « quelques inquiétudes », d'un « mauvais état général » ou d'un « état général très préoccupant ». L'état de santé est donc majoritairement assez mauvais avant même l'entrée dans le logement.

Au-delà des pathologies, des consultations et hospitalisations, la santé regroupe un ensemble plus large de facteurs. Si l'on élargit cette évaluation de la santé à d'autres dimensions connexes comme la consommation d'alcool, on retrouve également une proportion importante de situations préoccupantes. D'après les accompagnants, les consommations importantes (items « régulières » et « mettant la santé en danger ») concernent un tiers de l'échantillon, un quart n'est pas évaluable et une petite moitié a des consommations jugées occasionnelles ou faibles. En ce qui concerne le tabac, une majorité fume régulièrement, alors que les autres toxiques sont peu fréquents (du moins dans l'évaluation que peuvent en faire les accompagnants). Il est nécessaire de garder présent à l'esprit cet état de santé avant l'entrée dans le logement pour comprendre la multiplication des événements de santé à partir de l'entrée dans le logement, qui est à la fois déclencheur et révélateur d'un état de santé déjà dégradé.

1. On Colin V., Pichon A., Bonneval L., sous la dir. de J. Furtos, *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance*, rapport ONSMP/ORSPERE, 2011.

2. Pour la méthodologie voir l'article de Jean Furtos

Les événements liés à la santé sont nombreux au début du suivi, ce qui témoigne de l'aggravation des situations, mais aussi du fait que l'entrée dans le suivi ouvre sur une meilleure observation des problèmes de santé et sur un meilleur accès aux soins. Les deux sont tout aussi importants : pour le second aspect, on note que presque la moitié des événements de santé sont des consultations (31 cas), mais on observe aussi beaucoup d'hospitalisations (23 cas, dont 10 en psychiatrie, soit trois fois plus d'hospitalisations en hôpital psychiatrique qu'avant l'entrée dans le logement). On rencontre des événements de santé dans 6 cas sur 10, contre 4 sur 10 avant l'entrée dans le logement. Même si l'état de santé est mauvais avant l'entrée dans le logement, on assiste à une hausse sensible des problèmes de santé après l'arrivée dans le logement. Cette remarque va dans le sens de l'intuition de départ des intervenants et confirme l'importance des questions d'évaluation du besoin de soin et d'accompagnement de la demande de soin.

Il est délicat de comparer ces résultats avec ceux d'autres enquêtes qui se basent sur d'autres catégories ou sur une population différente. Notons néanmoins les quelques écarts que l'on observe ici avec l'enquête de l'INSEE de 2001 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds³. Les membres de notre échantillon ont, proportionnellement, moins de consultations (un sur deux contre huit sur dix dans l'enquête de l'INSEE). En revanche, ils sont plus souvent hospitalisés (4 sur 10 contre 3 sur 10), et ces hospitalisations sont plus fréquemment en hôpital psychiatrique (respectivement 1 sur 3 et 1 sur 4). Mentionnons également que certains troubles pointés par l'INSEE comme caractéristiques de la vie à la rue apparaissent ici assez peu, notamment les migraines et les troubles du sommeil. Tout en restant prudent dans la comparaison entre les enquêtes, notons deux types de différences. D'une part, la fréquence des consultations médicales, plus faible dans notre population que dans l'échantillon de l'INSEE, conduit à nuancer l'idée selon laquelle la multiplication des événements de santé à l'entrée dans le logement relève d'une meilleure prise en charge médicale. D'autre part, la proportion d'hospitalisations, plus forte

que dans l'enquête de l'INSEE, conforte celle d'une détérioration de la santé à l'entrée dans le logement. La part, importante, des hospitalisations en hôpital psychiatrique conduit même à penser qu'il y a une spécificité des troubles rencontrés par les personnes suivies ici.

Dans le cadre de l'étude rétrospective, les événements liés à la santé ne se manifestent pas toujours dès les premiers temps d'entrée dans le logement mais souvent dans les 6-8 mois suivants, de façon sporadique ou continue selon les individus. Dans quelques cas, la crise suit immédiatement l'entrée dans le logement, se traduisant notamment par une forte anxiété et un rejet du projet. Le plus souvent toutefois, la période critique est plus tardive et peut faire suite à des premiers mois sans complication. Les problèmes de santé tendent ensuite à se stabiliser dans le temps long. Précisons que « stabiliser » n'est pas synonyme « d'améliorer » : les personnes en mauvaise santé ont en général tendance à le rester. L'obtention d'un logement ne permet pas de faire l'économie d'un accompagnement au soin sur un temps long. Enfin, une entrée « réussie » dans le logement ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration du rapport à la santé. Les accompagnements sont fréquemment marqués par de telles discordances.

Des réactions différenciées à l'entrée dans le logement

Les personnes suivies ne réagissent pas toutes de la même manière à l'arrivée dans le logement et, à bien des égards, chaque suivi présente des spécificités irréductibles à toute standardisation des pratiques. Par ailleurs, l'information souvent fragmentaire dont on dispose sur les parcours antérieurs, et dont la restitution suppose une investigation longue auprès des personnes concernées, n'entraîne pas dans le projet de cette recherche. Il n'en reste pas moins que certains traits récurrents peuvent être identifiés, reliant les caractéristiques sociodémographiques des personnes suivies, leur rapport au logement et leur rapport à la santé, de telle sorte que quelques profils peuvent être dessinés. Ces profils ne visent pas à résumer à eux seuls l'ensemble du déroulement des accompagnements, pas plus qu'ils ne prétendent être généralisables à d'autres situations concernant les sans-abri. L'objectif

3. B. de la Rochère, 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE Première*, n°893.

n'est pas non plus de dire qu'à chaque profil correspond un certain type de recommandations. Il s'agit plutôt de fournir un principe de repérage au sein de la diversité des situations, tout en soulignant cette hétérogénéité qu'un discours un peu englobant peut tendre à ignorer.

La méthode retenue repose sur l'élaboration d'une typologie établie par une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur la base d'une analyse des correspondances multiples, ou ACM, sur les données tirées du questionnaire rétrospectif. Les moins de 25 ans ont été retirés de l'analyse qui porte donc sur 57 personnes. L'effectif relativement faible limite certes la portée des résultats, sans pour autant les invalider. Il faut toutefois rester prudent dans leur utilisation. De façon à ne pas multiplier les variables et risquer de fausser l'ACM à cause des effectifs, nous avons retenu sept variables. Une fois les classes construites, elles ont été systématiquement croisées aux autres variables du questionnaire, de façon à compléter leur caractérisation. Les variables retenues sont les suivantes (à noter que les variables 5 à 7 sont obtenues par le recodage de plusieurs questions du questionnaire) :

1. sexe (2 modalités, hommes et femmes)
2. classe d'âge (3 modalités : 26-35 ans, 36-50 ans, 51 ans et plus)
3. composition du ménage (3 modalités, seul, en couple ou en groupe)
4. l'évaluation de l'état de santé après l'entrée dans le logement (en T1) par l'accompagnant (2 modalités : bonne ou mauvaise santé)
5. les troubles de l'habiter manifestés par la personne suivie. Quatre modalités : troubles tournés vers l'intérieur du logement (incurie, repli, etc.), troubles tournés vers l'extérieur (conflits de voisinage, sur l'espace public etc.), la combinaison des deux (intérieur et extérieur), et les autres troubles.
6. le rapport au corps avant l'arrivée dans le logement (en T0) : 3 modalités (soigné, négligé, alternance de soigné et négligé)
7. le rapport au corps après l'arrivée dans le logement (en T1) : mêmes modalités

Ces variables sont sélectionnées en tant qu'indicateurs des différentes dimensions de l'accompagnement. Elles sont certes réductrices, comme par exemple le fait de résumer la santé à

l'évaluation générale de l'accompagnant, mais ce choix se justifie pour que l'ACM reste pertinente. Elles sont en outre assez représentatives de ces dimensions car congruentes aux autres variables qui les représentent. Par exemple, l'état de santé évalué par l'accompagnant rejoint le nombre d'événements de santé, de pathologies, l'évaluation du besoin de soin, ou encore le fait de suivre un traitement. La typologie issue de la CAH permet de distinguer trois groupes aux caractéristiques distinctes et dont les réactions à l'entrée dans le logement diffèrent.

On peut considérer un premier groupe (15 personnes dans l'échantillon) comme ne présentant pas de complication de santé particulière. Ils se retrouvent dans toutes les classes d'âge et tous les types de ménage, se distinguant principalement par une moindre ancienneté dans la galère. Les accompagnants disent peu de choses de la façon dont ils investissent leur logement (jugant cet investissement « ordinaire ») et ils manifestent peu de troubles de l'habiter. On a plus souvent connaissance de liens familiaux à leur sujet que pour les autres. L'ensemble des données suggère un rapport assez discret au logement et à l'accompagnant, parfois même un peu insaisissable, (à l'exception de la demande de soins). Par ailleurs, leurs parcours résidentiels ne présentent pas de spécificité : la moitié d'entre eux occupe un logement avec un bail ordinaire à la fin de l'observation, soit une proportion comparable à celle observée dans l'échantillon rétrospectif.

Le deuxième groupe comporte 21 personnes. Elles connaissent une aggravation de leur situation, se traduisant sans doute moins par des difficultés de santé en tant que telles que par une évolution des troubles du comportement, de la consommation d'alcool ou de stupéfiants et par des troubles de voisinage (ainsi que des non-paiements de loyers). L'entrée dans le logement s'accompagne donc de réactions de rejet, de mise en difficulté du projet de relogement alors même que certains ont, d'après l'accompagnant, un bon investissement du logement. Ils sont en général plus jeunes, ils se retrouvent particulièrement parmi les 26-35 ans. On y retrouve également ceux qui vivent en groupe et ceux qui sont dans la galère depuis peu de temps (soit moins d'un an, soit moins de dix ans).

La moitié est considérée comme étant en « bonne » santé par les accompagnants, l'autre en mauvaise santé, de telle sorte que l'état de santé n'est pas un trait distinctif du groupe. En revanche, l'ambivalence du rapport à la santé est plus typique : les membres de ce groupe ont en général un rapport contradictoire à leur santé et sont à la fois en demande et en refus. Il s'agit de ceux qui correspondent le « mieux » à l'hypothèse de départ. Soulignons que le questionnaire fait ressortir d'autres facteurs que celui de la santé.

Le troisième ensemble (21 personnes) regroupe des personnes en mauvais état de santé, en refus de soin (avec une demande de soins parfois portée par des tiers). Ils appartiennent souvent aux plus de 50 et plus de 60 ans. Très peu ont des liens familiaux connus et ils apparaissent particulièrement isolés, moins soignés dans leur apparence. Les difficultés de santé après l'entrée dans le logement prolongent très souvent celles existant avant le début du suivi. Il ne s'agit que du prolongement des difficultés existantes et l'entrée dans le logement ne rompt pas une trajectoire d'exclusion déjà longue. C'est d'ailleurs dans ce groupe que l'on retrouve ceux qui sont dans la galère depuis plus de 10 ans. Ils manifestent des troubles de l'habiter assez spécifiques (réclusion, hygiène, repli sur soi, accumulation d'objets voire incurie) parfois combinés avec des troubles de voisinage, d'autant plus notables que ces personnes ont souvent un parcours résidentiel en résidence sociale. Le rapport au logement lui-même n'apparaît pas ici comme la cause des troubles mais des problèmes spécifiques se posent lors des accompagnements : bien que ces personnes suscitent une forte préoccupation et une grande inquiétude auprès des accompagnants, le degré de repli sur soi, d'auto-exclusion, ainsi que la résistance aux sollicitations, notamment en matière de soins, risque d'entraîner une forme d'invisibilité, pour ne pas dire de disparition. Ce souci, et le sentiment que ces personnes ont besoin d'un cadre et d'une proximité permanents, expliquent qu'ils restent dans un circuit résidentiel circonscrit aux résidences sociales.

Les accompagnements ne renvoient donc pas qu'au droit au logement et à l'amélioration des conditions d'existence des personnes suivies.

Ils engagent le rapport à l'habitat, et à son appropriation, qui se déroule de façon différenciée selon les individus. Il est tentant de ramener chacun des groupes à une position dans le cycle de vie et dans une trajectoire d'exclusion, chaque groupe étant marqué par un degré croissant d'isolement de ses membres. Il manque toutefois des données supplémentaires sur les parcours de vie, les processus de rupture et la phase de vie dans la rue pour approfondir cette hypothèse.

Chacun des trois groupes représente environ un tiers de l'ensemble. Les plus touchés par les événements de santé sont ceux des groupes 2 et 3, notamment pour ce qui est de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Il apparaît que deux tiers de la population concernée connaissent effectivement des difficultés en lien avec l'entrée dans le logement. Ces difficultés concernent la santé mais pas uniquement puisqu'elles portent aussi sur les autres zones de l'habiter (relation d'accompagnement, rapport au logement et arrangements ordinaires). Le groupe 2 est celui qui correspond le plus à l'hypothèse de départ avec une aggravation de l'état de santé consécutive à l'entrée dans le logement.

En aucun cas cette typologie ne se veut prédictive, et on ne saurait en déduire les « risques » d'un échec de l'accompagnement. Une telle lecture des résultats proposés ici irait d'ailleurs dans le sens de la remise en cause de l'universalité du droit au logement (au nom d'un certain principe de précaution), ce qui n'est pas, nous semble-t-il, l'enseignement à en tirer. Au contraire, les régularités qui ressortent de cette recherche invitent à considérer les complications de santé comme faisant partie intégrante des accompagnements et non comme une série d'échecs individuels. Elles relativisent également toute conception idéalisée de l'accès au logement comme un nouveau départ enclenchant automatiquement une dynamique positive tout en rompant avec l'enfermement des parcours d'assistance très institutionnalisés. Ces résultats conduisent plutôt à intégrer les complications de santé comme composante prévisible de ces accompagnements et à s'interroger sur les moyens d'y faire face, notamment au travers de la mise en réseau entre les professionnels de santé et ceux assurant les accompagnements. II