



**HAL**  
open science

# Évaluation de l'impact des conditions de logement très précaire sur la santé perçue : étude quantitative sur 158 consultants au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde de Montpellier

Clémentine Le Bourhis

## ► To cite this version:

Clémentine Le Bourhis. Évaluation de l'impact des conditions de logement très précaire sur la santé perçue : étude quantitative sur 158 consultants au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02871342

**HAL Id: dumas-02871342**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02871342>**

Submitted on 17 Jun 2020

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Clémentine Le Bourhis**

Le 11 juin 2019

**EVALUATION DE L'IMPACT DES CONDITIONS DE LOGEMENT TRES  
PRECAIRE SUR LA SANTE PERCUE : Etude quantitative sur 158  
consultants au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins  
du Monde de Montpellier.**

Directeur de thèse : Dr Jaume Cyril

**JURY**

Président : Pr Lambert Philippe

Assesseurs :

Dr Lognos Béatrice

Pr David Michel

Dr Jaume Cyril

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Clémentine Le Bourhis**

Le 11 juin 2019

**EVALUATION DE L'IMPACT DES CONDITIONS DE LOGEMENT TRES  
PRECAIRE SUR LA SANTE PERCUE : Etude quantitative sur 158  
consultants au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins  
du Monde de Montpellier.**

Directeur de thèse : Dr Jaume Cyril

JURY

Président : Pr Lambert Philippe

Assesseurs :

Dr Lognos Béatrice

Pr David Michel

Dr Jaume Cyril

« On ne peut pas, sous prétexte qu'il est impossible de tout faire en un jour, ne rien faire du  
tout »

Abbé Pierre

« Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation »

Article 1 loi Besson 1990

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves  
 ALRIC Robert  
 ARNAUD Bernard  
 ASTRUC Jacques  
 AUSSILLOUX Charles  
 AVEROUS Michel  
 AYRAL Guy  
 BAILLAT Xavier  
 BALDET Pierre  
 BALDY-MOULINIER Michel  
 BALMES Jean-Louis  
 BARMES Pierre  
 BANSARD Nicole  
 BAYLET René  
 BILLIARD Michel  
 BLARD Jean-Marie  
 BLAYAC Jean Pierre  
 BLOTMAN Francis  
 BONNEL François  
 BOUDET Charles  
 BOURGEOIS Jean-Marie  
 BRUEL Jean Michel  
 BUREAU Jean-Paul  
 BRUNEL Michel  
 CALLIS Albert  
 CANAUD Bernard  
 CASTELNAU Didier  
 CHAPTAL Paul-André  
 CIURANA Albert-Jean  
 CLOT Jacques  
 D'ATHIS Françoise  
 DEMAILLE Jacques  
 DESCOMPS Bernard  
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard  
 DUMAS Robert  
 DUMAZER Romain  
 ECHENNE Bernard  
 FABRE Serge  
 FREREBEAU Philippe  
 GALIFER René Benoît  
 GODLEWSKI Guilhem  
 GRASSET Daniel  
 GROLLEAU-RAOUX Robert  
 GUILHOU Jean-Jacques  
 HERTAULT Jean  
 HUMEAU Claude  
 JAFFIOL Claude  
 JANBON Charles  
 JANBON François  
 JARRY Daniel  
 JOYEUX Henri  
 LAFFARGUE François  
 LALLEMANT Jean Gabriel  
 LAMARQUE Jean-Louis  
 LAPEYRIE Henri  
 LESBROS Daniel  
 LOPEZ François Michel  
 LORIOT Jean  
 LOUBATIERES Marie  
 Madeleine  
 MAGNAN DE BORNIER  
 Bernard  
 MARY Henri  
 MATHIEU-DAUDE Pierre  
 MEYNADIER Jean  
 MICHEL François-Bernard  
 MICHEL Henri

MION Charles  
 MION Henri  
 MIRO Luis  
 NAVARRO Maurice  
 NAVRATIL Henri  
 OTHONIEL Jacques  
 PAGES Michel  
 PEGURET Claude  
 PELISSIER Jacques  
 POUGET Régis  
 PUECH Paul  
 PUJOL Henri  
 PUJOL Rémy  
 RABISCHONG Pierre  
 RAMUZ Michel  
 RIEU Daniel  
 RIOUX Jean-Antoine  
 ROCHEFORT Henri  
 ROSSI Michel  
 ROUANET DE VIGNE LAVIT  
 Jean Pierre  
 SAINT AUBERT Bernard  
 SANCHO-GARNIER Hélène  
 SANY Jacques  
 SEGARBIEUX François  
 SENAC Jean-Paul  
 SERRE Arlette  
 SIMON Lucien  
 SOLASSOL Claude  
 THEVENET André  
 VIDAL Jacques  
 VISIER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
 BLANC François  
 BOULENGER Jean-Philippe  
 BOURREL Gérard  
 BRINGER Jacques  
 CLAUSTRES Mireille  
 DAURES Jean-Pierre  
 DAUZAT Michel  
 DEDET Jean-Pierre  
 ELEDJAM Jean-Jacques  
 GUERRIER Bernard  
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre  
 MAURY Michèle  
 MILLAT Bertrand  
 MAUDELONDE Thierry  
 MONNIER Louis  
 PREFAUT Christian  
 PUJOL Rémy  
 SULTAN Charles  
 TOUCHON Jacques  
 VOISIN Michel  
 ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

### PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
 CAMU William-Neurologie  
 CANOVAS François-Anatomie  
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation  
 CORBEAU Pierre-Immunologie  
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
 DE VOS John – Cytologie et histologie  
 DROUPY Stéphane -Urologie  
 DUCROS Anne-Neurologie  
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
 HAYOT Maurice - Physiologie  
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
 LABAUGE Pierre- Neurologie  
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
 LECLERCQ Florence-Cardiologie  
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
 MATECKI Stéfan -Physiologie  
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
 MOREL Jacques - Rhumatologie  
 MORIN Denis-Pédiatrie  
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 PRUDHOMME Michel - Anatomie  
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 TOUITOU Isabelle-Génétique  
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

#### **PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 CAPTIER Guillaume-Anatomie  
 CAYLA Guillaume-Cardiologie  
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAIEN Vincent-Ophthalmologie  
 DORANDEU Anne-Médecine légale -  
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
 GENEVIEVE David-Génétique  
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie  
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
 LONJON Nicolas - Neurologie  
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 LUKAS Cédric-Rhumatologie  
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
 MORANNE Olivier-Néphrologie  
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
 NOCCA David-Chirurgie digestive  
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 RIVIER François-Pédiatrie  
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
 ROUBILLE François-Cardiologie  
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
 STOEUBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
 SULTAN Ariane-Nutrition  
 THOUVENOT Eric-Neurologie  
 THURET Rodolphe-Urologie  
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
 VILLAIN Max-Ophtalmologie  
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 VINCENT Thierry-Immunologie  
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

##### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire  
 VISIER Laurent - Sociologie, démographie

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

##### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

##### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard  
 DAVID Michel

#### PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie  
 MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie  
 MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation  
 PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
 ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire  
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique  
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion  
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie  
PUJOL Joseph-Anatomie  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline –Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

BERTRAND Martin-Anatomie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

### Maitres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe

COSTA David

### Maitres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
OUDE-ENGBERINK Agnès

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

##### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

##### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

#### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## REMERCIEMENTS

---

### Remerciements aux membres du jury

Pr Lambert : Merci d'avoir accepté d'être le président de mon jury, c'est un grand honneur pour moi que vous soyez juge de mon travail et je vous en exprime toute ma reconnaissance. Je tenais à vous faire part également du plaisir que j'ai eu à réaliser mes premiers GEPT avec vous lors de mon premier semestre d'internat à Sète.

Dr Lognos Béatrice : Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, c'est un grand honneur pour moi que vous soyez juge de mon travail.

Pr David Michel : Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, c'est un grand honneur pour moi que vous soyez juge de mon travail.

Dr Jaume Cyril directeur de thèse et accueil SASPAS : Merci de m'avoir accompagnée et conseillée dans la réalisation de cette thèse. Ce fût un réel plaisir de travailler à tes côtés, ton calme et ta gentillesse sont sans égal. Merci à toi et à Alexandre de m'avoir invité à votre table pendant plus de 6 mois !

### Remerciements personnels

A Médecins du Monde,

Merci à Magali, Damien, Stéphane... et merci à tous les bénévoles pour votre aide à l'inclusion et votre gentillesse inégalable ! Dr André Pascal merci de m'avoir reçu en stage et de m'avoir fait découvrir l'association Médecin du Monde à l'origine de mon sujet de thèse, j'ai eu beaucoup de plaisir à apprendre de ta pratique globale et humaine de la médecine.

Aux soignants,

Merci à tous et toutes les ASH, brancardiers, aide-soignant(e)s, infirmier/ières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistant(e)s social(e)s, psychologues, secrétaires médicales, pharmacien(ne)s, médecins, que j'ai pu croiser lors de mon cursus. Merci de votre engagement pour les autres et pour le travail d'équipe !

A Siham Eddahak,

Merci pour ton aide précieuse à la réalisation des statistiques !

A mes parents,

Pour votre soutien moral et financier pendant ces longues années d'études, je vous remercie du fond du cœur ! Maman merci pour ton grand cœur et ta générosité, merci d'avoir nourri ma curiosité à travers les arts et la littérature depuis mon plus jeune âge, merci d'avoir toujours été là, tout simplement (jusqu'aux veilles de concours de P1 sur un lit de camp dans mon petit logement étudiant brestois !), je t'aime. Papa merci pour ton exigence qui m'a toujours poussée vers l'excellence, merci d'avoir assuré la base de ma scolarité : le CM2 ! Merci pour chaque emménagement/déménagement (une bonne dizaine tout de même !), merci pour ton soutien sans faille, je t'aime ! Sans vous je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui, merci tout simplement.

A mon mari,

Merci pour ton amour, ta bienveillance, tes petits plats... Notre rencontre « gaditana » est la plus belle chose qui pouvait m'arriver. Merci pour ton soutien tout au long de mon externat Brestois puis de mon internat Montpelliérain, sans ta présence à mes côtés je n'aurais pas pu accomplir tout ça ! Kanbrik bzzaf !

A mes sœurs,

Marion merci pour tes nombreux auto-cas cliniques qui ont fructifié mon enseignement, Liza merci d'avoir révisé tes contrôles de flûte la veille de mon concours de P1, ça a certainement contribué à mon pouvoir de concentration ! Plus sérieusement merci d'avoir toujours été là pour moi ! Marion merci pour la relecture et Liza merci pour la traduction du résumé. Je vous aime !

A ma nièce Anouk (et à mon futur neveu à naître aux alentours de ma soutenance),

Merci pour les éclats de rire et la joie apportée à notre famille !

A mes grand-mères,

Mimi, merci d'avoir nourri ma curiosité intellectuelle, qui a fait de moi la médecin généraliste que je suis aujourd'hui. Mamie merci pour ton dynamisme et ta force de caractère que j'espère un jour égaler !

A ma belle-famille marocaine,

Merci pour votre accueil et votre ouverture d'esprit qui m'a fait me sentir tout de suite, « comme à la maison ». Âhd, merci de ton accueil à Sagasta, tu as été pour moi comme une

grande sœur avant même de devenir ma belle-sœur ! Nouhad, merci pour ta bienveillance, ton grand cœur, et ton sffa poulet enterré !

A mes amis montpelliérains,

Caroline, Marina, Laura, Louise-Anne, Erika, Adrien, Max, Blaise, Sergio, Florence... merci pour les rires, les bivouacs, les soirées barbote et cie, les dimanches jeu de société... Sans vous ça aurait été quand même vachement moins drôle !

A mes amis d'enfance,

Marie merci pour ton aide précieuse à la mise en page, Julien merci pour les cours « express » d'informatique bien utiles à la réalisation de cette thèse. Ilse merci pour tes conseils avisés et ta relecture, Laurie merci pour ton regard « social » et tes conseils et merci à tous d'avoir toujours été là pour moi de l'école primaire à aujourd'hui !

A Sagasta 22,

Por las risas, los «sagastellon», las cenas internacionales, las salidas a la punta, las tardes en la Caleta... ¡Por la familia! ¡Gracias! ¡Gracias a Lidia, Valerio, Pablo, Paco, Sergio, Laura, Salvatore, Mati, Iole, Nacer, Gloria, Ferru, Xavi, Riwa, Anne-lyse (y todos los que se me olvida)... por este año inolvidable!

A mi familia adoptiva cordobesa,

¡Gracias por haberme acogido durante un verano en vuestra casa y por haberme tratado como una más de la familia! Ernesto gracias por tu enseñanza de la neurología y tu abnegación. No me olvidare nunca de esa aventura cordobesa que participo en hacer de mi la doctora que soy ahora!

# Sommaire

---

REMERCIEMENTS .....	9
I. INTRODUCTION.....	14
I.A. Définitions .....	15
I.A.1. La santé .....	15
I.A.2. La santé perçue .....	17
I.A.3. Le logement.....	17
I.A.4. La précarité.....	19
I.B. Etat des connaissances.....	20
I.B.1. Historique .....	20
I.B.2. Etudes actuelles .....	23
I.C. Justification de l'étude .....	34
II. METHODE.....	38
II.A. Objectif principal .....	38
II.B. Type d'étude.....	38
II.C. Critère de jugement principal .....	38
II.D. Critères d'inclusion.....	38
II.E. Variables recueillies .....	39
II.F. Ethique.....	40
II.G. Taille de l'échantillon .....	40
II.H. Etude témoin.....	41
II.I. Analyse des données .....	41
III. RESULTATS .....	42
III.A. Réalisation de l'enquête.....	42
III.B. Description socio-démographique de l'échantillon .....	43
III.B.1. Catégorie d'âge et sexe .....	43
III.B.2. Origine géographique.....	44
III.B.3. Situation maritale et parentalité.....	46

III.B.4. Situation administrative .....	48
III.B.5. Logement .....	51
III.B.6. Santé perçue .....	52
III.C. Etude témoin .....	54
III.D. Analyse statistique .....	58
IV. DISCUSSION.....	60
V. CONCLUSION.....	68
VI. INDEX .....	70
VII. BIBLIOGRAPHIE .....	71
VIII. TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	74
IX. ANNEXES .....	77
IX.A. Tableaux Maïa .....	77
IX.B. Contacts utiles à l'orientation des patients précaires, à l'attention des médecins généralistes de Montpellier. ....	81
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	84
PERMIS D'IMPRIMER.....	85
RESUME.....	4 <sup>ème</sup> de couverture

## I. INTRODUCTION

---

Lors de mes stages d'internat, d'abord avec le Dr Pascal André lors de mon stage praticien puis avec le Dr Jaume Cyril lors de mon stage SASPAS, j'ai eu la chance de connaître l'association médecin du monde et d'y réaliser quelques missions bénévoles. J'y ai découvert plusieurs missions : la mission « prostitués » qui va à la rencontre des personnes se prostituant, la mission « bidonville » et la mission du CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) de Montpellier.

Lors d'une après-midi de terrain avec la mission « bidonville » sur le site de Celleneuve à Montpellier, j'ai été amenée à rencontrer une jeune femme récemment sortie de la maternité et son bébé. Alors qu'elle est de retour au bidonville depuis une dizaine de jours elle me fait part de ses difficultés à préparer les biberons pour son nouveau-né. Je m'étonne alors, et lui demande pourquoi celle-ci n'allait pas son enfant. Elle me répond que c'est à la maternité qu'on lui a fortement déconseillé d'allaiter au vu de sa forte consommation de soda caféiné. Je lui demande alors si les personnes qui lui avaient donné ce conseil s'étaient enquis de savoir dans quel type de logement elle vivait, et elle me répondit que non. Il est évident que si ces personnes avaient connu ses conditions de logement (l'absence d'accès à l'eau potable et à l'électricité nécessaire à l'élaboration de biberons sains), ils ne lui auraient pas donné un tel conseil. Ils auraient alors fait une balance bénéfico-risque qui très clairement est là en faveur de l'allaitement maternel, même si celle-ci consomme des sodas. Cela m'a fait me poser des questions sur mon propre exercice médical en cabinet, et sur la nécessité d'introduire dans l'interrogatoire de base une question sur les conditions de logement des patients, essentielles à leur bonne prise en charge.

En effet, différents exemples le démontrent. Pour les enfants ou les adultes ayant un terrain allergique ou asthmatique, les traitements symptomatologiques ne suffiront pas et il sera nécessaire de soustraire le patient de l'environnement malsain favorisant la pathologie chronique pour obtenir une guérison ou une stabilisation. Il en est de même pour le saturnisme qui est un très bon exemple de l'influence du logement sur la santé. En effet, le plomb contenu dans les peintures anciennes ainsi que dans les tuyauteries des logements construits avant 1949 entraîne une intoxication. Cette intoxication est particulièrement dangereuse pour les enfants et les femmes enceintes. Elle provoque chez l'enfant à partir d'un taux de 100 à 50 microgrammes par litre de plombémie des problèmes de santé tels que : retards intellectuels et physiques irréversibles, troubles du langage, du comportement, ralentissement de la

croissance, difficultés motrices... (1). En France, en 1996, près de 85 000 enfants âgés d'un à six ans étaient concernés par ce type d'intoxication. En 2008-2009, le taux d'enfants atteints a été divisé par vingt, du fait des différentes mesures de diminution de l'exposition mises en œuvre : suppression de l'essence au plomb, amélioration de l'alimentation, traitement des eaux de distribution, politiques sociales, politiques de l'habitat, contrôle des émissions industrielles. Hormis les maladies respiratoires liées à la contamination de l'air intérieur et le saturnisme, il existe également une autre intoxication liée, elle, au système de chauffage : l'intoxication au monoxyde de carbone (CO). « La mortalité par intoxication au CO demeure à un niveau stable depuis 2003, après avoir régulièrement diminué entre la fin des années 1970 et 2000. En 2013, le taux brut de mortalité est de 0,09 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine » (2).

Ces trois exemples montrent l'importance pour le médecin généraliste de connaître les conditions de logement de son patient afin de mieux appréhender sa pathologie et les thérapeutiques préventives et curatives à mettre en place. Mais les exemples ne suffisent pas, il convient de démontrer un lien de causalité entre précarité du logement et dégradation de la santé. Pour cela nous réaliserons une étude examinant la santé perçue de consultants au CASO de Médecins du monde vivant en logement très précaire (SDF, bidonville, squat).

Avant d'aller plus loin, il semble nécessaire de définir les différents éléments de cette problématique : la santé perçue des personnes vivant en logement précaire. Ainsi nous définiront successivement les mots « santé », « santé perçue », « logement », et « précarité ».

## **I.A. Définitions**

### **I.A.1. La santé**

La santé est définie dans le dictionnaire Larousse comme un « état de bon fonctionnement de l'organisme ». Le trésor de la langue française CNRS 1992 la définit, lui comme un : « état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain, qui fonctionne harmonieusement régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté ». Ces deux définitions se cantonnent au caractère « biologique », « organique » de la santé.

Selon Montaigne (XVI<sup>ème</sup> siècle) « la maladie se sent, la santé peu ou point ». Le chirurgien René Leriche, en 1936 rejoint cette pensée avec cet aphorisme : « la santé : la vie dans le silence des organes » ; il propose alors une définition de la santé du point de vue du malade. Georges Ganguilhem en se basant sur la formule de Leriche, parlera de « la santé : concept vulgaire et question philosophique ». Il écrira : « Il n'y a pas de science de la santé... Santé n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement commun, à la portée de tous ».

En 1943, François Laplantine (anthropologue) écrira : « seule la maladie fait événement dans la vie sociale, alors que la santé comme état coutumier peut être ignorée et absente de celle-ci. » Il souligne alors la relation entre la santé et la vie sociale.

En effet en 1946 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition élargie de la santé, inchangée depuis lors : « 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 ». Cette définition inclut le caractère social de la santé mais surtout son caractère subjectif faisant appel au ressenti des personnes et trace un idéal à atteindre pour les politiques de santé publique.

San Martin dans l'ouvrage *Santé publique et médecine préventive* édité chez Paris Masson en 1983 propose une définition de la santé comme « un état organique dynamique d'équilibre socio-écologique (biologique, psychologique, social) harmonieux, entre l'individu et l'environnement global où il vit ». Cette définition souligne l'influence de l'environnement sur la santé. En effet, Emilio La Rosa dans son ouvrage *Santé, précarité et exclusion* en 1998 écrira page 29 « Etant donné que l'état de santé d'une population dépasse le fait biologique et médical. La santé doit aussi dépasser le cadre strict du médico sanitaire pour se placer comme un projet social, un projet de vie en évolution constante, qui tient compte non seulement des aspects liés au système de soin mais aussi et surtout aux conditions d'existence (économique, sociale, culturelle, éducative, environnementale). Il est clair aujourd'hui que l'individu est devenu progressivement moins dépendant de son état biologique pour être de plus en plus dépendant de son état social. C'est-à-dire de son niveau d'intégration dans la société, de sa position sociale, de ses conditions de vie, et des réponses proposées par la société aux situations et besoins rencontrés. Ces interrelations entre l'homme et son environnement déterminent l'état de santé individuel et collectif » (3).

C'est cette influence de l'environnement et notamment du logement sur la santé que l'on va tenter de montrer dans cette étude, et tout particulièrement sur le caractère subjectif de la santé : la santé perçue.

### **I.A.2. La santé perçue**

La perception de l'état de santé reflète l'appréciation globale qu'un individu porte sur son état de santé. C'est une mesure subjective de l'état de santé global d'une personne. La santé perçue est une mesure relative : des données probantes donnent à penser que les gens évaluent leur santé en fonction des circonstances dans lesquelles ils se trouvent, de leurs attentes et de leurs pairs (4).

Diverses études (INSPQ) ont montré qu'il s'agit d'une mesure fiable et valide, car il existe une bonne concordance entre cette mesure subjective et des indicateurs objectifs de santé (détérioration fonctionnelle, morbidité, mortalité, limitation des activités) (5). En outre, la santé perçue permet souvent de mieux prédire les comportements de demande d'aide et l'utilisation des services de santé que les mesures cliniques. En effet Le chirurgien Leriche écrira : « La maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir », c'est donc de la demande du malade que naît la médecine et donc la clinique.

« La confrontation sur le terrain des actions en santé en faveur des plus démunis nous conduit à analyser les notions concernant la perception de la santé [...] car ces actions peuvent être vouées à l'échec si l'on ne tient pas en compte ces concepts. C'est seulement en intégrant les représentations profanes de la santé et de la maladie qu'on pourra gagner le pari de la santé » (3).

### **I.A.3. Le logement**

L'Insee définit le logement du point de vue de son utilisation. « C'est un local utilisé pour l'habitation: séparé, c'est-à-dire complètement fermé par des murs et cloisons, sans communication avec un autre local si ce n'est par les parties communes de l'immeuble (couloir, escalier, vestibule, ...) ; indépendant, à savoir ayant une entrée d'où l'on a directement accès sur l'extérieur ou les parties communes de l'immeuble, sans devoir traverser un autre local » (6).

La définition du logement digne, propre et permanent repose sur le cumul de trois conditions indissociables. Lorsque l'une d'elles est absente, il est possible de parler d'absence de chez soi.

- Le logement est un espace physique qui permet l'accueil du ménage dans des conditions de superficie et de qualité reconnues par les textes.
- Le logement est un espace social qui permet l'accès aux services publics, favorise la vie familiale et répond aux besoins de la vie professionnelle. Il est un des éléments du lien social par son insertion dans la Cité.
- Le logement est aussi un espace légal sécurisé par le droit qui assure intimité et sécurité dans la pérennité.

Dans cette étude nous allons nous intéresser tout particulièrement à trois catégories de logement précaire :

- Le « bidonville ». Le sommet des Nations Unies à Nairobi en 2002 a retenu 5 critères permettant de caractériser les « bidonvilles » : l'accès inadéquat à l'eau potable, l'accès inadéquat à l'assainissement et aux autres infrastructures, la mauvaise qualité des logements, le surpeuplement, le statut précaire de la résidence (7). Si l'on reprend la définition précédente de l'Insee le bidonville ne correspond ni aux conditions d'un espace physique, ni d'un espace légal, ni d'un espace social et en cela ne peut garantir un habitat digne aux personnes, condition primordiale à l'exercice de leurs droits.
- Le « squat » : Cécile Péchu le définit comme « l'action d'occupation illégale d'un local en vue de son habitation ou de son utilisation collective » (8). Il existe plusieurs typologies de squat en fonction des idéologies, de l'usage fait au squat, des objectifs que les activistes poursuivent, de la perméabilité du squat à une intervention sociale, du profil des squatteurs, ou encore du caractère individuel ou revendicatif du squat. Celui-ci peut donc être très hétéroclite, mais il ne répond pas à l'un des caractères principaux d'un logement digne : la légalité.
- Les « sans domicile fixe » pourraient se définir ainsi : individus qui ne bénéficient pas ou plus d'un domicile ou d'un endroit permanent pour vivre. « En France, les définitions restent centrées sur la privation de logement. Plusieurs pays européens, au contraire, incluent au critère d'absence de logement, des critères d'exclusion sociale. En 1993, le Conseil de l'Europe avait retenu comme définition officielle au terme de « sans-logis », en le définissant comme : « une personne ou une famille socialement exclue de l'occupation durable d'un logement personnel convenable c'est-à-dire personnellement

et socialement acceptable ». En France, il n'y a pas de définition officielle des sans domicile énoncée dans une loi dont le but serait de leur procurer un hébergement ou un logement » (9).

#### I.A.4. La précarité

Nous pouvons débiter nos définitions par une définition tirée du dictionnaire « Petit Robert » ; précarité : caractère de ce qui est précaire. Précaire : dont l'avenir, la durée ne sont pas assurées. Synonymes : fragilité, instabilité, passager. Mots clés allant avec précarité : pauvreté, santé et précarité, misère, chômage, exclusion, démunis.

- Pauvreté : état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent. Insuffisance de ressources. Insuffisance matérielle ou morale.
- Exclusion : action d'exclure quelqu'un, en tenant à l'écart, en interdisant l'accès.
- Exclu : qui n'est pas accepté.

Selon Joseph Wresinski « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (10).

Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social, ... Il est important de noter qu'il y a une idée de réversibilité dans la précarité.

Emilio La Rosa, sociologue définira alors : l'exclusion comme « l'aboutissement plus ou moins masqué d'un processus de cumul d'handicaps et un phénomène de rupture du lien social (travail, habitat, famille) et de difficultés d'accès à des droits élémentaires pour un certain nombre de personnes » (3).

Tous les mots clés de la problématique ayant été définis, il convient de procéder à un état des lieux des connaissances sur le logement précaire et son lien avec la santé et notamment la santé perçue.

## I.B. Etat des connaissances

### I.B.1. Historique

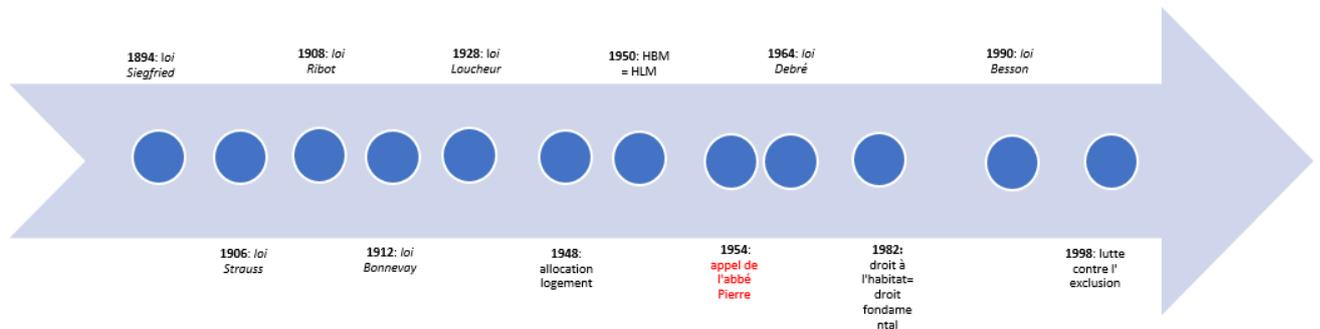
L'influence des déterminants sociaux sur la santé n'est plus à démontrer. Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle le Dr Villermé écrit dans le *Journal des Débats* du 27 novembre 1825 « avoir bien prouvé la mortalité anormale de certaines rues de Paris. La rue de la Mortellerie avait quatre fois plus de décès que les quais de l'Île-Saint-Louis, pour une population équivalente ». L'épidémie de choléra particulièrement mortelle de 1832 confirmera ses propos. « Jamais comme en 1832 la mortalité cholérique ne se juxtapose avec autant de précision à la misère et à l'insalubrité de quartiers entiers surpeuplés, et dans les termes mêmes où Louis-René Villermé avait exposé ses considérations sur la mortalité en 1824. La commission médicale nommée en pleine épidémie sut l'établir. Louis-René Villermé en fut l'un des membres les plus actifs, siégeant aux côtés de Parent-Duchatelet, Trébuchet, Villot, et participant au rapport qu'établit Benoiston de Châteauneuf en 1834. Ce bilan rejoignait toutes les études antérieures du grand hygiéniste : les plus indigents d'entre les salariés avaient vu leur mortalité augmenter d'un cinquième. Mais ce qui apparaissait encore plus troublant, c'était de retrouver parmi les demeures maudites de nombreuses habitations de la rue de la Mortellerie, les n° 5, 62, 38, 20, 114. Cette même rue qui avait tant frappé l'imagination de Louis-René Villermé dans son rapport de décembre 1824 sur la mortalité parisienne. Dans cette malheureuse rue, plus de 6 % des habitants périrent » (11). « A la même époque, Quételet en Belgique, Stanway en Angleterre effectuèrent des travaux où ils comparèrent certains aspects du développement staturo-pondéral en fonction de critères socio-économiques : milieu social « favorisé » et milieu « misérable » pour le premier, travailler en usine et ne pas être astreint à gagner sa vie pour le second. Là encore, les résultats furent extrêmement significatifs du rôle joué par ces facteurs » (12).

En France dans la lignée de Villermé, Desplanques sera le premier à démontrer en 1970 l'inégalité devant la mort prématurée selon les catégories socioprofessionnelles. En 1980 le *Black report*, paru en Angleterre est le premier à révéler le lien étroit entre la position sociale d'un individu et son état de santé, c'est le gradient de santé. Ce rapport offre les bases de l'épidémiologie sociale et reste encore aujourd'hui une référence (13).

Devant ces résultats scientifiques l'état a essayé à travers différents textes de loi d'enrayer les problèmes de santé publique entraînés par le mal logement. Il convient donc de faire également un bref récapitulatif historique du droit au logement. Dans les suites des travaux de Villermé et de l'épidémie de choléra, une première loi en 1850 vise à lutter contre l'habitat insalubre. La révolution industrielle et l'explosion de la démographie urbaine posent rapidement le problème du logement des nombreux ouvriers. A la suite du premier Congrès international des Habitations à Bon Marché à Paris en juin 1899, naît la Société Française des Habitations à Bon Marché (HBM). L'industriel et député Jules Siegfried fait voter le 30 novembre 1894 une loi qui porte son nom, qui encourage la création d'organismes d'habitations à bon marché (en mettant notamment en place des exonérations fiscales et des facilités d'emprunts). Son objectif n'est pas uniquement altruiste mais il s'agit également d'une manière de contrôler la population : « Celui qui possède ne veut pas abattre l'ordre existant » Jules Siegfried. Le 12 avril 1906 la loi Strauss vient renforcer la loi Siegfried en ajoutant un critère obligatoire aux HBM : la salubrité. Le 24 août 1908 la loi Ribot, facilite l'accès à la petite propriété surtout pour les habitants des petites villes et de la campagne. En 1910 naît l'union syndicale des locataires ouvriers et employés grâce notamment à l'impulsion de Georges Cochon, syndicaliste. On parle alors pour la première fois de droit au logement. C'est le 23 décembre 1912 que la loi Bonnevey, est votée. Elle institue les Offices publics communaux et départementaux d'HBM et introduit un nouveau critère dans l'appréciation des logements : désormais le loyer maximum est fonction du nombre de pièces du logement. Le 13 juillet 1928, la loi Loucheur est votée et prévoit la construction de 260 000 logements à bon marché sur 5 ans, en locatif comme en accession, dont 60 000 logements à loyer moyen. Elle consacre l'intervention de l'État en matière de logement et crée le logement locatif intermédiaire. Toutes ces lois définissent plutôt un droit du logement, qui vise à améliorer les conditions de logement des personnes qui en ont un mais on n'aborde toujours pas le droit au logement pour ceux qui n'en ont pas. C'est la seconde guerre mondiale (qui laisse un parc de logement majoritairement en ruines) et l'explosion démographique de la France avec le baby-boom qui encouragent l'état à construire de nombreux logements d'urgence, et à créer un droit de réquisition au bénéfice des sans-abris. « La loi du 1er septembre 1948 crée l'allocation logement et réorganise le marché du logement avec pour objectif la rentabilisation des capitaux immobiliers investis. Elle institue le droit au maintien dans les lieux pour les locataires des immeubles anciens et du parc locatif social. Le Fonds National pour l'Amélioration de l'Habitat, ancêtre de l'ANAH, est créé. La loi du 21 juillet 1950 accélère la construction de

logements, notamment en accession à la propriété, grâce aux primes et prêts à long terme du Crédit Foncier » (14). Les HBM deviennent les Habitations à Loyer Modéré (HLM). « L'appel de l'abbé Pierre, le 1er février 1954, va profondément bouleverser la France et provoquer un immense mouvement d'entraide : "l'insurrection de la bonté". Des cités d'urgence sont édifiées partout en France : plus de 12 000 logements dans 220 villes. Autres nouveautés de l'année 1954 : la création de l'Épargne Construction et la naissance de la première réglementation sur les attributions de logements sociaux » (14). La loi du 14 décembre 1964, dite loi Debré, autorise les communes à exproprier les terrains sur lesquels sont installés les bidonvilles, afin de les aménager pour construire des logements. Mais ce n'est pas avant la loi du 22 janvier 1982 relative aux droits et obligations des locataires et bailleurs sociaux qu'est énoncé le droit à l'habitat comme un droit fondamental. Cet article est abrogé en 1986 puis rétabli en 1989 en changeant le droit à l'habitat par le droit au logement. « La loi du 31 mai 1990, dite loi Besson, vise à « la mise en œuvre du droit au logement » et affirme, dans son article 1, que « garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation ». » Puis la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions réserve une très grande partie de ses articles au logement et aux outils pour rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux. Le 5 mars 2007 le droit au logement opposable avec la loi DALO est adopté. Alors que les lois précédentes obligeaient l'état à une obligation de moyen, cette dernière crée un recours juridictionnel, désigne une autorité responsable avec une obligation de résultat. Malgré ces outils judiciaires l'Etat peine à enrayer la crise du logement provoquée par la crise économique et migratoire, et se retrouve souvent hors la loi encore aujourd'hui.

Figure 1 : Frise chronologique du droit au logement.

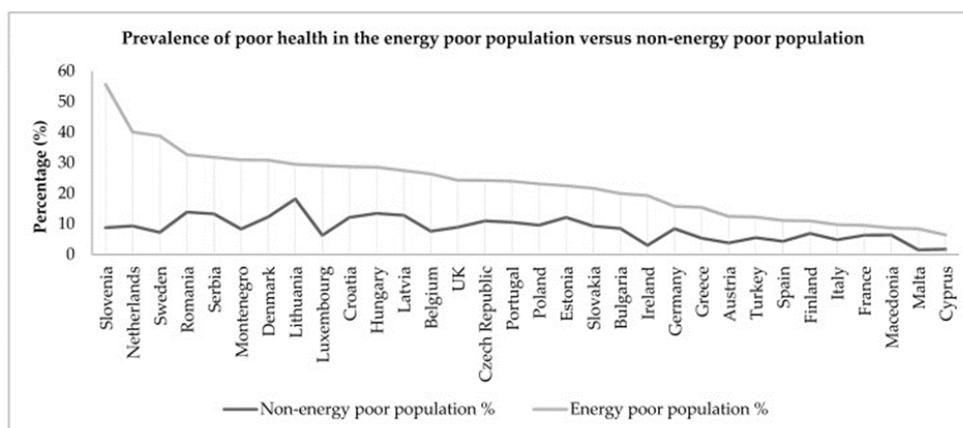


Si l'influence des déterminants sociaux n'est plus vraiment à démontrer, l'influence du logement et de sa nature sur la santé est restée pendant longtemps non élucidée. Les études actuelles cherchent à rattraper le retard dans ce domaine, nous allons en décrire quelques-unes dans le paragraphe suivant.

## I.B.2. Etudes actuelles

En Europe, les premiers à s'intéresser à cette problématique sont les britanniques avec une étude européenne de grande envergure datant de 2004 et visant à montrer l'impact sur la santé de la précarité énergétique et le surcoût pour la société que cela entraîne. L'étude *Housing, Fuel Poverty and Health : a Pan-European Analysis* montre un fort lien de causalité entre la précarité énergétique et la mortalité prématurée, particulièrement hivernale (15).

Figure 2: graphique montrant la prévalence de la santé précaire parmi les populations de 32 pays européens soumis à la précarité énergétique versus ceux non soumis à la précarité énergétique



Cette étude à l'échelle européenne a conclu que la population exposée à la pauvreté énergétique est statistiquement plus à même de rapporter une santé perçue générale et mentale dégradées que la population non exposée. Elle montre également la nécessité d'investissements publics dans la réhabilitation des logements exposés à la précarité énergétique afin de faire des économies *in fine* dans le domaine des dépenses en santé. Ils ont montré notamment qu'un euro investi dans la rénovation thermique permet d'économiser 0,42€ sur les dépenses de santé.

La France était jusqu'alors dépourvue d'études à ce sujet ; c'est la fondation Abbé Pierre qui s'intéresse depuis sa création à cette problématique du mal logement, qui commandera en 2014 une étude sur l'impact de la précarité énergétique sur la santé : *Quand le logement rend malade*. Cette étude a été confiée au CREAL-ORS Languedoc-Roussillon, et réalisée sur deux terrains : l'Est de l'Hérault et le Douaisis » (16).

« Le travail engagé au travers de cette étude a pu mettre en évidence des effets de la précarité énergétique sur la santé des personnes » (17), comme le montrent les tableaux ci-après.

	Exposés à la précarité énergétique		Non exposés à la précarité énergétique		Total	p	
						brut	ajusté*
Santé générale	55,5 ± 20,5	64,2 ± 20,9	59,2 ± 21,1	<0,005	<0,05		
Santé physique	51,6 ± 28,7	55,7 ± 28,1	53,3 ± 28,4	NS	NS		
Santé mentale	52,6 ± 27,8	62,2 ± 27,4	56,6 ± 27,9	<0,05	0,058		
Santé sociale	63,2 ± 20,3	74,0 ± 20,3	67,7 ± 20,9	<0,001	<0,005		
Estime de soi	64,6 ± 21,3	69,0 ± 23,9	66,4 ± 22,5	NS	NS		
Anxiété	55,0 ± 22,2	51,7 ± 21,3	53,6 ± 21,8	NS	NS		
Dépression	51,6 ± 28,3	43,2 ± 28,2	48,1 ± 28,5	<0,05	0,059		

\* ajustement sur l'âge et le fait de vivre sous le seuil de pauvreté

Valeurs manquantes : 13 à 34 – 5,5 à 14,4 %  
Source : Étude CREAI-ORS LR – GEFOSAT Hérault 2012

Tableau 1 : Exposition à la précarité énergétique et sante perçue (selon le profil de santé de Duke), étude CREAI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012

	Exposés à la précarité énergétique		Non exposés à la précarité énergétique		Total		p	
	n	%	n	%	n	%	brut	ajusté*
	Asthme	17	12,6	6	6,5	23	10,1	NS
Bronchite chronique, emphysème	35	25,9	4	4,3	39	17,1	<0,001	<0,005
Hypertension	18	13,5	17	18,1	35	15,4	NS	NS
Infarctus du myocarde, angine de poitrine	5	3,7	6	6,4	11	4,8	NS	NS
Accident vasculaire cérébral	1	0,7	4	4,3	5	2,2	NS	--
Tumeur maligne	3	2,2	1	1,1	4	1,7	NS	--
Diabète	6	4,5	4	4,3	10	4,4	NS	NS
Arthrose, arthrite rhumatisme	48	35,0	28	30,1	76	33,0	NS	<0,05
Anxiété, dépression	54	40,0	29	31,2	83	36,4	NS	0,087
Migraine, maux de tête	72	52,9	24	25,5	96	41,7	<0,001	<0,001
Allergie (hors asthme)	44	32,8	25	26,9	69	30,4	NS	NS
Tuberculose	1	0,7	0	0,0	1	0,4	NS	--
Saturnisme	1	0,7	0	0,0	1	0,4	NS	--

\* ajustement sur l'âge et le fait de vivre sous le seuil de pauvreté – les analyses multivariées permettant l'ajustement n'ont pas été réalisées quand moins de 10 sujets étaient concernés par la pathologie étudiée

Valeurs manquantes : 6 à 9 – 2,5 à 3,8 %  
Source : Étude CREAI-ORS LR – GEFOSAT Hérault 2012

Tableau 2 : prévalence des maladies chroniques chez les exposés et les non exposés à la précarité énergétique chez les adultes de 16 ans et plus, étude CREAI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012.

	Exposés à la précarité énergétique		Non exposés à la précarité énergétique		Total		p	
	n	%	n	%	n	%	brut	ajusté*
<b>Rhume ou angine</b>	113	80,7	58	61,1	171	72,8	<0,001	<0,01
<b>Bronchite aiguë, pneumonie</b>	36	25,9	9	9,5	45	19,2	<0,005	<0,05
<b>Grippe</b>	50	35,7	14	14,7	64	27,2	<0,001	<0,05
<b>Diarrhée</b>	52	37,1	26	27,4	78	33,2	NS	NS
<b>Intoxication au CO</b>	1	0,7	0	0,0	1	0,4	NS	--
<b>Accident domestique</b>	7	5,0	2	2,1	9	3,8	NS	--

\* ajustement sur l'âge et le fait de vivre sous le seuil de pauvreté – les analyses multivariées permettant l'ajustement n'ont pas été réalisées quand moins de 10 sujets étaient concernés par la pathologie étudiée

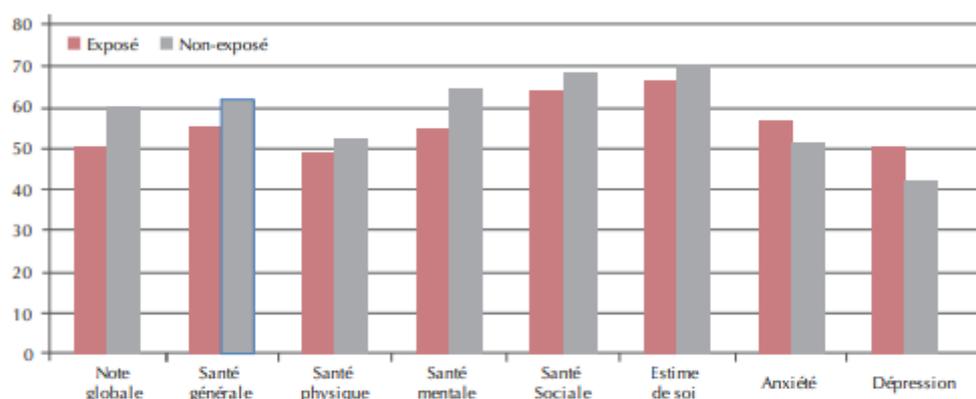
Valeurs manquantes : 1 à 2 – 0,4 à 0,8 %

Source : Étude CREAI-ORS LR – GEFOSAT Hérault 2012

Tableau 3 : prévalence des problèmes de santé aigus chez les exposés et les non exposés à la précarité énergétique, étude CREAI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012

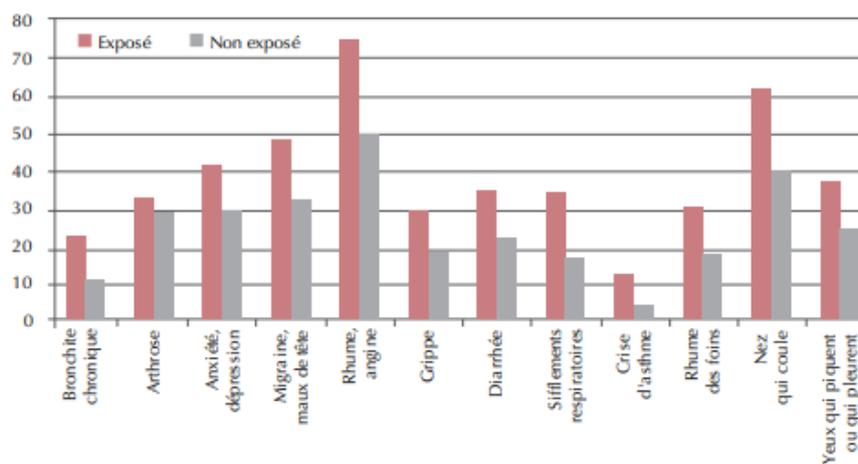
Les résultats montrent que les personnes exposées à la précarité énergétique ont une perception de leur santé moins bonne que les personnes qui n'y sont pas exposées. Des problèmes de santé chroniques respiratoires, ostéoarticulaires, neurologiques ou de type dépressif apparaissent plus fréquemment dans le groupe exposé. L'étude des pathologies aiguës montre une plus grande sensibilité des personnes de ce groupe aux pathologies hivernales qui, pour les rhumes et les angines, se retrouve aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Ces résultats peuvent aussi se présenter sous forme de graphique, ci-après.

Figure 3: Graphique santé perçue exposés/non exposés à la précarité énergétique, étude CREAMI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012



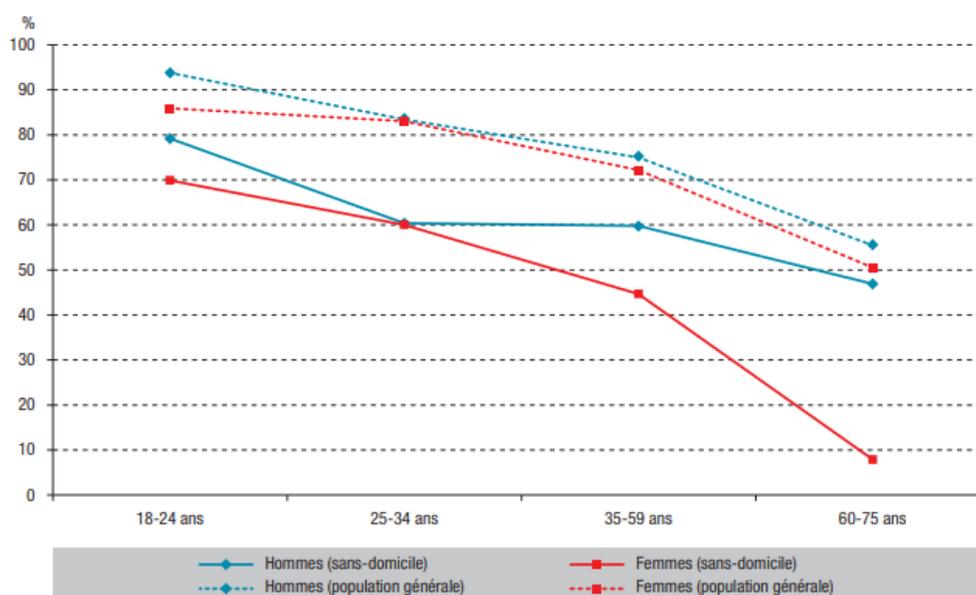
Lecture : La moyenne est figurée par la barre rose pour les personnes exposées à la précarité énergétique et par la barre grise pour celles qui ne le sont pas. Plus la note obtenue est élevée, plus l'état observé est à un niveau élevé. Les scores sont des notes sur 100.

Figure 4: Graphique pathologies aiguës et chroniques exposés /non exposés à la précarité énergétique, étude CREAMI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012.



Une autre étude française de 2012 s'intéresse, elle, à la population particulière des sans-domicile-fixe. Les résultats retrouvent une perception de la santé dégradée avec seulement 1 personne SDF sur deux (55%) qui perçoit son état de santé comme « bon » ou « très bon », 22% le perçoit comme « assez bon » et 23% comme « mauvais » ou « très mauvais ». Et ce même si la population SDF a une structure par âge plutôt jeune. Quel que soit l'âge, les femmes sans domicile se déclarent en moins bonne santé que les hommes et surtout à partir de 60 ans où une femme sur 10 se déclare en bonne santé contre 1 homme sur 2 sans domicile.

Figure 5: Part des individus qui se déclarent en "bonne" ou en "très bonne" santé parmi la population des personnes adultes sans-domicile comparée à la population générale selon le sexe et le groupe d'âge. France 2012



Lecture : 70 % des femmes sans domicile âgées de 18 à 24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé.  
 Source : Ined, Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012. Irdes, Enquête santé et protection sociale, 2012.  
 Champ : Population âgée de 18 ans à 75 ans. France métropolitaine.

Cette mauvaise santé perçue repose sur plusieurs marqueurs de santé physique dégradés. Près de 24% des personnes sans domicile déclarent être en partie édentées et 7% l'être totalement ou presque (18). « Quels que soit le sexe, l'âge, les personnes sans domicile se jugent en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Le cumul des déclarations d'un état de santé « bon » et « très bon » est proche de 55% quand celui de l'ensemble des individus âgés de 18 ans et plus avoisine 69% selon les données d'ESPS 2012 » (18). Muriel Moisy conclut son article par le fait que « cette étude atteste aussi du fait que les personnes sans domicile ne sont pas égales face à la santé du fait même de l'hétérogénéité qui caractérise cette population, regroupée sous l'appellation de « sans domicile ».

« Ce constat n'est pas nouveau, même si cette diversité s'est accentuée ces dernières années avec une population sans domicile où les femmes, les familles et les étrangers sont d'avantage représentés qu'auparavant, ce qui entraîne de nouveaux enjeux en matière de santé, notamment en termes de prévention, de prise en charge et de couverture santé. (...) La prévention est d'autant plus importante pour les populations précaires car il a été montré que cette population à recours aux soins tardivement alors qu'elle présente plus fréquemment des maladies chroniques » Mais pour que ces messages de prévention aient un impact, il faudra les adapter et les faire parvenir aux populations ciblées. Pour cela il faut comprendre leur perception de ce que sont la santé et la maladie. « Ce constat d'une moins bonne santé conforte la nécessité de reconduire, à intervalles réguliers, une enquête spécifique auprès d'une population qui échappe le plus souvent aux grandes enquêtes en population générale » (18).

Une autre étude légèrement plus récente (2014) d'Anne-Claire Colleville s'intéresse également à l'impact des conditions de logements dégradés sur la santé (19). Cette étude fait le constat d'une majoration des dégradations dans les logements d'après l'INSEE 2013 comme le montre le tableau ci-dessous.

Désordres dans le logement	2011	2012
Sans confort sanitaire	1,3%	1,2%
Absence de chauffage	4,9%	4,9%
Fuite du toit, humidité, moisissures	10,6%	12,1%

Tableau 4 : Désordres dans le logement en 2011 et 2012 en France, enquête SRCV, Insee

Elle décrit également une émergence de la précarité énergétique avec près d'un français sur 5 concernés selon l'ONPE 2014. Cependant elle met en évidence des connaissances parcellaires dans ce domaine et souligne que les statistiques publiques traitent soit du logement soit de la santé mais rarement des deux et couvrent très peu les conditions de logement très précaires.

Les résultats de l'étude montrent qu'un quart de la population et 23,5 % des ménages vivent dans des conditions de logement dégradées ou très dégradées. Parmi eux 6 % des personnes et

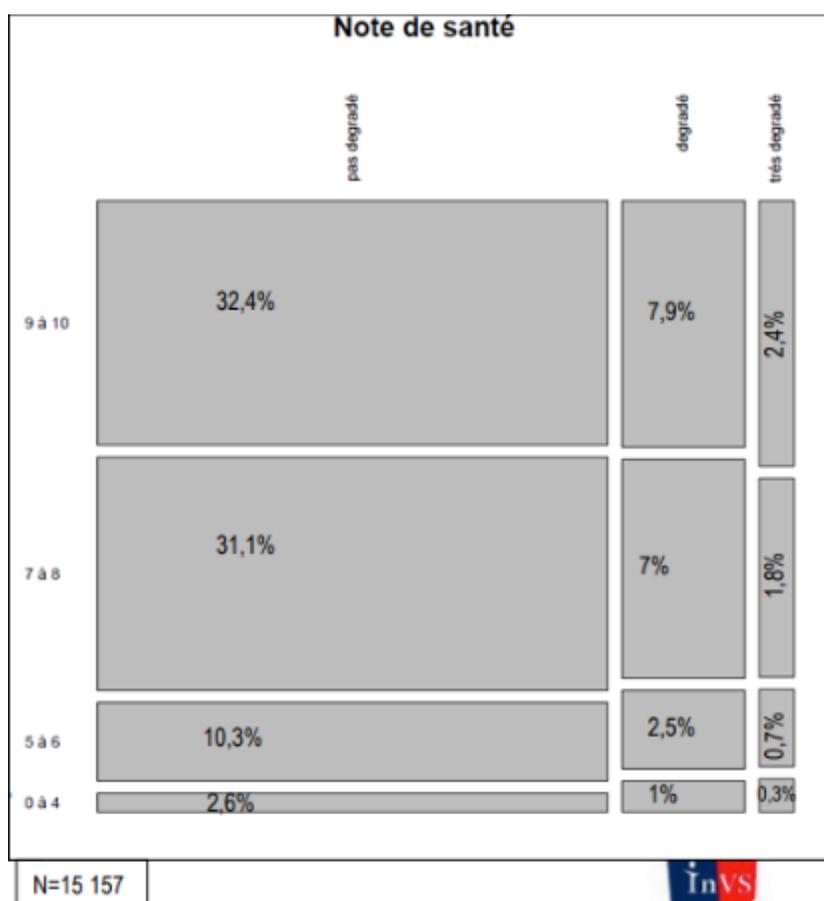
5,6% des ménages vivent dans des conditions très dégradées de logement (deux conditions de dégradations au moins réunies).

Conditions de logement	Pas dégradées		Dégradées		Très dégradées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Logements	20 655 532	76,2%	4 933 474	18,2%	1 517 992	5,6%
Personnes	47 073 926	75%	11 925 395	19%	3 765 914	6%

Tableau 5 : Effectifs et pourcentages de conditions de logement "pas dégradées", "dégradées" et "très dégradées" en France selon l'InVS en 2012

Ils montrent également que ces conditions de logement dégradées semblent favoriser l'expression des notes de santé extrêmes.

Figure 6 : Dégradation du logement et note de santé selon l'InVS en France en 2012





Le profil de santé de Duke est un auto-questionnaire de 17 questions mesurant cinq dimensions indépendantes de la santé (physique, mentale, sociale, perçue et estime de soi), un score de santé général et quatre dysfonctions (anxiété, dépression, douleur et incapacité). Chacun de ces éléments varie sur une échelle de 0 (bonne santé ressentie) à 100 (mauvaise santé ressentie).

Une autre étude française s'intéresse, elle, au parcours des personnes ayant vécu en bidonville : *Du bidonville à la ville : vers la "vie normale" ? Parcours d'insertion de personnes migrantes ayant vécu en bidonvilles en France* (7). « En France, entre 15 000 et 20 000 personnes vivent en campements illicites et bidonvilles. Elles sont pour la plupart migrants intra-européens originaires de pays membres de l'Union européenne qu'ils ont quittés pour des raisons principalement économiques. Ces formes d'habitats particulièrement indignes et souvent dangereuses, installées sans droit ni titre sur des espaces publics ou privés, soulèvent des questions liées à l'ordre public, à la sécurité des personnes et à l'accès aux droits fondamentaux. Mais elles posent aussi fondamentalement la question de l'insertion, en France ou dans leur pays d'origine, des personnes qui y vivent. C'est en apportant des réponses à cette question que nous pourrions atteindre, sur le long terme, l'objectif de résorption de ces campements et bidonvilles ».

Les expulsions et les évacuations, réponses majoritairement apportées aux bidonvilles depuis plusieurs années, aggravent la situation globale des personnes, passant totalement à côté de l'objectif de leur résorption dans le respect des droits et de la dignité des personnes. Il faut par conséquent améliorer les dispositifs existants, leur accès et peut-être construire de nouvelles approches pour apporter des solutions permettant à tout un chacun d'accéder pleinement au droit commun, de se voir offrir des perspectives et de pouvoir poursuivre son projet de vie.

Il existe une autre étude, basée elle sur la situation des familles vivant en logement précaire du Samu social de Paris. Il s'agit d'un rapport d'enquête de l'ENFAMS (21) qui expose les premiers résultats d'une étude quantitative réalisée par l'Observatoire du Samu social sur les enfants et famille sans logement en île de France en 2013.

L'étude montre notamment que les familles se perçoivent en plus mauvaise santé que la population générale, mais en meilleure santé que les personnes sans domicile isolées. En ce qui concerne la santé générale ressentie, 54 % la perçoivent bonne ou très bonne ; en revanche, pour la santé physique, seulement 48% la perçoivent comme bonne ou très bonne et cela se

dégrade pour la santé émotionnelle, avec seulement 39% la percevant comme bonne ou très bonne. Si la moitié considère avoir un état de santé général bon ou très bon (54%), cela se dégrade quand il s'agit de leur santé physique (48%), ou plus encore de leur santé émotionnelle (39%). Elle montre donc un important gradient social sur la santé ressentie.

Un autre résultat préoccupant et paradoxal de cette étude est que l'on observe un plus grand renoncement aux soins chez les personnes déclarant avoir des problèmes de santé et se percevant en mauvaise santé.

Cette étude a également montré que le type d'hébergement a une influence sur l'insécurité alimentaire. Ainsi les familles hébergées à l'hôtel sont les plus vulnérables avec 55% d'insécurité alimentaire modérée à sévère. Lorsque la famille doit participer financièrement à l'hébergement les prévalences d'insécurité alimentaire modérée à sévère augmentent. Enfin l'instabilité résidentielle et le nombre de déménagement entraîne des prévalences d'insécurité alimentaire sévères plus élevées.

« Ces premiers résultats – bien qu'exploratoires – permettent d'ores et déjà de dresser un portrait préoccupant de la situation sanitaire de ces familles. Les conséquences en termes de santé publique sont d'autant plus alarmantes que ces conditions extrêmes auront sur le long terme un retentissement sur la santé de la mère elle-même mais probablement, comme l'ont largement montré les études nord-américaines, sur leurs enfants ».

Ces différentes études mettent toutes en évidence un lien entre logement précaire et santé perçue dégradée. Devant le constat d'un « système de santé performant mais inéquitable », il est urgent d'apporter des réponses à la persistance des inégalités sociales en santé sur le territoire français.

La nouvelle loi de Santé promulguée en janvier 2016 se présente comme une évolution des orientations politiques de santé publique dont l'objectif premier est la modernisation de la mesure de ce constat et la priorisation d'une réponse à la persistance des inégalités sociales de santé sur le territoire français. Ainsi, la santé de toutes et tous, devient un enjeu national. La conférence de l'OMS à Rio en 2011 puis à Helsinki en 2013 avait déjà réaffirmé le principe d'équité sociale, et celui d'un impact majeur sur la santé des déterminants sociaux tels que le logement. Ainsi les politiques publiques doivent mettre en place des solutions et pas uniquement sur le plan sanitaire pour limiter ces inégalités en santé.

Une fois dressé l'état des lieux des études existantes sur le sujet de l'influence des conditions de logement sur la santé, il convient maintenant de faire un justificatif de notre étude.

## I.C. Justification de l'étude

Les travaux de Maslow (1954) ont permis de classer les besoins humains par ordre d'importance en 5 niveaux. L'idée est que l'on ne peut agir sur les motivations « supérieures » d'une personne qu'à la condition expresse que ses motivations primaires (besoins physiologiques et sécurité) soient satisfaites. Nous allons donc dans cette étude nous intéresser à un besoin physiologique : la santé et à un besoin de sécurité que constitue le logement. Ce n'est qu'après la satisfaction de ces deux besoins que la personne pourra se projeter dans l'avenir.

Figure 8: Pyramides des besoins de Maslow



Lorsque le logement ne répond plus à sa fonction première de protection, il rend insécure, représente une menace et entraîne découragement, stress, angoisse, dépression. La santé perçue dont la santé psychique rapportée est détériorée. Ce qui entraîne un repli sur soi, un isolement social.

Outre les travaux de Maslow, ce sont surtout les chiffres de plus en plus importants qui nous amène à nous intéresser à cette problématique du logement et de la santé. En effet, le rapport précarité santé de 2017 recense en 2015 en France 8,8 millions de personnes, soit 14,1% de la

population française qui dispose pour vivre d'une somme inférieure au seuil de pauvreté (1008€/mois une personne, 2116 €/mois pour un couple avec deux enfants). Le revenu médian des personnes pauvres s'élève à 805€/mois. La pauvreté concerne un enfant sur cinq, soit trois millions. La pauvreté est un phénomène massif qui s'accroît dans notre pays, avec une augmentation d'un million de personnes pauvres entre 2004 et 2014 (22). La Fondation Abbé Pierre estime aujourd'hui à 3,5 millions le nombre de mal-logés, parmi lesquels près de 700 000 personnes connaissent des formes graves d'exclusion, sont privées de domicile personnel, dorment à la rue ou dans des habitations de fortune. Entre 2001 et 2013, le nombre de personnes sans domicile fixe a augmenté de 50 % tandis que simultanément notre pays a vu se diversifier les recours à des formes de « non-logement ». La réapparition des bidonvilles est une des facettes de cette réalité : désormais, entre 15 000 et 20 000 personnes (sur)vivent dans des bidonvilles dans des conditions de précarité extrême. Selon le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en 2016 il y a en France au moins 140 000 personnes vivant à la rue de façon occasionnelle ou permanente (« SDF »). On estime que 32% d'entre elles présentent un trouble psychiatrique sévère, 25% n'ayant jamais eu recours aux soins et la moitié ayant des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.) (22). Les facteurs de risque favorisant ces troubles sont des difficultés sociales précoces, des événements de vie graves, un faible niveau scolaire, une enfance perturbée. Ils sont accentués par une mauvaise utilisation des services sanitaires et sociaux existants. De plus les préoccupations sanitaires leur sont secondaires (23). En décembre 2015, *L'état des lieux des campements illicites* réalisé par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) recensait 582 bidonvilles et squats occupés par 17929 personnes, dont environ 4 000 enfants. Les bidonvilles, présentent des risques sanitaires évidents du fait de leur localisation (risques liés au réseau routier ou à la pollution des sols) mais aussi du fait de l'absence de traitement des déchets (selon la DIHAL au moins 1300 personnes vivent dans des bidonvilles sans aucune forme de traitement des déchets) et de l'absence d'accès à un point d'eau (plus de 3700 personnes vivent dans des bidonvilles sans point d'eau). Et ce d'autant que les autorités sont souvent réticentes à installer un point d'eau potable pour éviter des installations pérennes. L'accumulation des ordures, la promiscuité et l'absence d'accès à un point d'eau et à l'électricité favorisent la prolifération de rongeurs, la recrudescence d'épidémies (tuberculose, shigelle), mais aussi de pathologies psychiques. La mortalité néonatale en bidonville est huit fois supérieure à la moyenne française et la mortalité infantile y est cinq fois supérieure. L'espérance de vie s'y établirait entre 50 et 60 ans. Les personnes vivant dans ces bidonvilles

sont à 85% des ressortissants européens, citoyens roumains ou bulgares. Ils sont particulièrement présents dans les régions Ile de France, Pays de la Loire et PACA (24). L'étude de l'INVS montre qu'un quart de la population et 23,5% des ménages vivent dans des conditions de logement dégradées ou très dégradées, dont 6% vivent dans des conditions très dégradées de logement (17). Ces chiffres démontrent l'urgence à rendre une politique d'accès à l'hébergement et au logement décent effective permettant une vie familiale saine. La majoration de ce phénomène nous pousse à nous intéresser à ce problème de santé publique qu'est le logement.

En plus de ces chiffres et de la majoration de ceux-ci cette population précaire du fait de sa situation d'exclusion sociale est sous, voire non représentée dans les enquêtes nationales. « La population des personnes sans domicile n'est pas représentée dans les enquêtes classiques en population générale, et rares sont les études quantitatives qui rassemblent des données nationales pour appréhender l'état de santé de cette population vulnérable » (18). La population précaire est par définition en position d'exclusion de notre société et donc, de fait, exclue des enquêtes et études portant sur la santé de la population française.

Le facteur principal et visible de la précarité est l'absence de logement ou des conditions de logement précaire. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé pose le logement comme une « condition préalable en matière de santé ». Ce qui nous amène à nous intéresser particulièrement à ce facteur. Comme nous l'avons vu, la pauvreté énergétique est de plus en plus étudiée notamment en Grande Bretagne avec l'étude *Housing poverty* (15), et en France avec l'étude de la fondation Abbé Pierre de 2012 (16), mais les personnes vivant dans des conditions de logement très dégradées ne sont que très peu étudiées. De plus, lorsque des études s'intéressent à cette catégorie de la population, « le critère d'inclusion des enquêtes statistiques de l'INED et de l'Insee [...] est le recours à un service d'hébergement (centres d'hébergement, places d'hébergement d'urgence, résidences sociales, appartements ou chambres d'hôtel pris en charge par des organismes publics ou des associations) et/ou de restauration (distribution de repas chauds). Or, une enquête menée par l'INED avec des personnes contactées par des services itinérants (« maraudes ») a montré que, parmi les 96 répondants au questionnaire 17 n'ont pas recours aux services d'hébergement et de restauration » (25). Ces personnes restent donc exclues des études.

J'ai choisi comme critère principal, la santé perçue car celle-ci est facilement recueillie grâce à une simple question. La perception de l'état de santé reflète l'appréciation globale qu'un

individu porte sur son état de santé. C'est une mesure subjective de l'état de santé global d'une personne. Diverses études (INSPQ) ont montré qu'il s'agit d'une mesure fiable et valide, car il existe une bonne concordance entre cette mesure subjective et des indicateurs objectifs de santé (détérioration fonctionnelle, morbidité, mortalité, limitation des activités) (5). En outre, la santé perçue permet souvent de mieux prédire les comportements de demande d'aide et l'utilisation des services de santé que les mesures cliniques. Il a été montré que les personnes en situation de précarité ont recours aux soins le plus souvent tardivement quand le problème de santé devient une barrière dans la vie quotidienne ou le travail, il est donc important de connaître la perception de leur état de santé qui sera un indice fort de recours aux soins. « La confrontation sur le terrain des actions en santé en faveur des plus démunis nous conduit à analyser les notions concernant la perception de la santé [...] car ces actions peuvent être vouées à l'échec si l'on ne tient pas en compte ces concepts. C'est seulement en intégrant les représentations profanes de la santé et de la maladie qu'on pourra gagner le pari de la santé » (3).

Malgré ces études déjà menées (voir état des connaissances) la bibliographie sur ce problème de santé publique reste pauvre ; il nous semble important de confirmer les résultats obtenus sur le lien entre logement précaire et perception dégradée de la santé ; surtout en ce qui concerne les personnes vivant en logement très précaire (sans domicile fixe, vivant en squat ou bidonville) qui restent la plupart du temps exclues des études.

En résumé, une part importante de la population est concernée par une forme de dégradation de son habitat alors que le logement est posé dans la charte d'Ottawa comme un préalable en matière de santé. En effet comme nous avons pu le voir précédemment les différentes études sur le sujet montrent que la santé dans sa globalité est altérée par l'exposition à la précarité énergétique ou un logement précaire, mais il convient de confirmer ces résultats devant une bibliographie relativement restreinte, l'absence d'étude quantitative portant sur la population en logement très précaire, et l'occupation de plus en plus importante dans l'actualité de ce problème de société qu'est l'accès à un logement digne.

C'est pour ces différentes raisons que nous avons réalisé l'étude décrite dans la méthode ci-dessous.

## II. METHODE

---

### II.A. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de montrer l'influence des conditions de logement précaires sur la perception de leur santé des individus. Nous souhaitons particulièrement montrer que les personnes vivant en logement très précaire (sans-domicile-fixe, et personnes vivant en squat ou bidonville) ont une santé perçue dégradée par rapport à celle de la population générale.

### II.B. Type d'étude

Pour cela nous réaliserons une étude quantitative, prospective, descriptive sur une période d'inclusion de 8 mois d'avril 2018 à fin novembre 2018. Cette étude sera monocentrique et se déroulera sur le site du CASO de MDM Montpellier situé au 18 rue Henri Durant.

Des permanences s'y réalisent 3 jours par semaine, le lundi de 14 à 17h, le mercredi de 14 à 17h et le vendredi de 9h à 12h.

Il s'agit d'une étude transversale, c'est-à-dire descriptive, dont le principe est essentiellement de recueillir simultanément des informations sur expositions et événements de santé permettant d'identifier des relations entre eux. Ici on étudiera l'exposition à un logement très précaire et l'événement de santé : la dégradation de la santé perçue.

### II.C. Critère de jugement principal

Notre critère de jugement principal est l'état de santé perçue. Il sera partagé en plusieurs catégories : un état de santé perçue « très bon », « bon », « moyen », « mauvais », et « très mauvais ».

### II.D. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion seront donc : âge >18 ans ; situation actuelle vis-à-vis du logement : sans domicile fixe (à la rue) ; occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) ; occupant un terrain sans droit (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée, ...).

## II.E. Variables recueillies

L'étude se base sur un questionnaire de routine appartenant au logiciel Maïa qui se partage en plusieurs onglets. Ce logiciel est utilisé dans tous les CASO MDM de France. L'onglet « Accueil » comprend notamment des questions sur les conditions de logement et sur la santé perçue, qui seront posées par les bénévoles chargés de l'accueil des bénéficiaires.

Figure 9: Capture d'écran de l'onglet accueil "Conditions de vie" et "Logement" du logiciel Maïa de Médecins du Monde

The screenshot shows the 'Conditions de vie' and 'Logement' section of the Maïa software interface. The interface is in French and contains several questions with radio button options and a dropdown menu.

**Situation familiale (au jour de la 1<sup>re</sup> visite)**

Vivez-vous actuellement en couple (marié, pacsé, concubinage), en France ?  Oui  Non  (Annuler)

Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?  Oui  Non  (Annuler)

Combien d'enfants mineurs avez-vous à charge, en France ?

**Logement (au jour de la 1<sup>re</sup> visite)**

Concernant le logement, quelle est votre situation actuellement ?

Temporaire / Instable  Stable  (Annuler)

Buttons: Suivant, Enregistrer et quitter, Enregistrer

**Dropdown menu options:**

- Sans domicile fixe (à la rue)
- Hébergement d'urgence (HIS, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée ≤ 15 jours
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour une durée > 15 jours (hôtel, foyer, CADA, etc.)
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal, bidonville, hangar, usine désaffectée, ...)
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- Hébergé par un réseau/collectif militant / hébergement solidaire
- Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)
- Autre

Figure 10: Capture d'écran de l'onglet accueil "santé perçue" du logiciel Maïa de médecins du Monde

The screenshot shows the 'santé perçue' section of the Maïa software interface. The interface is in French and contains a dropdown menu, radio button options, and a table for rating perceived health.

**Situation vis-à-vis de la couverture maladie**

Pour plus d'information sur la PUMA cliquez ici. (Ouvre une nouvelle fenêtre)

Selon la loi, de quel dispositif relève la personne (droits théoriques) ?

Relève de la couverture de base et de la complémentaire (CMLJc)

Avez-vous une couverture maladie française (droits effectifs) ?

Aucune couverture maladie

Une demande est-elle en cours ?  Oui  Non  (Annuler)

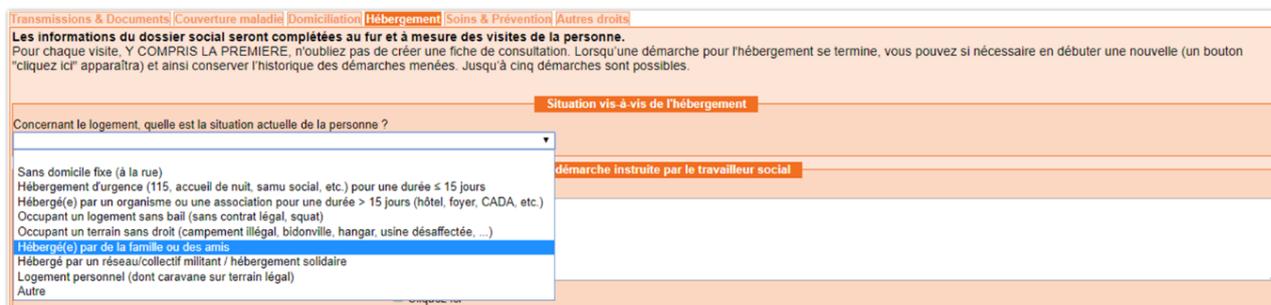
**Etat de santé perçue (facultatif)**

Les 3 questions suivantes permettent de documenter l'état de santé perçu par la personne.

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais	
Comment est votre état de santé général ?	<input type="radio"/>					
Comment est votre état de santé physique ?	<input type="radio"/>					
Comment est votre état de santé psychologique et émotionnel ?	<input type="radio"/>					

L'onglet « Social » comprend également des questions sur les conditions d'hébergement et sera lui abordé lors de la consultation sociale réalisée par l'assistant social salarié de l'association ou un de ses stagiaires.

Figure 11: Capture d'écran de l'onglet social "logement" du logiciel Maïa de médecin du monde



## II.F. Ethique

L'association Médecins du monde utilise le logiciel « Maïa » ou « Voozadoo » qui possède une autorisation du CNIL à jour pour l'analyse des données à des fins statistiques. Le logiciel Maïa garantit une sécurisation des données, « Voozadoo » inclut des fonctionnalités permettant de respecter les contraintes posées par la CNIL. La création des profils d'utilisateur (médical, social, accueil, etc.) permet des droits et des accès différenciés aux dossiers ce qui garantit le secret médical.

Un avis a été demandé au référent du comité d'éthique CNGE au DMG de Montpellier Nîmes, concernant le Comité de Protection des Personnes : l'utilisation d'un logiciel préexistant et déjà utilisé ne demande pas une autorisation spécifique du CPP.

Une réunion d'information a été réalisée au préalable de la période d'inclusion afin d'informer les bénévoles de la réalisation de ce travail de thèse, et obtenir ainsi un remplissage rigoureux du logiciel.

Un affichage a été mis en place à la fois pour prévenir les bénévoles n'ayant pas pu se rendre à la réunion d'information et pour prévenir les usagers de l'utilisation des données de manière anonyme pour la réalisation d'un travail de thèse en médecine.

## II.G. Taille de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon a permis de retrouver un chiffre nécessaire d'environ 150 inclusions. L'analyse des données rétrospectives du logiciel Maïa montre qu'il y a 22% des

consultants du CASO qui correspondent aux critères d'inclusion de notre étude. Le nombre de consultants par demi-journée est très variable, il peut aller d'une à une vingtaine de personnes.

## **II.H. Etude témoin**

L'objectif de l'étude étant d'étudier l'impact des conditions de logement sur la santé perçue, il nous aurait fallu dans l'idéal effectuer une comparaison avec un groupe témoin. Néanmoins la réalisation de l'étude seule et le peu de moyens à disposition ne me permettait pas de réaliser une étude cas témoins. Nous avons donc choisi de comparer les résultats obtenus avec le rapport de 2017 de l'InVS sur la santé de la population générale française (26), pour notifier une « dégradation de la santé perçue » chez les personnes vivant en logement précaire.

## **II.I. Analyse des données**

Nous effectuerons une comparaison des deux études à l'aide d'un test de proportion. Pour cela nous utiliserons le logiciel « Statistica ». Celui-ci nous permettra de savoir s'il existe une différence significative entre les différents groupes de santé perçue des deux études.

### III. RESULTATS

---

#### III.A. Réalisation de l'enquête

L'étude avait comme base d'inclusion des données le logiciel « Maïa » ou « Voozadoo ». Ce logiciel est utilisé par Médecin du monde depuis l'informatisation des dossiers le 1<sup>er</sup> janvier 2016, il constitue une base de données de santé sécurisée pour l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de MDM.

Ce logiciel permet de conserver et partager les informations sur les personnes consultant au CASO afin d'améliorer leur prise en charge médico-sociale. En effet celui-ci permet également de pouvoir accéder à des données statistiques en temps réel, et de pouvoir accéder aux données des patients y compris sur les missions en extérieur.

Les permanences du CASO ont lieu le lundi de 14h à 17h, le mercredi de 14h à 17h et le vendredi de 9h à 12h au 8 rue Henri Dunant à Montpellier. Les usagers sont accueillis en accès libre. Ils s'enregistrent en rentrant auprès de deux bénévoles accueillants, ils signalent à ce moment-là s'ils veulent rencontrer le médecin, l'assistant social ou les deux. Les bénévoles responsables de l'accueil procèdent alors à l'entretien d'accueil dans une pièce fermée avec si nécessaire une personne assurant la traduction ou la possibilité de faire appel à une plateforme de traduction à distance.

Chaque bénévole possède un code d'accès pour ouvrir une session, les bénévoles de l'accueil ont accès à l'onglet « Accueil », l'assistant social a accès à l'onglet « Accueil » et « Entretien social », l'infirmière/er accède à l'onglet « Entretien infirmier » et « Accueil », et enfin le médecin et l'administrateur peut accéder à l'ensemble des onglets. Cela permet une garantie de la sécurisation des données et de la confidentialité ; le secret médical est préservé.

Pour cette étude un simple accès aux réponses de l'onglet « Accueil » était suffisant pour répondre à notre problématique principale. La réalisation de l'étude ne changeait en rien le déroulement de l'accueil ordinaire des usagers du CASO. Si ce n'est la stimulation d'un remplissage le plus rigoureux possible du questionnaire comme expliqué précédemment.

Nous sommes parvenus à un échantillon d'environ 150 personnes après 8 mois d'inclusion.

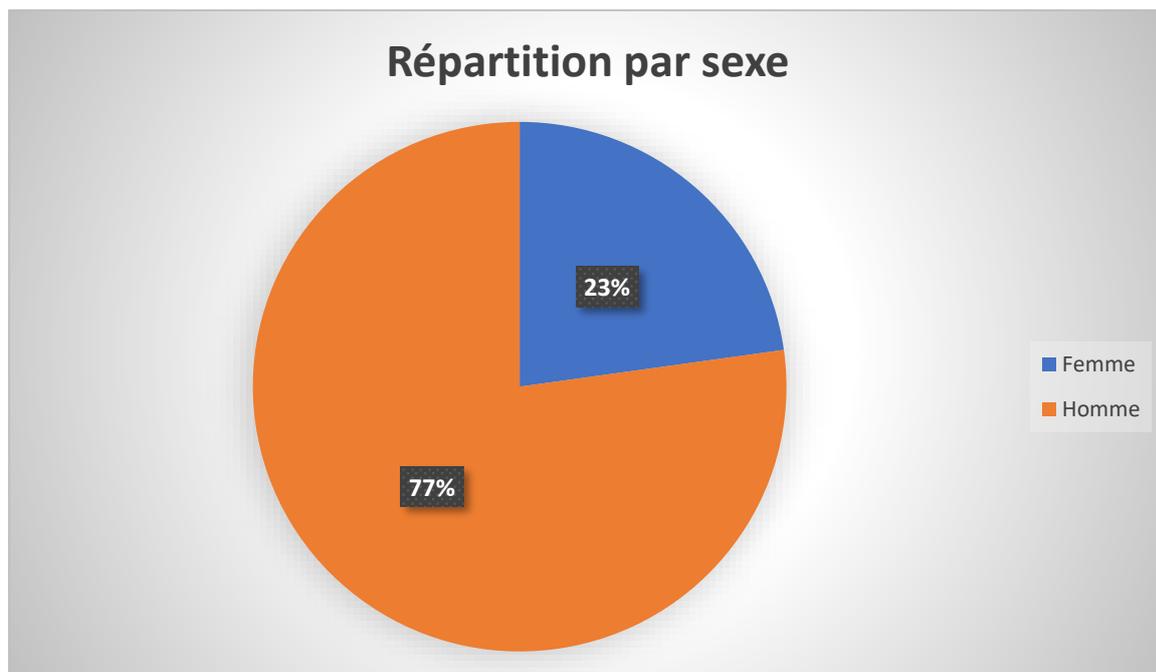
## III.B. Description socio-démographique de l'échantillon

### III.B.1. Catégorie d'âge et sexe

#### III.B.1.a. Sexe

Au total 158 personnes ont été incluses. Parmi elles, 36 femmes et 122 hommes. Soit 77% d'homme et 23% de femme.

Figure 12: Répartition hommes/femmes de l'échantillon

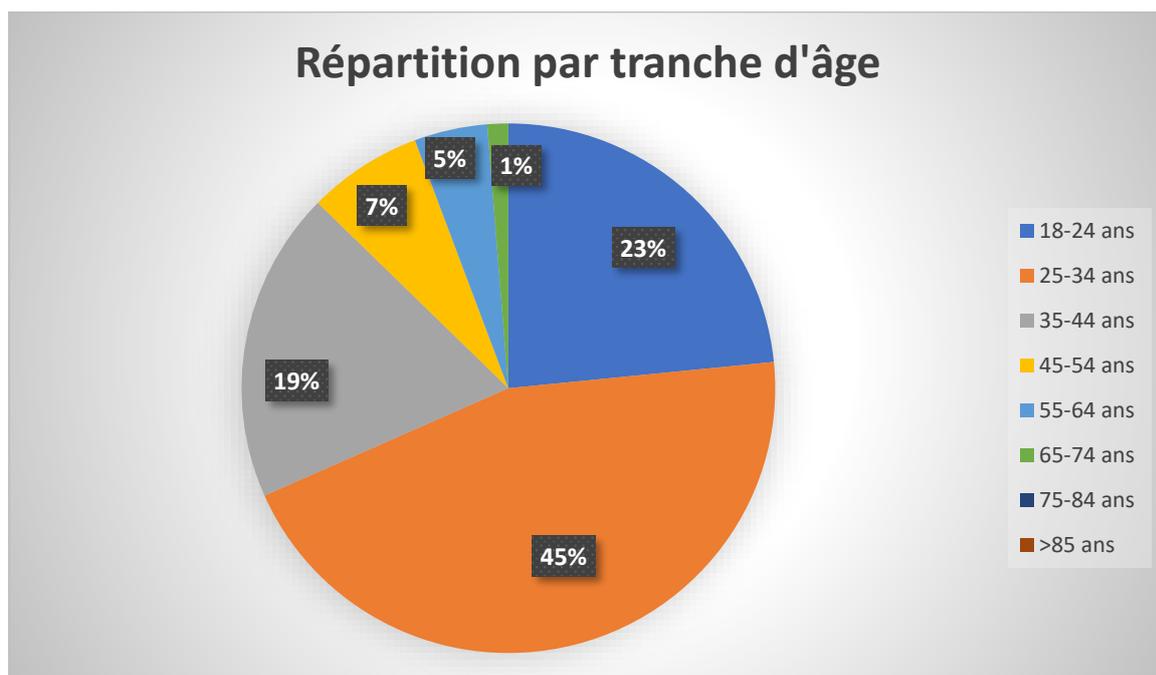


#### III.B.1.b. Age

Tranches d'âge	Nombre de personnes
18-24 ans	37
25-34 ans	71
35-44 ans	30
45-54 ans	11
55-64 ans	7
65-74 ans	2
75-84 ans	0
>85 ans	0
Total	158

Tableau 6 : Répartition par tranches d'âge de l'échantillon

Figure 13: Répartition par tranche d'âge exprimée en pourcentage de l'échantillon



On remarque que la tranche d'âge majoritaire est celle des 25-34 ans, vient ensuite les 18-24 ans puis les 35-44 ans. L'échantillon est donc à 87% composé de personnes de moins de 44 ans. Les tranches d'âge à partir de 45 ans représente seulement 13% de notre échantillon. Les 65 ans et plus sont sous représentés avec seulement 1% de notre échantillon dans cette tranche d'âge.

### III.B.2. Origine géographique

Pour présenter les pays d'origine de l'échantillon nous avons choisi de le présenter sous forme de tableau par ordre alphabétique :

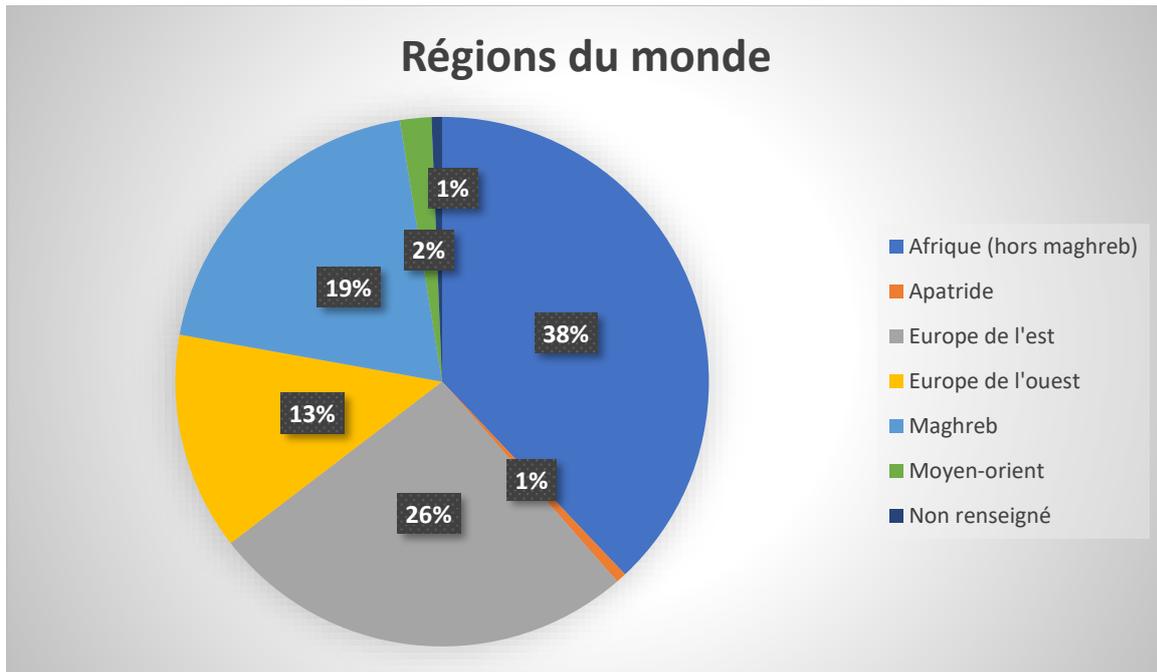
Nationalités	Nombre de personnes
Afganistan	2
Albanie	5
Algérie	16
Apatride	1
Arménie	1
Bosnie	7
Bulgarie	2
Cameroun	4

Côte d'Ivoire	6
Danemark	1
Erythrée	1
Espagne	2
France	14
Gabon	2
Gambie	3
Géorgie	13
Guinée	15
Hongrie	2
Irak	1
Italie	2
Liberia	1
Mali	1
Maroc	12
Montenegro	2
Niger	2
Nigéria	16
Pologne	2
Portugal	1
République Démocratique du Congo	1
République Tchèque	2
Roumanie	4
Russie	1
Sénégal	2
Slovaquie	1
Somalie	5
Tchad	1
Tunisie	3
(vide)	1
<b>Total</b>	<b>158</b>

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon par pays

Pour une meilleure visibilité une présentation par « régions du monde » sous forme de camembert était plus judicieuse :

Figure 14: Répartition de l'échantillon par régions du monde



On remarque que notre échantillon est très hétéroclite avec 36 nationalités différentes. Il est composé à 57% de personnes originaires d'Afrique (Afrique 38% + Maghreb 19%), à 26% de personnes originaires d'Europe de l'Est, à 13% d'Europe de l'Ouest et enfin 2% du Moyen-Orient et 1% d'apatride.

### III.B.3. Situation maritale et parentalité

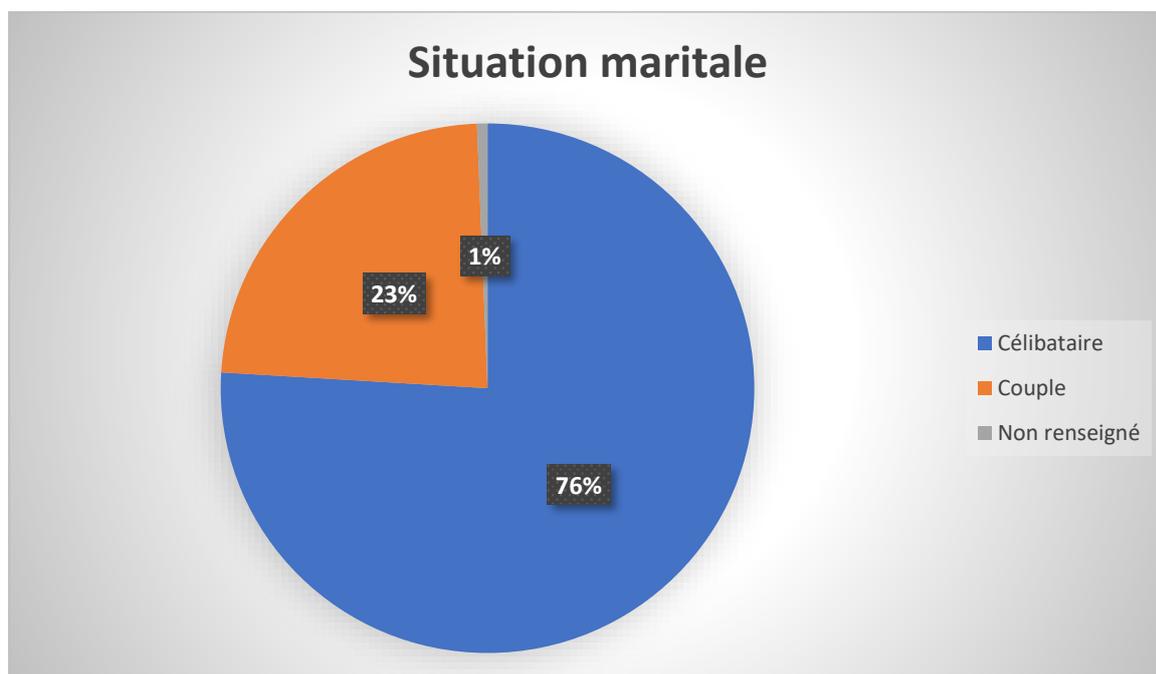
#### III.B.3.a. Situation maritale

Parmi les personnes incluses, la majorité est célibataire (120 personnes) ; les personnes se déclarant en couple sont au nombre de 37.

<i>Situation maritale</i>	<i>Nombre de personnes</i>
<i>Célibataire</i>	120
<i>Couple</i>	37
<i>Non renseigné</i>	1
<i>Total général</i>	158

Tableau 8 : Répartition de l'échantillon selon la situation maritale : en couple ou célibataire

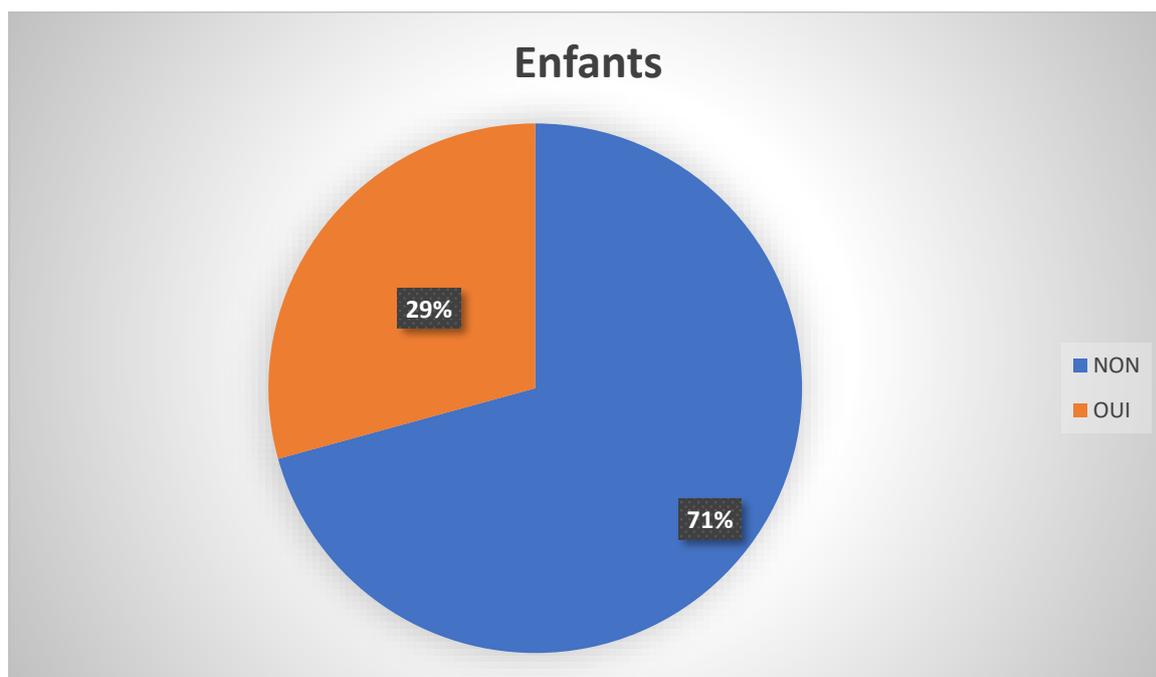
Figure 15: Répartition célibataire/couple de l'échantillon



### III.B.3.b. Parentalité

Dans l'échantillon 111 personnes déclarent ne pas avoir d'enfant et 46 personnes se déclarent comme ayant des enfants. Parmi les personnes avec enfants 27 déclarent ne pas vivre avec leurs enfants, contre 19 qui déclarent vivre avec leurs enfants. Parmi les personnes qui déclarent vivre avec leurs enfants 3 personnes vivent avec 3 de leurs enfants à charge, 7 vivent avec 2, 9 avec 1.

Figure 16: Répartition de l'échantillon avec et sans enfants



### III.B.4. Situation administrative

#### III.B.4.a. Régularité du séjour et sa durée

Parmi les personnes incluses certaines sont en situation régulière, d'autres en situation irrégulière. Les situations vis-à-vis du séjour sont variées ; pour ceux non-européens en situation régulière on retrouve des personnes :

- titulaires d'une carte de résident de 10 ans
- titulaires d'un titre de séjour avec statut de réfugié
- titulaires d'un titre de séjour de 1 à 6 mois
- titulaires d'un visa touriste
- ayant déposé une demande d'asile et en attente de réponse de l'OFPRA.

Pour les non européens en situation irrégulière on retrouve des personnes :

- déboutées du droit d'asile par l'OFPRA
- placées en procédure de Dublin III
- sans titre ni demande OFPRA en cours.

Les européens quant à eux sont soit en situation régulière avec un séjour inférieur à 3 mois sur le sol français ou en situation irrégulière avec un séjour supérieur à 3 mois.

Enfin, restent les personnes françaises non concernées par la régularité du séjour ou non.

Statut administratif non-européens	Nombre
Carte de résident de 10 ans	1
Titre de séjour avec statut de réfugié	4
Titre de séjour de 1 à 6 mois	2
Visa touriste	5
Dépôt demande d'asile en attente réponse OFPRA	52
Déboutés du droit d'asile par l'OFPRA	4
Placés en procédure Dublin III	12
Sans titre ni demande OFPRA en cours	38

Tableau 9 : Statut administratif des non européens dans l'échantillon, les statuts de « réguliers » apparaissent en bleus et les « irréguliers » en orange.

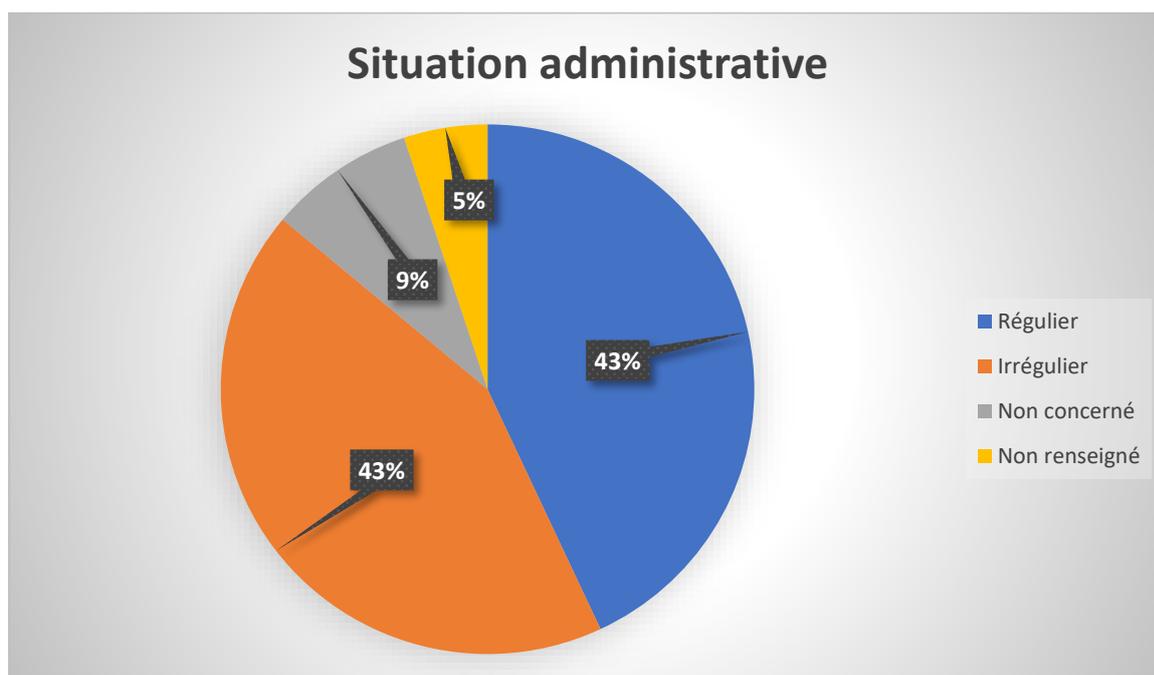
Statut administratif des européens	Nombre
Situation régulière séjour<3mois	4
Situation irrégulière séjour>3mois	14

Tableau 10 : Statut administratif des européens dans l'échantillon

Les personnes non concernées par la régularité du séjour ou non sont au nombre de 14.

Il y avait également 8 dossiers où cette information n'était pas renseignée.

Figure 17: Situation administrative de tout l'échantillon, répartition séjour régulier/irrégulier



On remarque que notre échantillon comprend le même nombre de personnes en situation régulière et irrégulière.

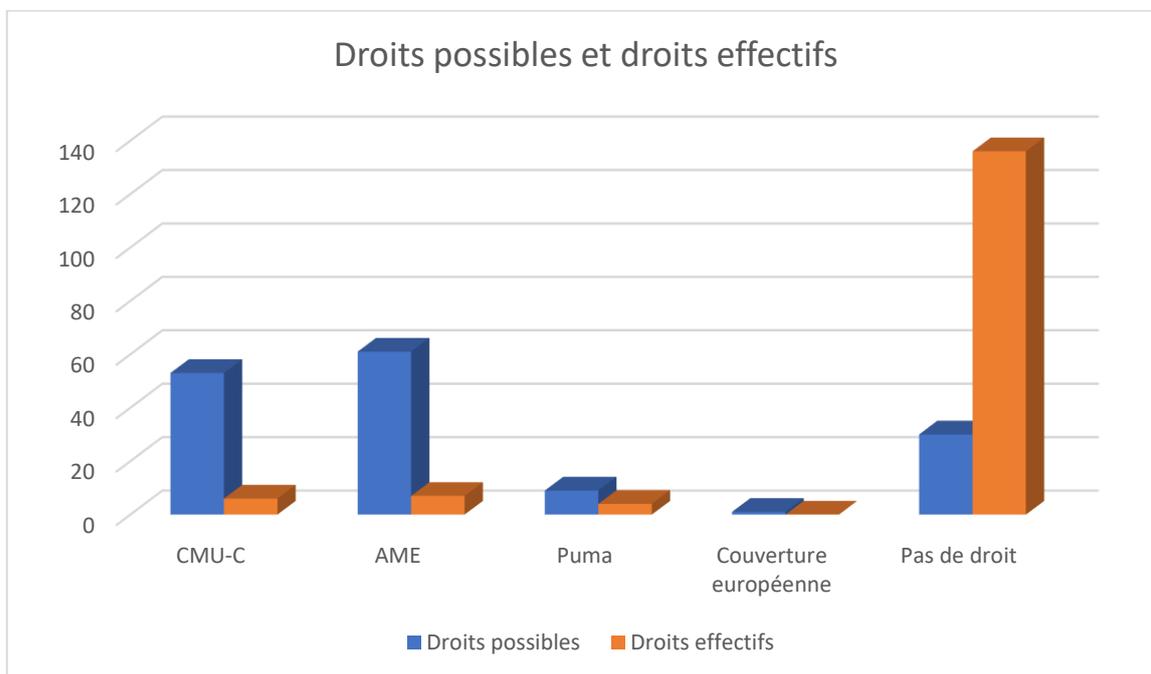
#### III.B.4.b. Droits possibles et droits effectifs à une couverture maladie

	<i>Droits possibles</i>	<i>Droits effectifs</i>
<i>CMU-C</i>	53	6
<i>AME</i>	61	7
<i>Couverture européenne</i>	1	0
<i>Puma</i>	9	4
<i>Pas de droit</i>	30	136
<i>Non renseigné</i>	4	5

Tableau 11 : Droits possibles et droits effectifs à une couverture maladie de l'échantillon

Soit 78,5% de personnes ayant des droits possibles contre 10,8% ayant réellement des droits ouverts et 86% qui n'ont pas de droits ouverts.

Figure 18: Droits possibles et droits effectifs de l'échantillon selon les couvertures possibles (CMU-C, AME, Puma, couverture européenne) ou l'absence de droit possible



On remarque que la majorité des personnes aurait le droit à une couverture maladie avec près de 80% de personnes avec des droits possibles. Mais seulement 11% de l'échantillon ont des droits effectivement ouverts.

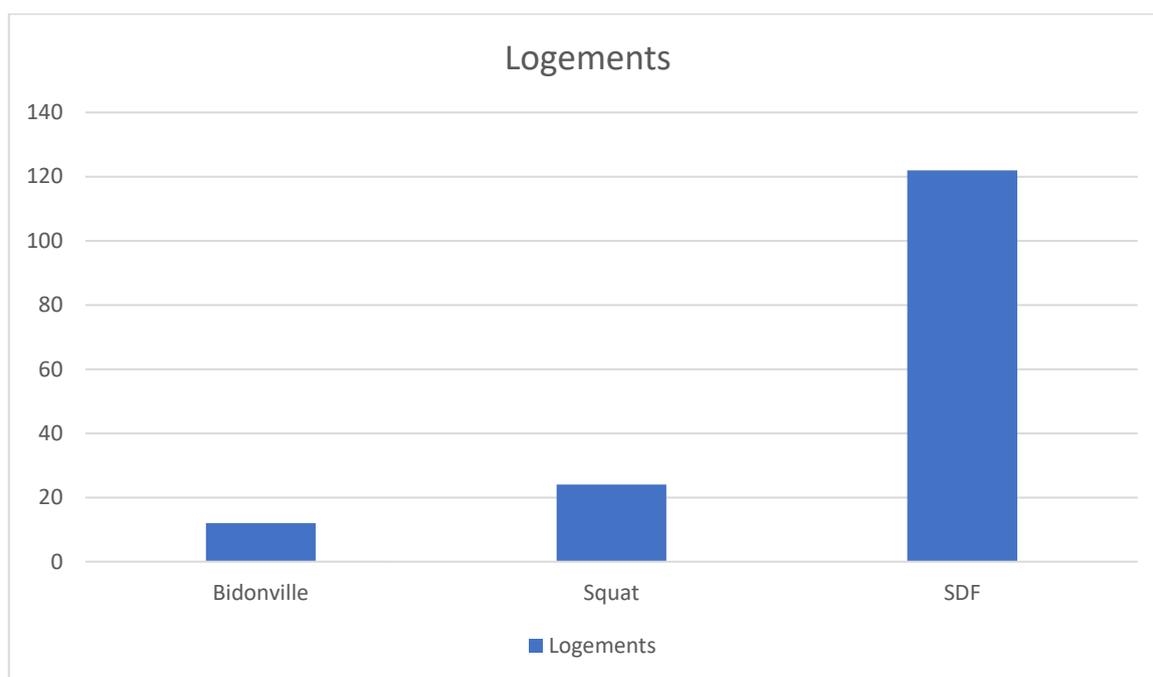
### III.B.5. Logement

Le critère principal d'inclusion de notre étude est le logement précaire. Trois catégories de logement étaient retenues : le bidonville, le squat, et l'absence de logement ou « sans-domicile fixe ».

Logement	Nombre
Bidonville	12
Squat	24
SDF	122
<b>Total</b>	<b>158</b>

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon par types de logement (SDF, Squat, Bidonville)

Figure 19: Types de logement répartition de l'échantillon



Les sans domiciles fixes sont donc majoritaires dans notre échantillon, puis viennent les personnes vivant en squat puis en bidonville.

### III.B.6. Santé perçue

#### III.B.6.a. Santé perçue générale

<i>Santé perçue générale</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentages</i>
<i>Très bonne</i>	2	1,3%
<i>Bonne</i>	13	8,2%
<i>Moyenne</i>	52	33%
<i>Mauvaise</i>	19	12%
<i>Très mauvaise</i>	5	3,2%
<i>Non renseignée</i>	67	42,3%
<i>Total</i>	158	100%

Tableau 13 : Santé perçue générale de l'échantillon

Figure 20: Etat de santé perçue générale de l'échantillon (exprimé en nombre)

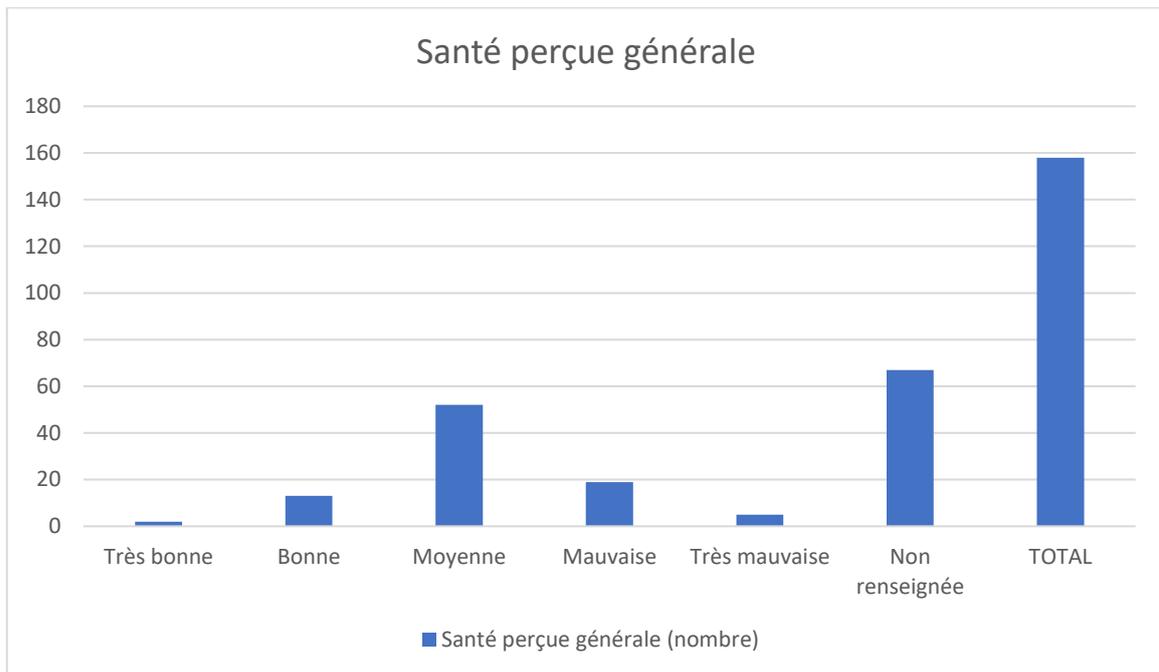
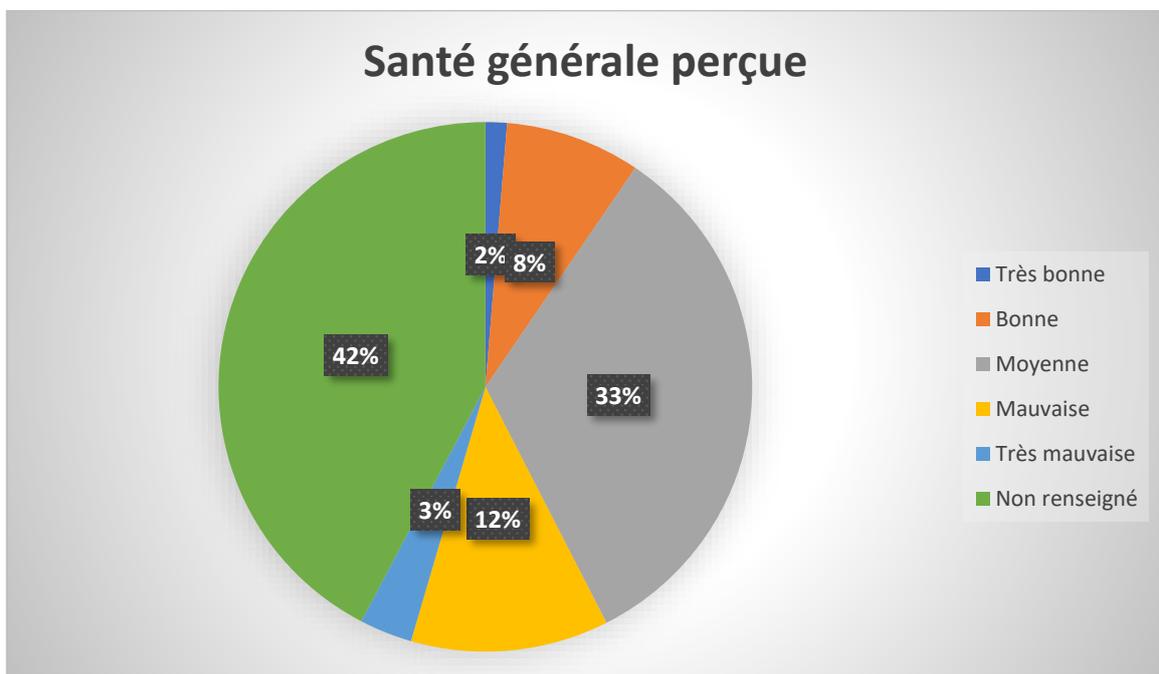


Figure 21: Etat de santé perçue générale de l'échantillon (exprimé en pourcentages)



On remarque que le groupe majoritaire de santé perçue est la catégorie « moyenne » avec 33%. Si l'on regroupe les catégories « très bonne » et « bonne » on obtient 10% au total. Le regroupement des catégories « mauvaise » et « très mauvaise » fait 15%. Mais il reste 42% de

« non renseigné », il conviendra donc de procéder au retrait de cette catégorie avant l'application du test de proportion.

### III.C. Etude témoin

La réalisation d'un groupe « témoin » de même envergure pour réaliser une réelle étude cas témoin, n'était pas possible seule et sans budget. Nous avons donc choisi de comparer les résultats de notre étude avec une étude témoin réalisée sur la population générale française. Il s'agit du rapport de l'InVS de 2017 sur l'état de santé de la population française qui reprend les résultats de l'enquête SRCV 2014.

« Selon l'enquête SRCV 2014, 68,2 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé, soit la même proportion qu'en 2004, alors qu'un peu moins d'une personne sur quatre considère que son état de santé est assez bon et 8,4 % qu'il est mauvais voire très mauvais (11 % en 2004). Les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne. La perception d'une bonne (à fortiori d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus. La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 55 ans et devient proche ensuite ».

Figure 22: Etat de santé perçue selon le sexe en 2014 (en %) selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014

#### État de santé perçue selon le sexe en 2014\* (en %)

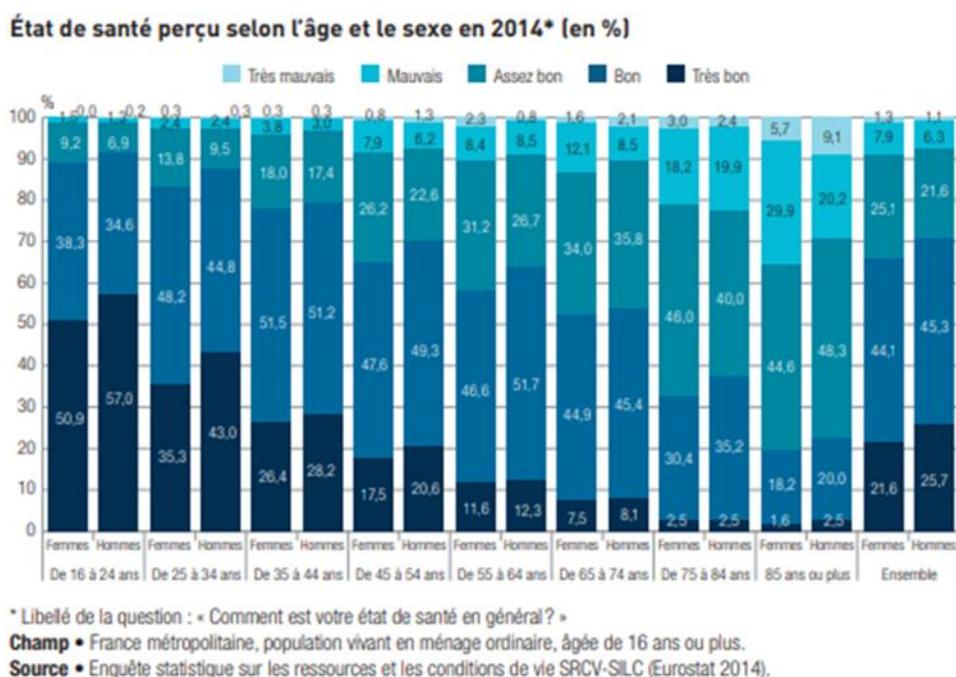
État de santé général	Ensemble	Hommes	Femmes
Très bon	23,6	25,7	21,5
Bon	44,6	45,2	44,0
Assez bon	23,5	21,6	25,2
Mauvais	7,2	6,3	7,9
Très mauvais	1,2	1,1	1,3

\* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

Figure 23: Etat de santé perçue selon l'âge et le sexe en 2014 (en %) selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014



Cette étude stipule, « qu'en dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de cet état. » Elle peut donc être considérée comme un bon outil de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé.

Pour aller plus loin, l'étude observe un gradient social certain : les ouvriers et les agriculteurs déclarent moins souvent être en bonne santé que les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Figure 24: Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon la profession et catégorie socioprofessionnelle, en 2013 en %, selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014

**Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon la profession et catégorie socioprofessionnelle, en 2013 (en %)**

Catégories socioprofessionnelles	Part de la population déclarant...			Part de la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	94,4	28,2	22,6	1,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,0	21,5	12,2	3,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,8	22,8	10,4	9,0
Professions intermédiaires	97,6	24,5	13,2	14,1
Employés	95,3	28,7	16,8	16,1
Ouvriers (yc ouvriers agricoles)	94,2	27,8	18,4	12,8
Retraités	82,7	60,0	45,2	26,5
Autres inactifs	88,9	33,7	26,0	16,5
<b>Total</b>	<b>91,4</b>	<b>36,3</b>	<b>24,9</b>	<b>100,0</b>

yc : y compris.

\* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

\*\* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable? »

\*\*\* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement? »

**Champ** • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

**Source** • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : en excluant les personnes retraitées et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques.

Figure 25: Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'étude en 2013 (en%), selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014

**Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'études en 2013 (en %)**

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part de la population****
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme	86,8	37,7	31,1	7,9
BEPC-CAP-BEP	91,8	35,0	24,7	49,2
Bac	96,5	24,7	13,2	17,1
Bac +2	96,6	25,3	14,0	10,6
Supérieur à bac +2	98,0	22,6	10,5	15,3

\* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

\*\* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable? »

\*\*\* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement? »

\*\*\*\*Population de plus de 16 ans, hors retraités et étudiants.

**Champ** • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

**Source** • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

Selon les enquêtes EU-SILC, « on constate également dans l'UE une amélioration de l'état de santé ressenti en fonction du statut vis-à-vis de l'emploi. De même, l'activité est associée à un meilleur état de santé déclaré pour l'ensemble de l'UE : hors personnes retraitées, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé est mauvais ou très mauvais ».

Figure 26: Santé perçue selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2013 (en%), selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014

**Santé perçue\* selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2013 (en %)**

Statut d'emploi	Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé	
	Union européenne (28 pays)	France
Personnes occupées	97,0	96,4
Chômeurs	91,1	91,0
Retraités	79,1	83,1
Autres personnes inactives	85,2	90,6
<b>Ensemble de la population</b>	<b>90,1</b>	<b>91,5</b>

\* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

**Champ** • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

**Source** • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

Tous les indicateurs de santé montrent un « gradient social de santé ». « Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes » (26). En ce qui concerne la « santé déclarée » ou « santé perçue », ils observent qu'elle varie selon le même gradient social. Ces inégalités en santé commencent avant la naissance avec un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important chez les femmes appartenant à des foyers aux revenus les plus faibles, puis chez l'enfant avec des taux d'obésité plus important ou un état de santé bucco-dentaire plus mauvais. A l'âge adulte on fait le même constat, auquel se rajoute des inégalités face aux dépenses dans l'optique, le dépistage de cancers ou encore les complications du diabète. « Il est probable que d'autres indicateurs de santé pourraient également témoigner de ces inégalités mais les informations sociales sont souvent absentes des systèmes d'information en santé » (26).

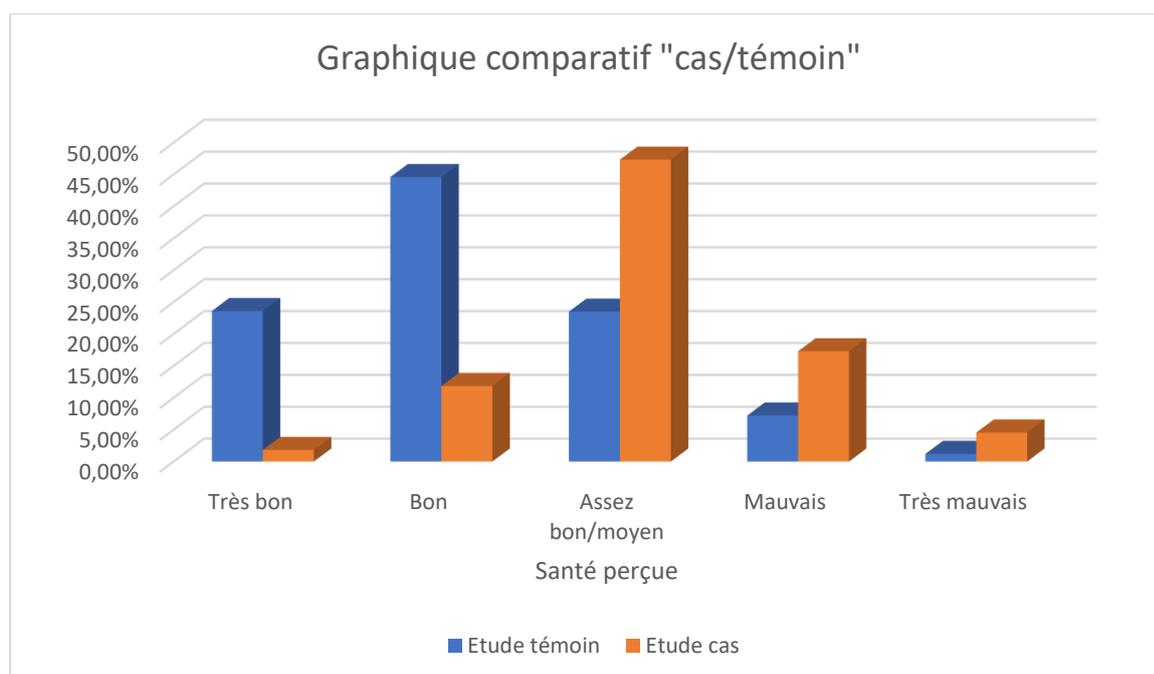
Notre étude vise donc à combler ce manque d'information qui persiste en ce qui concerne l'influence d'un facteur de notre environnement qu'est le logement, et notamment le logement très précaire, sur la santé des personnes. Nous le ferons par le biais d'une information : la santé

perçue dont il a été démontré qu'elle suit le même « gradient social de santé » que les autres indicateurs de santé.

### III.D. Analyse statistique

Avant la réalisation de l'analyse statistique il convenait de réaliser le retrait de la catégorie « non renseigné ». Après ce retrait nous obtenons de nouveaux pourcentages, que nous exprimons dans le tableau ci-dessous. Mais pour une meilleure visibilité la présentation de ces nouveaux pourcentages en parallèles avec ceux de l'étude témoin sous forme d'un histogramme était plus judicieuse.

Figure 27: Graphique comparant l'état de santé perçue de la population générale (étude « témoin » (26)), et la population de notre étude, (étude « cas »)



Pour pouvoir comparer les 2 populations et étant donné que l'on a accès qu'aux résultats finaux de l'étude témoin, nous avons effectué un test de proportion à l'aide du logiciel « Statistica ».

Le test a donné comme résultat pour la catégorie de santé perçue « très bonne » un «  $p$  » proche de 0, pour la catégorie « bonne » un «  $p$  » proche de 0, pour la catégorie « moyenne ou

assez bonne » un  $p = 0,0002$ , pour la catégorie « mauvaise », un  $p = 0,0391$  et pour la catégorie « très mauvaise »,  $p = 0,2103$ . On a donc une différence très significative entre la proportion des catégories « très bonne », « bonne », et « assez bonne ou moyenne », une différence significative entre les proportions des catégories « mauvaise » des deux populations, en revanche il n’y a pas de différence significative entre les proportions des deux populations en ce qui concerne la catégorie « très mauvaise ».

Pour une meilleure visibilité nous avons présenté les résultats sous forme d’un tableau, ci-dessous.

	<i>Etude « témoin » en %</i>	<i>Etude « cas » en % (après retrait des « non renseignés »)</i>	<i>« p » (après application d’un test de proportion)</i>	<i>Différence</i>
<i>Très bonne</i>	23,6%	1,82%	$p \cong 0$	Très significative
<i>Bonne</i>	44,6%	11,83%	$p \cong 0$	Très significative
<i>Moyenne</i>	23,5%	47,32%	$p = 0,0002$	Très significative
<i>Mauvaise</i>	7,2%	17,29%	$p = 0,0391$	Significative
<i>Très mauvaise</i>	1,2%	4,55%	$p = 0,2103$	Pas significative

Tableau 14: Exposition des résultats de notre étude et de l’étude de l’InVS et des résultats du test de proportion.

Si on regroupe les catégories « très bonne » et « bonne », comme dans l’étude témoin (26), et qu’on réalise un test de proportion on obtient  $p = 0,0001$  soit une différence très significative entre les deux populations. On peut donc conclure à une différence très significative de santé perçue entre les personnes vivant en logement très précaire et la population générale française dans les catégories dites « positives ». Ce qui renforce l’hypothèse d’une influence négative de l’absence de logement ou d’un logement très précaire sur la santé perçue et donc sur la santé générale des personnes.

## IV. DISCUSSION

---

Notre travail est dans la lignée des différentes études décrites dans l'introduction : l'absence de logement ou un logement précaire semble avoir une influence négative sur la santé perçue. Il vient renforcer et étayer la bibliographie qui reste faible sur le sujet de la précarité, et interroger des personnes habituellement exclues des études.

Ce travail sur les conditions de logement et la santé perçue est très « actuel » devant une population française et étrangère de plus en plus touchée par la pauvreté et par des conditions de logement indignes (voir « I.C. Justification de l'étude »). On peut notamment prendre un exemple d'actualité avec l'effondrement de l'immeuble du 65 rue d'Aubagne à Marseille le 5 novembre 2018. Ce drame a mis en lumière le délabrement du parc de logements de la ville. Un fait juridique récent vient aussi renforcer la précarité des personnes vivant en squat : la nouvelle loi Elan ou loi logement 2018 publiée au Journal officiel du 24 novembre 2018. Une disposition de ce texte de loi, l'article 201 prévoit de faciliter l'expulsion des squatters. En effet ceux-ci ne seront plus protégés par la trêve hivernale (du 1<sup>er</sup> novembre au 31 mars), ils pourront donc être expulsés à tout moment de l'année et ce sans le délai habituel de deux mois entre le commandement de quitter les lieux et l'expulsion définitive, qui a lui aussi été supprimé dans la nouvelle loi.

Notre travail retrouve globalement les résultats attendus comparativement à la littérature déjà parue sur ce sujet (18) (19) (16) (15). Nous retrouvons en effet une perception de la santé dégradée par rapport à la population générale. Mais même si nous nous attendions à ce type de résultats nous restons surpris par l'intensité de cette dégradation. En effet notre échantillon pourtant globalement plus jeune (avec 87 % de moins de 45 ans) que la population générale rapporte une santé perçue largement dégradée, avec moins de 15% de santé perçue « très bonne » et « bonne » contre 68% chez la population générale. Nous avons pu démontrer une différence très significative entre ces deux catégories avec  $p = 0,0001$ . Nous avons vu plus haut que la santé perçue est corrélée à la santé réelle ou effective. Cette dégradation de la santé perçue avec les conditions précaires de logement, doit nous amener à nous enquêter dans notre interrogatoire général des conditions de logements de nos patients car celles-ci semblent avoir une influence non négligeable sur la santé. En effet connaître les conditions de logement de nos patients nous aidera à mieux les soigner, et à mieux appréhender et prévenir l'apparition de pathologies aiguës ou chroniques.

Cette étude et son éventuelle extension à tous les CASO de France peut également contribuer à la sensibilisation des pouvoirs publics pour une réelle politique publique d'accès au logement, afin de garantir un réel droit au logement digne qui permettra in fine de faire des économies de dépenses publiques de santé comme a pu le montrer l'étude *Housing fuel poverty and health* (15).

La force de ce travail a été de réaliser une étude quantitative avec un échantillon relativement important de plus de 150 personnes. En effet la plupart des études sur le domaine de la précarité et notamment des sans-abris sont des études qualitatives, comme l'étude *Du bidonville à la ville : retour à la vie normale ?*(7) par exemple. La majorité des études portant sur le logement précaire interroge peu les personnes en situation de grande précarité comme les SDF qui, du fait de leur position d'exclus de la société, se retrouvent souvent exclus des études sur la population précaire. De plus les études ayant comme critère d'inclusion l'absence de chez soi sélectionnent pour la plupart leur échantillon sur des lieux d'hébergement d'urgence ou de de distribution de repas. Les grands précaires ne se rendant pas sur ces lieux restent donc exclus de ces études (25). La présente étude a donc cet avantage de ne pas se réaliser dans un lieu d'hébergement ou de distribution de repas. Les personnes bénéficiant d'un hébergement d'urgence étaient exclues de cette étude.

Une autre force de cette étude est de réunir un échantillon très hétéroclite et relativement important. Il contient notamment 23% de femmes alors que celles-ci restent minoritaires dans la population des personnes à la rue, même si leur proportion augmente. Là aussi l'actualité, culturelle cette fois, avec le film documentaire *Femmes invisibles, survivre dans la rue* de Claire Lajeunie et le film *Les Invincibles* de Jean Louis Petit qui s'en inspire, cherche à les mettre en lumière et à alerter les services publics. Le cas particulier des femmes pose le problème des centres d'hébergements mixtes et de l'insécurité qui en résulte. Des initiatives comme celle de la « cité des dames », un refuge réservé aux femmes ouvert le 1er décembre 2018 à Paris à l'initiative de l'Armée du salut et d'ADSF-Agir, pourrait être une des solutions. Notre échantillon présente également un éventail de nationalités très variées (36 au total) ce qui est très représentatif de la population de sans-domicile actuelle avec de plus en plus de personnes issues de l'immigration. Pour ce qui est des étrangers, notre échantillon présente l'avantage d'être composé à part égale de personnes en situation régulière et irrégulière. Cela évite un biais de sélection que pourrait présenter un échantillon composé majoritairement de personnes en situation irrégulière. En effet la situation administrative irrégulière par l'insécurité

qu'elle entraîne peut entraîner une souffrance psychique qui entraînerait une dégradation de la santé perçue. Bien qu'hétéroclite notre échantillon reste assez représentatif du type de population retrouvées dans les précédentes études avec notamment une population plus jeune que la population générale avec près de 80% de personnes de moins de 45 ans. Notre étude démontre également que cette population est de plus en plus « familiale » et qu'il y a de moins en moins d'individus isolés comme cela pouvait être le cas auparavant ou comme cela peut être perçu par la plupart des personnes comme le « stéréotype du SDF ». En effet 23% des personnes se déclarent en couple et près d'un tiers déclare avoir des enfants, parmi eux près de la moitié déclare vivre avec leurs enfants à la rue. Ce qui est en accord avec les résultats de l'étude de Muriel Moisy (16), ou l'étude ENFAMS (21).

En revanche la réalisation de notre étude dans les locaux du CASO de Médecin du Monde peut entraîner un biais de sélection, étant donné que les personnes répondant au questionnaire viennent consulter soit pour un problème social soit pour un problème médical. Le fait de venir pour un problème médical spécifique peut entraîner un biais de pessimisme au moment de répondre à la question de la santé perçue. Cependant la réalisation de l'étude sur la période d'avril à novembre en excluant la période hivernale nous permet de minorer ce biais, avec moins d'épidémie d'affections aiguës. Malgré tout plus de la moitié de notre échantillon possède un « dossier médical » dans notre base de données.

La barrière principale au bon déroulement de notre étude a été la barrière de la langue, en effet l'origine multiethnique de notre échantillon compliquait le dialogue entre bénévoles et consultants et la compréhension des questions. Certaines personnes parlent français (Maroc, Algérie, Tunisie, Sénégal, République Démocratique du Congo, Cameroun, Côte d'Ivoire, Niger,...), d'autres parlent anglais (Nigéria, Libéria, Gambie, Cameroun, Guinée, ...), certaines consultent accompagnées d'une personne de leur entourage capable d'assurer la traduction ; mais les personnes originaires des pays d'Europe de l'Est notamment, comme la Géorgie, le Monténégro, l'Albanie, l'Arménie, la Bosnie Herzégovine, la Bulgarie, la Hongrie, ne parlant ni français ni anglais nécessitaient parfois le recours à un centre de traduction téléphonique. Ces appels représentent un coût non négligeable pour l'association (28 euros le quart d'heure), ils sont donc utilisés à minima et pour un temps le plus court possible. Les questions sont donc centrées sur le problème ayant amené la personne à consulter au CASO, et ce d'autant plus que la situation médico-sociale est compliquée pour la majorité de ces personnes. Le remplissage rigoureux des questions du logiciel Maïa devient secondaire. Cela est accentué par les demi-

journées de consultation où les consultants sont nombreux. Le manque de temps pour traiter l'ensemble des problèmes rencontrés par les consultants amène à centrer l'entretien sur les choses essentielles. Ce biais de remplissage s'est vu accentué par la mention « facultative » accolée au paragraphe de la santé perçue. Les bénévoles d'accueil n'ayant pas pu se rendre à la réunion d'information où ne prêtant pas attention à l'affichage en place dans le bureau d'accueil, pouvaient ne pas remplir cette information à la lecture de cette mention.

Le « turnover » relativement important des bénévoles de l'accueil, et le fait qu'il s'agit pour la plupart de retraités, ne favorise pas l'utilisation fluide du logiciel Maïa qui manque d'intuitivité. Cela a pu favoriser encore le biais de remplissage. Mais cette rotation de personnel peut également favoriser l'absence d'influence négative ou positive par la façon de poser la question ou d'interpréter les réponses s'il existe des difficultés de compréhension.

L'addition de tous ces facteurs de biais de remplissage nous a amenés à 40% de non-réponses pour la question essentielle à notre étude sur la santé perçue. Cela n'a pas remis en cause les analyses statistiques pour autant car la taille de notre échantillon était suffisamment importante mais cela diminue légèrement la force de notre étude.

Le critère de santé perçue « central » est décrit dans notre étude comme « moyen », alors que dans notre étude témoin il est décrit comme « assez bon ». Le terme « moyen » peut être entendu comme moins bon que le terme « assez bon » et entraîner un biais de pessimisme. Mais ce biais vient finalement renforcer la puissance de nos conclusions, en effet une part majoritaire de notre échantillon (47%) a répondu « moyen » à la question de la santé perçue contre moins d'un quart en ce qui concerne l'échantillon de l'étude témoin alors que ceux-ci avaient un intitulé ressenti comme plus « positif ». On remarque alors que notre échantillon répond majoritairement de manière négative (très mauvaise, mauvaise, moyenne) à la question de la santé perçue avec près de 70%.

Enfin le caractère monocentrique de notre étude limite la généralisation à l'échelle nationale. Il faudrait pour cela réaliser le même genre d'étude dans les CASO de Médecins du Monde des autres régions de France.

Face à nos conclusions il convient de mettre en place des solutions au problème du mal logement et des conséquences sur la santé qui en résulte. Pour agir sur la problématique de la santé l'une des solutions est celle des « lits halte soin santé » (LHSS) qu'il faudrait développer. Une thèse de médecine de la faculté de médecine de Montpellier aborde cette solution des lits halte soin sur la ville de Sète (27). Les lits halte soins santé ont été initiés par le Dr Xavier

Emmanuel également fondateur du Samu social, puis ce dispositif a été pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 puis du 17 mai 2006. Il s'agit de structures médico-sociales de mise à l'abri des sans-abris dont l'état de santé n'est pas compatible avec la rue et évite ainsi une rupture de la continuité des soins ou une aggravation de leur état de santé. Il résulte de cette étude que les bénéficiaires sont globalement satisfaits de l'aide que peut leur apporter ce genre de structures sur le plan sanitaire et social, mais ils soulignent le caractère temporaire de cette démarche et le retour inexorable à la rue par la suite. Les Lits d'Accueil Médicalisés sont apparus à la suite de l'évaluation des LHSS en 2009 qui montrait que 30% des personnes hébergées, l'étaient pour des affections de longue durée, ce qui n'était initialement pas l'objectif de ce dispositif qui vise à assurer la liaison avec l'hospitalisation dans le cadre de pathologies ponctuelles sur une durée de séjour prévisionnelle de deux mois. D'abord ouverts à titre expérimental de 2009 à 2012, ils sont devenus des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles et un décret de 2016 en a fixé les conditions de fonctionnement. Ils sont destinés « aux personnes atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre » afin qu'ils reçoivent « des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés »(28), leur durée d'accueil n'est, elle, pas limitée. Le rapport d'octobre 2018 de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté du ministère des solidarités et de la santé prévoit une ampliation de ces deux dispositifs pour obtenir une couverture territoriale cohérente, équilibrée et répondant aux besoins à l'horizon 2022, avec la création de 700 LAM et 750 LHSS sur la période 2019-2022 (29).

Toujours sur le plan de la santé des plus démunis les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) présentent dans chaque CHU depuis la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, interviennent en dehors des situations d'urgences pour garantir des soins aux personnes en difficulté pour accéder aux soins. Mais elles font face à une demande croissante, les temps d'attente s'allongent et le soutien des associations reste crucial à leur bon fonctionnement. En effet la description socio-démographique de notre échantillon retrouve une majorité de personnes avec des droits possibles mais une minorité avec des droits effectivement ouverts, ce qui montre bien l'importance des associations pour l'orientation et l'aide à l'acquisition des droits. Le rapport d'octobre 2018 propose dans ce cadre une dématérialisation des demandes de CMU-c et d'ACS, et un renouvellement automatique des droits à la CMU-c pour les allocataires du RSA dont la situation n'aurait pas évolué. A partir de 2020 l'ACS sera absorbé par la CMU-c afin de simplifier les démarches et de lisser les effets de seuil (29). Un autre frein à

l'accomplissement de leur mission est un système juridique aux contours trop flous pour garantir le même fonctionnement dans toutes les PASS du territoire. Ainsi certaines PASS assurent des consultations médicales, d'autres uniquement sociales et les différences de personnels et de moyens d'une PASS à l'autres sont grandes. Il conviendrait de réaliser une uniformisation de celles-ci afin de garantir l'égalité en santé sur tout le territoire.

Pour ce qui est de la problématique du logement, le dispositif pour le moment expérimental « un chez soi d'abord » réalisé sur les villes de Lille, Marseille, Paris et Toulouse est un exemple de solution que l'on pourrait apporter (30). Pour le moment le dispositif ne concerne que les sans-abris atteints de maladies psychiatriques telles que la schizophrénie ou la bipolarité. Notre travail pourrait contribuer s'il se généralise sur toutes les CASO de France à alerter les pouvoirs publics sur les besoins en santé et sur la santé perçue et par la même la santé réelle des personnes à la rue ou en logement très précaire. Ainsi on pourrait imaginer un système tel que celui d'« Un chez soi d'abord », venu initialement d'une initiative associative, se généraliser à toute la population à la rue. Avant cette expérimentation le principe de prise en charge des patients psychiatriques à la rue était basé sur le traitement ; le traitement était alors le préalable à la recherche d'un logement. Sam Tsemberis à New York dans les années 90 inverse cette logique et place le logement comme préalable à toute prise en charge de ces patients, c'est le « housing first ». Il suit alors les recommandations de la charte d'Ottawa, qui place le logement comme un préalable de santé, ou encore de la pyramide des besoins de Maslow. C'est l'accès au logement qui va les rendre prêts à se traiter, il faut d'abord les loger et après les accompagner pour qu'ils acquièrent leur compétence à habiter un chez soi depuis un chez soi. « Si tu veux apprendre à faire de la bicyclette il vaut mieux avoir une bicyclette ». Dans un reportage vidéo d'entretien avec des personnes ayant bénéficié du dispositif « un chez soi d'abord » (31) nous avons pu retenir quelques phrases des usagers et bénévoles de l'association qui reflètent leur expérience positive : « ça m'a aidé, le 115 ça sert à rien », « j'ai ma liberté ici », « je préfère être seul, ça évite les problèmes ; si c'est pour recommencer à boire, être avec tout le monde c'est pas la peine », « sans santé, on peut pas réussir, avec la santé on peut bouger, voilà donc la santé c'est très important, il faut vraiment se soigner si nécessaire. », « je suis rentrée dans la société, rien que ça je ne suis pas exclue », « on respire mieux quand on est comme tout le monde », « peut-être que grâce à un « chez soi d'abord » l'état va prendre des décisions, qu'il y ait moins de gens qui en meurent... », « on couvre les besoins essentiels, se loger, pouvoir manger, pouvoir être en sécurité et à partir de là on peut développer au fur et à mesure de l'accompagnement, on amène à faire émerger chez les gens

ce qu'il y a de compétence, de richesse en eux non exploitées, tout le monde a un trésor possible caché », etc. On retrouve dans ces paroles ce que l'on a écrit plus haut : le logement comme préalable de santé, la position d'exclusion des personnes à la rue et la nécessité d'un logement pour rompre le cercle vicieux de l'isolement, la solution insuffisante apportée par les mesures d'hébergement d'urgence qui ne résout pas le problème de l'insécurité base de la pyramide des besoins. Le rapport d'octobre 2018 prévoit une « accélération du déploiement de ce programme pour les jeunes notamment sur 4 nouveaux sites en renforçant les marges de manœuvres ouvertes aux gestionnaires »(29).

L'IRDES montre également dans l'un de ses articles consacrés aux inégalités sociales (32), la grande hétérogénéité de la population précaire et les conséquences sur la santé de cette précarité. Les gens du voyage notamment qui sont soumis à une grande précarité surtout en ce qui concerne le logement ont une espérance de vie de 10 ans de moins que la population générale. Les migrants, quant à eux, sont atteints de pathologies préexistantes, acquises à l'arrivée, ou d'adaptation (liées aux logements insalubres, à l'insécurité, au stress post-traumatique), ce qui en fait une population très vulnérable. Ils sont accueillis au nombre de 200000 par an environ en France. Pour ces populations vulnérables la santé devient une préoccupation secondaire, en effet ils ont en permanence de nombreux choix à faire, les urgences quotidiennes telles que se loger, se nourrir, assurer les besoins de base pour eux et leur famille prennent la première place et vient ensuite la santé. Cela entraîne un cercle vicieux où la dégradation de la santé participe à la dégradation socio-économique, qui aggrave elle-même l'état sanitaire. Pour contrer ce cercle vicieux il faudrait donc faciliter la prise de décision en rendant par exemple l'accès au système de soin plus simple, en simplifiant par exemple les démarches pour accéder à une couverture maladie. Diminuer l'isolement et participer à l'accompagnement de ces personnes, exclues des réseaux de sociabilité, dans leurs démarches pourrait faciliter un changement d'attitude et de comportement vis-à-vis des administrations. Le renforcement du lien social est un prérequis au recours au système de santé par l'acquisition des droits, la connaissance des ressources existantes, leur utilisation. En effet on a pu montrer dans notre étude que la majorité des consultants (80%) n'avait pas de droits ouverts à la sécurité sociale alors que quasiment tous y auraient hypothétiquement le droit. Le CASO mais aussi la mission « bidonvilles » de MDM, visent justement à renouer un lien social en apportant de l'aide dans la compréhension des démarches administratives nécessaire à l'acquisition de droits. Le secteur associatif se substitue là au rôle de l'Etat qui est d'assurer à tous les

ressortissants étrangers sur le territoire depuis plus de 3 mois, et à tous les français des droits en santé.

L'état français a été condamné par le Conseil de l'Europe pour la médiocrité de ses politiques publiques de l'habitat (art.31 de la Charte sociale révisée), sur le logement social, la lutte contre l'insalubrité, l'hébergement d'urgence et les discriminations en lien avec l'article 31 de la Charte sociale révisée (33): « Droit au logement. En vue d'assurer l'exercice effectif du droit au logement, les Parties s'engagent à prendre des mesures destinées à : favoriser l'accès au logement d'un niveau suffisant ; à prévenir et à réduire l'état de sans-abri en vue de son élimination progressive ; à rendre le coût du logement accessible aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes » (30). Véronique Stella de la fondation Abbé Pierre constate effectivement que la question des bidonvilles et squat est encore majoritairement niée ou traitée par les expulsions et démolitions sans solutions de relogement, « C'est une patate chaude que les pouvoirs publics se renvoient. En attendant, ils vivent dans des conditions indignes. Il faut arrêter de les nier. Comme ils n'existent aux yeux de personne, ils se rendent encore plus invisibles. Souvent, il ne reste plus que le mouvement caritatif pour prendre soin d'eux ».

Après les alertes du conseil de l'Europe et des associations, notre étude pourrait donc participer, si elle se généralise à l'échelle nationale, à alerter les pouvoirs publics de l'urgence de la situation sanitaire de la population précaire.

Du point de vue du médecin généraliste cette étude l'encourage à instaurer des questions précises sur les conditions de logement de ses patients dans son interrogatoire systématique. En effet on a pu voir précédemment que celles-ci ont une influence non négligeable sur la santé. La bonne connaissance de celles-ci permettra de prévenir, stabiliser, ou guérir un grand nombre de pathologies. Il lui faudra être particulièrement attentif à la population des grands précaires et devra développer son réseau d'orientation avec des structures hospitalières (CHU, PASS), des services sociaux (des mairies, départements et région, 115, Samu social), ou encore des associations (fondation abbé pierre, médecins du monde, la Cimade...). A cet effet nous avons essayé de faire un récapitulatif non exhaustif de contacts nécessaires à la bonne prise en charge des patients précaires sur la ville de Montpellier à l'attention des médecins généralistes, celui-ci se trouve dans la partie IX. Annexes.

## V. CONCLUSION

---

Grâce à notre étude, nous avons pu répondre à la problématique initiale sur l'influence des conditions dégradées de logement sur la santé perçue. L'étude a montré notamment que les personnes vivant en logement très précaire (SDF, squat, bidonville) et consultants au CASO de Montpellier, ont une santé perçue dégradée par rapport à celle de la population générale française (26).

Notre étude est dans la lignée des précédentes études sur le sujet. On retrouve une population majoritairement jeune, célibataire et sans enfant mais on montre également la pluralité de la population des sans-abris avec de plus en plus de femmes, de familles, et d'étrangers (21). Dans la lignée des études sur l'impact du logement précaire sur la santé (16) (15) (19) qui montrait une influence de la précarité énergétique sur la santé, notre étude apporte une preuve supplémentaire de l'influence de la grande précarité sur la santé perçue des personnes.

Malgré ce constat la problématique des sans-abris est loin d'être résolue. L'actualité est malheureusement riche en exemples démontrant l'inaction des collectivités pour garantir ces droits fondamentaux que sont la santé et le logement. Encore récemment en décembre 2018 et janvier 2019 à Vaulx-en-Velin, le collectif Jamais Sans Toit, milite en réquisitionnant des écoles afin de mettre à l'abri une cinquantaine d'enfants scolarisés sans-abris. Les collectifs ou association comme « Agir migrants », « Collectif amphi Z solidaire » à Lyon, sont contraints d'aller à l'encontre de la loi et de procéder à des « réquisitions citoyennes », comme cela a été le cas pour « l'amphi Z » et la « maison Mandela » qui sont des squats d'hébergement pour demandeurs d'asile à la rue. En février 2019, la fondation Abbé-Pierre a organisée la première cérémonie satirique « Les Pics d'or » pour récompenser les pires installations de mobilier urbain anti-SDF. Leur objectif était encore une fois d'alerter les pouvoirs publics sur les conditions de vie inhumaines dont sont victimes les sans-abris. Du 2 au 11 avril 2019, la rapporteure spéciale des Nations Unis, Leilani Farah, a réalisé un voyage en France où elle a pu visiter notamment la banlieue parisienne, les villes de Calais, Toulouse et Marseille. Elle constate « l'échec de l'état dans la lutte contre le sans-abrisme » : « Je suis dans un pays d'abondance, la sixième économie mondiale, et pourtant j'ai pu voir des souffrances, de la misère. Beaucoup de résidents ont pleuré avec moi. J'ai eu le sentiment que j'étais peut-être la

première personne à les écouter vraiment. » Elle souligne notamment les failles du 115 qui reste malheureusement trop souvent débordé et propose des solutions urgentes à très court terme et dans des lieux ne permettant pas une vie digne. Elle recommande donc de « s'éloigner de ce système de mise à l'abri d'urgence et de trouver des solutions pérennes ». Elle souligne également le traitement « cruel, inhumain et dégradant » des squats et campements de migrants à Calais, soumis à des expulsions toutes les 48h. Si elle reconnaît que la loi Dalo avec le droit au logement opposable est un « modèle pour le monde entier » le système « ne fonctionne pas aussi efficacement qu'il le devrait. »(34)

Espace physique, espace social, espace légal, le logement est ressenti et vécu comme la condition sine qua non d'une vie possible, affranchie des nécessités de la survie. L'intégration sociale et le respect des droits fondamentaux des personnes ne sont pas compatibles avec la vie en habitat très précaire. Emilio la Rosa souligne que « La lutte contre les inégalités en santé doit nécessairement passer par des actions tendant à améliorer les conditions de travail, de logement, d'éducation » (3).

Nous avons pu évoquer des solutions à cette problématique tels que les Lits Halte Soins Santé, les Lits d'Accueil Médicalisés (29) (28) ou le dispositif « Un chez soi d'abord »(31) (30), trois dispositifs qui devraient dans l'idéal se multiplier pour les uns et s'élargir à tous les grands précaires pour l'autre.

Notre étude pourra donc contribuer à alerter les pouvoirs publics sur la nécessité de prendre des décisions concrètes et d'engager les investissements nécessaires dans la lutte contre le sans-abrisme et l'habitat indigne. Ces investissements dans l'accès au logement digne permettront *in fine* de faire des économies sur le plan des dépenses en santé (15).

Elle incite également les médecins généralistes, à s'enquérir des conditions de logement de leurs patients devant un impact non négligeable de celles-ci sur leur santé. Ils seront d'autant plus vigilants lorsqu'ils se retrouvent face à un public très précaire. En effet celui-ci devra bénéficier d'une prise en charge globale notamment en lien avec des services sociaux ou associatifs qui pourront les aider dans leurs démarches d'accès à un logement digne et à leurs droits à une couverture sociale. Pour cela nous pouvons proposer une fiche non exhaustive des contacts administratifs et associatifs utiles à la bonne prise en charge des patients précaires à Montpellier visible dans la partie annexes.

## VI. INDEX

---

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

CO : Monoxyde de carbone

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CASO : Centre d'Accueil de Soin et d'Orientation

MDM : Médecins du monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

CREAI-ORS-LR : Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations-Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

Irdes : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

INED : Institut National d'Etude Demographique

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

ONPE : Observatoire National de la Précarité Energétique

SRCV : Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

Invs : Institut National de Veille Sanitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPP : Comité de Protection des Personnes

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PASS : Permanences, d'Accès aux Soins de Santé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

AME : Aide Médicale d'Etat

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

ENFAMS : ENfants et FAMilles Sans logement

ADSF : Agir pour le Développement de la Santé des Femmes

## VII. BIBLIOGRAPHIE

---

1. definition-exposition-plomb [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/saturnisme/definition-exposition-plomb>
2. Mortalité par intoxication au CO [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011\\_34\\_environnement\\_obj23.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_34_environnement_obj23.pdf)
3. Rosa EL. Santé, précarité et exclusion. Paris; 1998. 232 p. (Presses Universitaires de France - PUF).
4. « État de santé général perçu » OCDE [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115072ec014.pdf?expires=1520517067&id=id&accname=guest&checksum=1D7BFC4A71F97CCB2822AC3B58EC3D04>
5. Camirand J, Sermet C, Dumitru V, Guillaume S. La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. 2009;8.
6. Définition logement INSEE [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1702>
7. Bourgois L, Leclève A, Masson-Diez E, Peyroux O. “ Du bidonville à la ville : vers la « vie normale » ? Parcours d’insertion de personnes migrantes ayant vécu en bidonvilles en France” [Internet]. Association TRAJECTOIRES; 2015 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01662685>
8. Péchu C. Chapitre 1. L’invention du squat (1880-1913). In: Les squats [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2010. p. 21-45. (Contester). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-squats--9782724611694-p-21.htm>
9. Yaouancq F, Marpsat M. Avant-propos. L’enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. Econ Stat [Internet]. 2016 [cité 29 nov 2018];488(1):7-23. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/estat\\_0336-1454\\_2016\\_num\\_488\\_1\\_10708](https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2016_num_488_1_10708)
10. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
11. Louis-René Villermé et le choléra en 1832 [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x016x004/HSMx1982x016x004x0317.pdf>
12. Goldberg M. Cet obscur objet de l’épidémiologie. Sci Soc Santé [Internet]. 1982 [cité 23 nov 2018];1(1):55-110. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1982\\_num\\_1\\_1\\_932](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1982_num_1_1_932)
13. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d’éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d’éducation pour la santé; 2012.

14. L'histoire du logement social [Internet]. L'Union sociale pour l'habitat. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.union-habitat.org/frise-historique>
15. Housing-Fuel-Poverty-and-Health-a-Pan-European-Analysis.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.healthyhousing.org.nz/wp-content/uploads/2010/01/Housing-Fuel-Poverty-and-Health-a-Pan-European-Analysis.pdf>
16. Ledésert B. Quand le logement rend malade. Inf Soc [Internet]. 13 nov 2014 [cité 3 mai 2018];(184):32-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-4-page-32.htm>
17. rapport\_precaire\_energetique\_sante\_conjoint\_vf.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/rapport\\_precaire\\_energetique\\_sante\\_conjoint\\_vf.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/rapport_precaire_energetique_sante_conjoint_vf.pdf)
18. LA SANTÉ ET LE RECOURS AUX SOINS DES PERSONNES SANS DOMICILE EN FRANCE EN 2012 [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10167](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10167)
19. Anne-Claire Colleville 2014 Impact des conditions de logement dégradées sur la santé des occupants. Congrès national santé environnement INVS [Internet]. [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: [http://www.sfse.org/userfiles/files/Congres\\_2014/Presentations\\_du\\_congres\\_2014/2\\_3\\_Anne-Claire\\_Colleville\\_2014\\_11\\_26.pdf](http://www.sfse.org/userfiles/files/Congres_2014/Presentations_du_congres_2014/2_3_Anne-Claire_Colleville_2014_11_26.pdf)
20. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé, Deprivation, self-perceived health and anxiodepressive disorders: a study from 12 health examination centers. Prat Organ Soins [Internet]. 2010 [cité 29 mars 2018];41(4):313-21. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-4-page-313.htm>
21. ENFAMS rapport final samu social Paris [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams\\_rapport\\_final.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf)
22. Spira A. MOTS-CLÉS : PAUVRETÉ, PRECARITÉ, PREVENTION, FACTEURS DE RISQUE, INÉGALITÉS SOCIALES, POLITIQUES DE SANTÉ. :24.
23. CNLE\_ChiffresCles2016\_ch1.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE\\_ChiffresCles2016\\_ch1.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_ChiffresCles2016_ch1.pdf)
24. 1re\_partie\_-\_zoom\_-\_le\_logement\_est\_une\_question\_de\_sante\_publique\_-\_21e\_rapport\_2016.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/1re\\_partie\\_-\\_zoom\\_-\\_le\\_logement\\_est\\_une\\_question\\_de\\_sante\\_publique\\_-\\_21e\\_rapport\\_2016.pdf](https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/1re_partie_-_zoom_-_le_logement_est_une_question_de_sante_publique_-_21e_rapport_2016.pdf)
25. Marpsat M. Les sans domicile et les services itinérants. :36.
26. L'état de santé de la population en France rapport 2017 [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat\\_sante\\_2017/ESP2017\\_Ouvrage\\_complet\\_vdef.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)
27. DINAOUI, Nabil. Médecine et précarité: Une enquête qualitative menée aux lits halte soins santé (LHSS) de Sète. [Thèse de doctorat en médecine]. Montpellier; 2013.

28. Arrete\_20\_mars\_2009\_portant\_agrement\_d\_une\_experimentation\_d\_actions\_medico-sociales.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Arrete\\_20\\_mars\\_2009\\_portant\\_agrement\\_d\\_une\\_experimentation\\_d\\_actions\\_medico-sociales.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Arrete_20_mars_2009_portant_agrement_d_une_experimentation_d_actions_medico-sociales.pdf)
29. Suely. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté [Internet]. [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sante-habitat.org/la-federation/nos-actions/item/989-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete>
30. abrege\_du\_rapport\_final\_volet\_qualitatif\_de\_recherche.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege\\_du\\_rapport\\_final\\_volet\\_qualitatif\\_de\\_recherche.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf)
31. Un chez-soi d'abord, saison 1 - programme expérimental de l'Etat en faveur des sans-abris, SDF vidéo - YouTube [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jrqKFTOsXME>
32. Couffinhal A, Dourgnon P. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. 2005;6.
33. europe\_pas\_sans\_toit-2.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.coredem.info/IMG/pdf/europe\\_pas\\_sans\\_toit-2.pdf](https://www.coredem.info/IMG/pdf/europe_pas_sans_toit-2.pdf)
34. La rapporteure de l'ONU sur le logement dénonce de nombreuses violations du droit [Internet]. ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde. 2019 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/la-rapporteure-de-lonu-sur-le-logement-denonce-de-nombreuses-violations-du-droit/>

## VIII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Tableau 1 : Exposition à la précarité énergétique et sante perçue (selon le profil de santé de Duke), étude CREAM-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012.....	25
Tableau 2 : prévalence des maladies chroniques chez les exposés et les non exposés à la précarité énergétique chez les adultes de 16 ans et plus, étude CREAM-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012. ....	25
Tableau 3 : prévalence des problèmes de sante aigus chez les exposes et les non exposes à la précarité énergétique, étude CREAM-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012 .....	26
Tableau 4 : Désordres dans le logement en 2011 et 2012 en France, enquête SRCV, Insee .....	29
Tableau 5 : Effectifs et pourcentages de conditions de logement "pas dégradées", "dégradées" et "très dégradées" en France selon l'InVS en 2012 .....	30
Tableau 6 : Répartition par tranches d'âge de l'échantillon .....	43
Tableau 7 : Répartition de l'échantillon par pays .....	45
Tableau 8 : Répartition de l'échantillon selon la situation maritale : en couple ou célibataire .....	47
Tableau 9 : Statut administratif des non européens dans l'échantillon, les statuts de « réguliers » apparaissent en bleus et les « irréguliers » en orange. ....	49
Tableau 10 : Statut administratif des européens dans l'échantillon .....	49
Tableau 11 : Droits possibles et droits effectifs à une couverture maladie de l'échantillon .....	50
Tableau 12 : Répartition de l'échantillon par types de logement (SDF, Squat, Bidonville).....	51
Tableau 13 : Santé perçue générale de l'échantillon.....	52
Tableau 14: Exposition des résultats de notre étude et de l'étude de l'InVS et des résultats du test de proportion. ....	59
Figure 1 : Frise chronologique du droit au logement. ....	23
Figure 2: graphique montrant la prévalence de la santé précaire parmi les populations de 32 pays européens soumis à la précarité énergétique versus ceux non soumis à la précarité énergétique. ....	24

Figure 3: Graphique santé perçue exposés/non exposés à la précarité énergétique, étude CREAI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012.....	27
Figure 4: Graphique pathologies aiguës et chroniques exposés /non exposés à la précarité énergétique, étude CREAI-ORS LR-GEFOSAT, Hérault, 2012.....	27
Figure 5: Part des individus qui se déclarent en "bonne" ou en "très bonne" santé parmi la population des personnes adultes sans-domicile comparée à la population générale selon le sexe et le groupe d'âge. France 2012 .....	28
Figure 6: Dégradation du logement et note de santé selon l'InVS en France en 2012 .....	30
Figure 7: Evolution de la santé générale et ressentie en fonction des quintiles du score EPICES et du sexe-ajustement sur l'âge, Centres d'examens de santé du centre-ouest de la France, étude B.Royer et al.....	31
Figure 8: Pyramides des besoins de Maslow .....	34
Figure 9: Capture d'écran de l'onglet accueil "Conditions de vie" et "Logement" du logiciel Maïa de Médecins du Monde .....	39
Figure 10: Capture d'écran de l'onglet accueil "santé perçue" du logiciel Maïa de médecins du Monde.....	39
Figure 11: Capture d'écran de l'onglet social "logement" du logiciel Maïa de médecin du monde .	40
Figure 12: Répartition hommes/femmes de l'échantillon.....	43
Figure 13: Répartition par tranche d'âge exprimée en pourcentage de l'échantillon .....	44
Figure 14: Répartition de l'échantillon par régions du monde.....	46
Figure 15: Répartition célibataire/couple de l'échantillon .....	47
Figure 16: Répartition de l'échantillon avec et sans enfants.....	48
Figure 17: Situation administrative de tout l'échantillon, répartition séjour régulier/irrégulier.....	50
Figure 18: Droits possibles et droits effectifs de l'échantillon selon les couvertures possibles (CMU-C, AME, Puma, couverture européenne) ou l'absence de droit possible.....	51
Figure 19: Types de logement répartition de l'échantillon .....	52
Figure 20: Etat de santé perçue générale de l'échantillon (exprimé en nombre).....	53
Figure 21: Etat de santé perçue générale de l'échantillon (exprimé en pourcentages) .....	53

Figure 22: Etat de santé perçue selon le sexe en 2014 (en %) selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014.....	54
Figure 23: Etat de santé perçue selon l'âge et le sexe en 2014 (en %) selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014.....	55
Figure 24: Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon la profession et catégorie socioprofessionnelle, en 2013 en %, selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014.....	56
Figure 25: Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'étude en 2013 (en%), selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014 .....	56
Figure 26: Santé perçue selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2013 (en%), selon l'étude SRCV-SILC, Eurostat, 2014 .....	57
Figure 27: Graphique comparant l'état de santé perçu de la population générale (étude « témoin » (26)), et la population de notre étude, (étude « cas ») .....	58

## **IX. ANNEXES**

---

### **IX.A. Tableaux Maïa**

Ci-dessous, tableaux regroupant l'ensemble des informations recueillies à l'aide du logiciel Maïa nous ayant servi de base pour l'obtention de nos résultats.

REF	AGE/DDN	SEXE	NATIONALITE	SITUATION MARITALE	ENFANTS	DROITS POSSIBLES	DROITS EFFECTIFS	LOGEMENT	SANTE PERCUE	SITUATION ADMINISTRATIVE	DATEENTREE EN France
148548	26/1991	homme	bosnie	couple	non	puma	0	bidonville		deboute droit d'asile	01/08/2004
147792	30/1987	homme	georgie	ce libataire	non	0	0	bidonville	très mauvais	depot demande d'asile	
146410	25/1992	homme	guinee	couple	non	AME	0	SDF		depot demande d'asile	16/09/2018
147694	34/1983	homme	tchad	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	13/04/2018
146740	23/1994	femme	france	ce libataire	non	puma	puma	SDF	bon	nc	nc
148398	44/1973	femme	bosnie	ce libataire	non	AME	CMU-C	SDF	moyen	statut refugee	01/12/2017
146728	21/1996	femme	iberia	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	23/03/2018
148126	25/1993	homme	senegal	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	09/04/2018
146218	66/1952	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	nc	nc
148372	32/1986	femme	nigeria	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	26/02/2018
146410	25/1992	homme	guinee	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	27/12/2017
147236	26/1992	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	squat	moyen	nc	nc
148552	26/1992	homme	maroc	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF	moyen	demande refusée	24/04/2000
148538	36/1982	homme	montenegro	couple	oui (3vit avec)	AME	0	bidonville		deboute droit d'asile	01/08/2004
151647	68/1954	femme	apatride	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	sans titre	non renseigné
149658	29/1988	femme	algerie	couple	oui (2vit avec)	AME	0	SDF	mauvais	sans titre	05/01/2018
148866	29/1989	homme	guinee	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	11/04/2018
150957	30/1988	homme	guinee	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF		depot demande d'asile	16/05/2018
150507	26/1991	homme	nigeria	ce libataire	non	AME	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	06/01/2018
151483	46/1972	homme	france	couple	non	CMU-C	puma	squat	bon	nc	nc
150447	24/1993	homme	gabon	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF		depot demande d'asile	05/05/2018
145574	24/1993	homme	montenegro	ce libataire	non	AME	0	bidonville	bon	sans titre	01/01/2018
145088	27/1990	homme	portugal	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	sans titre	01/08/2017
145650	23/1995	homme	guinee	couple	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	12/03/2018
152017	50/1967	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF		nc	nc
152005	21/1997	femme	georgie	couple	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	29/05/2018
148304	26/1992	homme	guinee	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	0	0	SDF	très mauvais	sans titre	24/03/2018
143914	52/1966	femme	hongrie	couple	non	0	0	SDF	moyen	reg < 3mois	01/03/2018
143938	55/1963	homme	roumanie	ce libataire	non	AME	AME	bidonville	moyen	irreg>3mois	20/11/2017
143920	52/1966	homme	hongrie	couple	non	0	0	SDF	moyen	reg>3mois	01/03/2018
142542	29/1988	femme	algerie	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	sans titre	24/10/2017
142780	34/1983	homme	roumanie	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	irreg>3mois	01/01/2017
143510	60/1957	homme	bulgarie	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	bidonville	moyen	nc	01/03/2017
143478	35/1983	homme	bulgarie	ce libataire	non	AME	0	squat	bon	irreg>3mois	01/01/2018
142884	29/1989	homme	slovaquie	ce libataire	non	AME	0	squat	bon	irreg>3mois	10/12/2017
152209	52/1965	homme	gabon	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	débouté irreg	01/09/1994
154631	25/1992	homme	cote d'ivoire	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	05/06/2018
154011	46/1971	homme	maroc	couple	non	AME	AME	SDF	moyen	sans titre	01/06/2017
156409	32/1986	homme	algerie	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	sans titre	01/12/2017
155735	35/1983	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	squat	moyen	nc	
155767	25/1993	homme	mali	ce libataire	non	puma	0	squat	moyen	nc	
154817	42/1976	femme	france	couple	oui (vit avec)	CMU-C	CMU-C	SDF	moyen	depot demande d'asile	06/06/2018
154557	40/1977	homme	nigeria	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	très mauvais	nc	
157337	49/1969	homme	dane mark	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	09/06/2018
157649	31/1986	homme	algerie	ce libataire	non	AME	AME	SDF	moyen	situation régulière	01/01/1998
157333	48/1970	homme	tunisie	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF	bon	sans titre	08/01/2016
157655	22/1996	homme	afghanistan	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	01/12/2017
157971	37/1981	femme	algerie	ce libataire	oui (3vit avec)	AME	0	SDF		depot demande d'asile	30/06/2018
157983	19/1998	homme	niger	ce libataire	non	AME	0	SDF		dépot demande d'asile dublin III	10/02/2018
156751	35/1983	homme	maroc	ce libataire	non	AME	0	SDF	bon	sans titre	01/11/2017
156767	37/1981	homme	bosnie	ce libataire	non	AME	0	squat		depot demande d'asile OFPRA	09/02/2018
156671	38/1979	homme	roumanie	ce libataire	non	AME	0	bidonville	très mauvais	situation irrégulière	

REF	AGE/DDN	SEXE	NATIONALITE	SITUATION MARITALE	ENFANTS	DROITS POSSIBLES	DROITS EFFECTIFS	LOGEMENT	SANTÉ PBC/UC	SITUATION ADMINISTRATIVE	DATE ENTREE EN France
8/1989	28/1989	homme	espagne	célibataire	non	couverture 0	AME	bidonville	irreg3mois	de pot de demande d'asile	05/05/2018
152565	35/1983	homme	albanie	couple	oui (2 vit avec)	AME	AME	squat	moyen	sans titre, débouté asile	16/02/2017
151625	18/2000	homme	gambie	célibataire	non	AME	0	SDF		sans titre	16/02/2018
151625	29/1989	homme	pologne	célibataire	non	AME	0	SDF		sans titre	20/05/2017
151337	27/1991	homme	cameroun	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	de pot de demande d'asile OFPRA	20/04/2018
150523	27/1991	homme	cameroun	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	mauvais	de pot de demande d'asile OFPRA	28/04/2018
149258	29/1989	homme	algerie	célibataire	non	0	0	squat	très bon	sans titre	01/03/2018
148392	37/1981	homme	bosnie	célibataire	non	AME	0	SDF	moyen	titre de séjour/réfugié	01/11/2017
148548	26/1991	homme	bosnie	couple	non	AME	0	bidonville		sans titre/débouté	01/08/2004
157983	19/1998	homme	nigeria	célibataire	non	AME	0	SDF		procedure dublin III	10/02/2018
157971	37/1981	homme	algerie	célibataire	oui (3 vit avec)	AME	0	SDF		sans titre	30/06/2018
161619	22/1996	homme	bosnie	célibataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	squat		convocation OFPRA	12/08/2018
162853	33/1985	homme	bosnie	couple	oui (2 vit avec)	0	0	SDF		visa touriste	18/08/2018
162875	34/1984	homme	georgie	couple	non	0	0	SDF		sans titre	03/08/2018
164085	21/1997	homme	espagne	célibataire	non	0	0	SDF	bon	situation irrégulière	06/08/2018
161895	27/1990	homme	algerie	célibataire	non	AME	0	squat		sans titre	01/04/2018
163291	43/1975	homme	rep dem congo	célibataire	non	CMU-C	0	SDF		de pot de demande d'asile	27/08/2018
161153	23/1995	homme	somalie	couple	non	AME	0	SDF		sans titre	01/04/2018
163583	23/1995	homme	nigeria	célibataire	non	0	0	SDF			01/06/2016
162867	33/1985	homme	georgie	couple	non	0	0	SDF		sans titre	01/09/2018
161615	32/1986	homme	somalie	célibataire	non	0	0	SDF		Dublin III	20/07/2018
162893	46/1971	homme	algerie	célibataire	oui (1 vit avec)	0	0	SDF	mauvais		01/08/2018
164041	31/1987	homme	guinee	couple	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF		de pot de demande d'asile	14/07/2018
161403	54/1963	homme	tunisie	couple	oui (ne vit pas avec)	0	0	SDF		sans titre	01/06/2018
161403	29/1989	homme	roumanie	couple	oui (1 vit avec)	CMU-C	0	bidonville		situation régulière	15/05/2018
162213	38/1980	homme	maroc	célibataire	non	AME	0	SDF		sans titre	01/08/2017
163657	21/1997	homme	côtes d'ivoire	célibataire	non	AME	0	squat		de pot de demande d'asile	26/06/2018
160999	25/1993	homme	somalie	célibataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF		de pot de demande d'asile	31/07/2018
163289	32/1986	homme	algerie	célibataire	non	AME	0	SDF		sans titre	14/05/2018
160837	22/1996	homme	nigeria	couple	non	0	0	squat		Dublin III	28/06/2018
163207	18/1999	homme	nigeria	célibataire	non	CMU-C	0	SDF		de pot de demande d'asile	10/08/2018
163593	23/1994	homme	afghanistan	célibataire	non	CMU-C	0	SDF		Dublin III	05/04/2018
163549	23/1995	homme	nigeria	célibataire	non	AME	0	SDF		sans titre débouté	01/10/2015
165695	22/1996	homme	nigeria	célibataire	non	0	0	SDF		sans titre	09/07/2018
166401	18/2000	homme	guinee	célibataire	non	puma	0	SDF	mauvais	de pot de demande d'asile	22/08/2018
171875	28/1990	homme	georgie	célibataire	non	puma	0	SDF		demande OFPRA	01/09/2018
171689	31/1987	homme	maroc	célibataire	non	0	0	SDF		sans titre	01/09/2018
172705	58/1960	homme	france	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	nc	09/10/2018
173837	25/1993	homme	guinee	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	demande OFPRA	09/10/2018
171633	34/1984	homme	afghanistan	couple	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	de pot de demande d'asile	11/10/2018
170607	29/1989	homme	gambie	célibataire	non	0	0	SDF		Dublin III	28/09/2018
166117	39/1979	homme	georgie	célibataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	titre de séjour/réfugié	01/09/2018
171223	25/1993	homme	guinee	célibataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF		demande OFPRA	19/04/2017
171883	33/1985	homme	cote d'ivoire	célibataire	oui (ne vit pas avec)	puma	0	SDF		Dublin III	01/09/2018
164041	63/1955	homme	tunisie	couple	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF	moyen	sans titre	01/06/2018
162853	33/1985	homme	algerie	couple	oui (2 vit avec)	0	0	SDF		visa touriste	18/08/2018
172367	30/1988	homme	guinee	célibataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	de pot de demande d'asile	25/10/2018
169959	40/1978	homme	maroc	célibataire	oui (1 vit avec)	0	0	SDF	moyen	visa touriste	29/09/2018
166827	36/1981	homme	georgie	couple	oui (1 vit avec)	CMU-C	0	SDF		de pot de demande d'asile	05/07/2018
168675	44/1973	homme	france	couple	non	0	0	SDF	bon	nc	01/08/2018
171551	32/1986	homme	nigeria	célibataire	non	0	0	SDF	moyen	Dublin III	01/08/2018
172745	29/1989	homme	senegal	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	de pot de demande d'asile	09/10/2018
169593	21/1997	homme	guinee	célibataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	de pot de demande d'asile	12/09/2018

REF	AGE/DDN	SEXE	NATIONALITE	SITUATION MARITALE	ENFANTS	DROITS POSSIBLES	DROITS EFFECTIFS	LOGEMENT	SANTE PERCUE	SITUATION ADMINISTRATIVE	DATE ENTREE EN France
163643	20/1998	homme	cote d'ivoire	ce libataire	non	CMU-C	CMU-C	SDF		Dublin III	01/06/2018
173889	33/1985	femme	erythree	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	0	0	SDF	moyen	sans titre	29/10/2018
171697	58/1960	homme	pologne	ce libataire	non	AME	0	SDF		situation irrégulière	01/01/2003
166881	35/1983	homme	maroc	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	squat	moyen	sans titre	25/05/2013
172403	28/1990	homme	guinee	couple	non	CMU-C	0	squat		demande OFPRA	10/10/2018
165383	23/1995	femme	nigeria	ce libataire	non	CMU-C	CMU-C	SDF			01/06/2016
174331	27/1991	homme	georgie	ce libataire	non	0	0	SDF			23/10/2018
165685	26/1992	homme	nigeria	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	09/07/2018
165593	24/1994	homme	somalie	ce libataire	non	0	0	SDF		Dublin III	05/04/2018
168701	29/1989	femme	rep tcheque	couple	oui (vit avec 1)	AME	0	bidonville	moyen	situation irrégulière	01/06/2018
163657	21/1997	homme	cote d'ivoire	ce libataire	non	CMU-C	AME	squat		demande OFPRA	26/06/2018
174339	31/1987	femme	georgie	couple	oui (vit avec 1)			SDF			07/11/2018
167509	26/1992	homme	rep tcheque	ce libataire	non	AME	0	bidonville	moyen	situation irrégulière	01/07/2018
167999	36/1981	homme	cameroun	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	AME	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	01/03/2018
171849	26/1992	femme	georgie	ce libataire	oui (vit avec 1)	CMU-C	0	SDF		demande OFPRA	09/10/2018
170663	31/1987	femme	maroc	ce libataire	non	AME	0	SDF		sans titre	24/04/2018
167583	20/1998	homme	algerie	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen	sans titre	01/06/2018
169645	28/1990	homme	cote d'ivoire	ce libataire	non	0	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	01/10/2018
173869	42/1975	homme	armenie	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	0	0	SDF	mauvais	demande OFPRA	05/11/2018
173555	36/1982	homme	algerie	ce libataire	non	AME	AME	squat		visa touriste	06/04/2018
167973	26/1992	homme	nigeria	ce libataire	non	0	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	02/10/2018
164493	20/1998	homme	maroc	ce libataire	non	AME	0	SDF		sans titre	01/02/2018
174333	28/1990	femme	georgie	ce libataire	non	0	0	SDF			23/10/2018
175107	25/1993	homme	cameroun	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	titre de séjour +OFPRA	19/10/2016
174201	31/1987	homme	maroc	ce libataire	non	AME	0	squat	moyen	sans titre	01/01/2008
174735	63/1965	homme	irak	couple	non	puma	puma		très bon	carte résident 10ans	01/07/1987
175285	24/1994	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	squat		nc	
169215	29/1989	homme	nigeria	ce libataire	non	0	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	07/10/2018
168337	38/1980	homme	algerie	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	CMU-C	SDF		demande OFPRA	06/08/2018
167885	37/1981	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	squat	bon	nc	
170671	23/1994	homme	niger	ce libataire	non	0	0	SDF		Dublin III	04/10/2018
167567	40/1978	homme	albanie	couple	oui (2 vit avec)	0	0	SDF	mauvais	sans titre	18/09/2018
168008	34/1984	homme	france	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	puma	0	SDF	moyen		
168387	34/1984	homme	algerie	ce libataire	non	AME	AME	SDF		nc	
174765	24/1994	femme	guinee	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	mauvais	demande OFPRA	05/09/2016
174327	25/1992	homme	georgie	ce libataire	non	AME	0	SDF		titre de séjour 1-6mois+OFPRA	25/10/2018
175229	22/1995	femme	nigeria	ce libataire	non	AME	0	SDF	moyen		23/10/2018
174199	38/1980	homme	algerie	ce libataire	non	AME	0	squat	moyen	titre de séjour 1-6mois+Dublin III	23/09/2018
174747	20/1998	homme	guinee	ce libataire	non	CMU-C	0	squat	moyen	sans titre	01/01/2012
171575	20/1998	femme	somalie	couple	non	0	0	SDF	moyen	titre de séjour 1-6mois+OFPRA	15/10/2018
169669	18/2000	femme	maroc	ce libataire	non	0	0	SDF	bon	sans titre	01/10/2018
171593	27/1991	homme	gambie	ce libataire	non	0	0	SDF	bon	visa touriste	12/09/2018
172407	20/1998	homme	nigeria	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	09/10/2018
172101	22/1996	homme	albanie	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	demande OFPRA	20/09/2018
171991	53/1965	homme	georgie	couple	oui (1 vit avec)	0	0	squat		depot demande d'asile	07/08/2018
175575	39/1979	femme	albanie	couple	oui (2 vit avec)	CMU-C	0	SDF	très mauvais		23/10/2018
176075	31/1987	homme	france	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	CMU-C	0	SDF	mauvais	depot demande d'asile	15/11/2018
175547	40/1978	homme	italie	couple	non	AME	0	SDF	bon	nc	
175569	43/1975	homme	albanie	couple	oui (2 vit avec)	CMU-C	0	SDF	moyen	situation irrégulière	10/08/2018
175919	33/1985	homme	france	ce libataire	non	CMU-C	0	SDF	moyen	depot demande d'asile	15/11/2018
175545	69/1949	homme	italie	couple	non	AME	0	squat	moyen	nc	
176583	34/1984	femme	maroc	ce libataire	oui (ne vit pas avec)	puma	puma	squat	bon	situation irrégulière	10/08/2018
										situation irrégulière	01/01/1989

## **IX.B. Contacts utiles à l'orientation des patients précaires, à l'attention des médecins généralistes de Montpellier.**

# Contacts utiles à l'orientation des patients en situation de précarité à l'intention des médecins généralistes de Montpellier.

## Administrations

### **Préfecture de l'Hérault :** ☎

Place des Martyrs de la Résistance  
☎0467616161. Pré-accueil réservé aux ressortissants étrangers ouvert les lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 8h15 à 11h30 / de 13h00 à 16h00, le mercredi : de 13h00 à 16h00.

**Caisse primaire d'assurance maladie** (CPAM) de l'Hérault - accueil de Montpellier - Gambetta ☎ 29 cours Gambetta. Du Lundi au Vendredi : de 08h00 à 17h00. Accueil fermé de 08h à 13h le 1er jeudi du mois. ☎3646.



**PASS Montpellier :** L'accueil du public sur rdv tous les jours du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h sauf les jeudis après-midi. ☎0467337155. Au CHU, à l'hôpital Saint-Eloi, au rdc du bâtiment des Médecines Internes. PASS « psy » : hôpital La Colombière ☎0467330320 du lundi au vendredi 9h-12h30.



### **Planning familial :**

☎ 48 boulevard Rabelais Tram 1 Arrêt Gare  
☎ 0467646219

Prise de rdv : Lu, Ma, Me 9h-12h 14h-17h, Je, Ve 9h-12h. Sans-rdv : Merc. 14h

Numéro vert (gratuit) : 0800081111

### **CGAD-CeGIDD :**

Centre d'information, de dépistage, et de diagnostic des IST. Consultations sans RDV : tous les matins 9h-12h. Sur RDV lu, mer, ve, à partir de 13h, ma 16h. Anonymat-Gratuité-Confidentialité.

Hôpital Saint Eloi ☎ 80 Augustin Fliche Tram ligne 1 arrêt saint Eloi ☎ 0467336950



### **LHSS ADAGES CHRS Regain**

☎ 421 rue de l'agathois  
☎0467104270 [regain@adages.net](mailto:regain@adages.net)

### **AERS Lits d'Accueil Médicalisé**

☎ 22 rue Jules Guesde  
☎0499235723 [lam@aers-asso.fr](mailto:lam@aers-asso.fr)



### **Centre communal d'action sociale (CCAS)**

☎ 125 place Thermidor.  
☎0499527700 Ouvert au public du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h.

### **Service local d'intervention pour la maîtrise de l'énergie**

☎ 0499528555 de 9h à 12h mail : [slime@ccas.montpellier.fr](mailto:slime@ccas.montpellier.fr)

## Associations

### Soins/Aides

### sociales/Orientation :



### **Médecins du monde**

☎ 18 rue Henri Dunant  
[languedocroussillon@medecinsdumonde.net](mailto:languedocroussillon@medecinsdumonde.net)

☎0499232717

CASO: Lundi, mercredi | 14h00 - 17h00 Vendredi | 9h00 - 12h00

Action Mobile "sans-abris" Lundi | 19h00 - 22h00 Jeudi | 19h30 - 22h00



### **AIDES Montpellier :**

☎ 17 rue Boussairolles, Tram ligne 1-2 arrêt Comédie

☎0467340376 / 0607671199

Accueil : mardi 14h-17h jeudi 18h-22h (dépistage SIDA rapide gratuit)



### **Croix rouge française** Unité Locale de Montpellier Hérault

☎ 3 Boulevard Henri IV Montpellier. Tram 1-4 arrêt Place

Albert 1<sup>er</sup> ☎0467400197 Du lundi au vendredi 08h30-11h30 14h00-17h00.

Petit-déjeuner tous les jours 8h30-10h30, sandwich et boisson chaude 12h-12h45, idem le soir. Laverie 8h30-12h.



### La Cimade

Les permanences sociales :

☎ 28 rue du Faubourg Boutonnet ☎0467069036 Permanences : séjour : Je 9 h 00 à 12 h 00, Asile : ma 14 h-17 h, conjoint français je 14h.

### Aides au logement :

Solutions d'hébergement d'urgence



**Fondation Abbé Pierre** Agence régionale Occitanie ☎ 17, cours Gambetta 34000 MONTPELLIER ☎0467580587

**CORUS :** Service d'urgence d'accueil et d'orientation. Admission immédiate en urgence.

☎ 19 rue Saint-Claude ☎0467581400 Site web : [www.gammes.org](http://www.gammes.org)

**ADOMA :** Foyer d'accueil de personnes migrantes

☎ 534 avenue du Père-Soulas ☎0467630355

☎ 1 rue de l'Agathois ☎0467107890

**Astrolabe – Adages :** Structure dédiée à l'hébergement et à l'accompagnement de demandeurs d'asile. ☎ 6 rue Draparnaud. ☎0467581699

**Foyer Jeunes Travailleurs -** Habitat Jeune. Accueil des 18/30 ans. ☎ 3 bis rue de la Vieille. ☎0499614661 [www.habitat-jeunes-montpellier.org/](http://www.habitat-jeunes-montpellier.org/)

**GAMMES :** Accueil d'urgence, hébergement social, centre de soins. ☎ 6 rue Saint-Barthélémy ☎0467929076 [www.gammes.org](http://www.gammes.org)

**Toits du Cœur 34 :** Montpellier, quartier Figuerolles ☎ 4 rue Albert Samain. ☎0671777496 [michele.audouard@restosducoeur.org](mailto:michele.audouard@restosducoeur.org) lu, ma, je et ve, bus 11 Cité Gély Tram 3 Plan Cabanes

### Aides alimentaires :

**Babel Café "Pause"** ☎ 17, rue Saint Claude ☎0467581400 Du lundi au vendredi 08h00 - 10h30.

**Halte Solidarité :** ☎ 45 quai du Verdenson ☎0499632110 8h30-11h30 et 11h30-12h45.

**A Cœur ouvert :** ☎ 7 rue Candolle ☎0467661230 Ma, Ve repas chaud.

**Saint Vincent de Paul :** Plan cabanes Je 20h repas chaud.

**Amoureux de la vie :** Square Koaris Lu 19h30-21h repas chaud.

**Ordre de Malte :** Centre-ville Ma, Mer, Sa, Di soupe.

**Secours Catholique :** ☎ 5 rue du général Campredon Me, Je 9h-12h, Je 14h30-17h30 épicerie solidaire, colis alimentaire.



**Secours populaire français :** Colis alimentaire.

-La Paillade ☎ 140 allée de Cambridge Tram 1 Halles paillade Ma, Je, Ve 13h-16h.

-Paul Valéry ☎ 24 rue Robespierre bus 11-6 arrêt Pas de Loup Lu, Je 14h-16h30.

-La Pompignane : ☎ 119 av. saint André de Novigens tram 4 arrêt Les Aubes, Lu, Ma, Je 13h30-17h.



**Les restos du cœur** de l'Hérault : Points de distribution : <https://restosducoeur34.fr/les-restos-du-coeur/l-association-de-l-herault/ou-nous-trouver/15-centres-de-distribution-de-montpellier>.

**Aide aux gens de la rue - Le camion du cœur**

A midi, le lundi, mardi, jeudi et vendredi ; le soir le lundi et mercredi le camion s'installe au parking des arceaux

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

## Résumé Français

Introduction : Différents exemples montrent l'importance pour le médecin généraliste de connaître les conditions de logement des patients. L'influence des conditions de logement sur la santé a été étudiée récemment, mais la bibliographie sur la grande précarité est pauvre.

Méthode : L'objectif principal était de rechercher si des conditions de logement précaires ont une influence sur la santé perçue, pour cela nous avons réalisé une étude quantitative, prospective, descriptive auprès de 158 consultants au CASO de Médecins du monde de Montpellier ; puis effectué un test de proportion entre nos résultats et ceux du rapport 2017 de l'Invs sur l'état de santé de la population française.

Résultats : Notre échantillon est représentatif de la population précaire actuelle avec une augmentation des femmes, des familles et des étrangers. 68% des français déclarent une santé « très bonne » et « bonne », dans notre échantillon ils ne sont que 15%. On obtient une différence significative de santé perçue.

Discussion : Notre étude est dans la lignée des études actuelles, ses forces sont d'être quantitative avec un échantillon relativement important, hétéroclite, et formée de personnes habituellement exclues des études. Devant nos résultats, des solutions telles que les lits halte soins ou le dispositif « un chez soi d'abord » doivent se développer.

Conclusion : Nous pourrions ainsi participer à alerter les pouvoirs publics sur l'urgence de mesures et d'investissements dans la lutte contre le logement précaire et ses conséquences sur la santé. Elle rappelle également aux médecins généralistes la nécessité de connaître les conditions de logements des patients pour mieux les soigner.

Mots clés : précarité, logement, santé perçue, médecine générale, Médecins du Monde