

# L'impact du mal-logement sur la santé, vu depuis les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

## Pour la Coordination nationale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass):

### Dr Rémi Laporte,

pédiatre, permanences d'accès aux soins de santé (Pass) mère-enfant, Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM), coordination Pass en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca),

### Barbara Bertini,

coordinatrice régionale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) franciliennes, département programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), Direction de la santé publique, agence régionale de santé (ARS) Île-de-France,

### Muriel Schwartz,

cadre socio-éducatif, coordination régionale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM),

### Dr Pierre Marie Tardieux,

praticien hospitalier responsable, centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, permanence d'accès aux soins de santé (Pass), coordination Pass – agence régionale de santé (ARS) Paca.

L'impact de l'habitat sur la santé est bien connu. L'habitat – le logement et son environnement – définit le milieu de vie d'un individu. Il constitue un déterminant de santé majeur qui connaît d'importantes inégalités sociales. Un habitat dégradé ou au contraire favorable à la santé aura un impact différent sur la santé physique, mentale et sociale de ses occupants<sup>1</sup> [1].

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières d'accueil inconditionnel. Elles assurent une prise en charge médicale et proposent un accompagnement social.

L'habitat comprend des déterminants physiques (éléments bâtis, de surface, luminosité, quartier...) ainsi que sociaux (membres du foyer, voisinage...). L'altération de l'habitat inclut le logement non adapté (sur-occupation, hébergement temporaire), le mal-logement (logement indigne, insalubre) et le non-logement (squat, occupation/auto-construction de bâtiments, sans-abrisme).

## La patientèle des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les conditions de logement : un déterminant social ayant un impact majeur sur la santé

Dans les 430 PASS<sup>2</sup> de France, selon le rapport d'activité national Piramig 2019, sur une file active de 203 552 patients, 29 % déclarent être hébergés par un tiers ; 21 % disposent d'un habitat stable ; 20 % déclarent vivre à la rue ; 19 % disent être hébergés par un organisme ou une association de façon suivie ; 12 % disent être en hébergement d'urgence pour quelques nuits (y compris *via* le 115) ; 9 % déclarent vivre en bidonville, squat ou caravane ; enfin, 19 % déclarent avoir une autre solution (p. ex. hôtel payé par la personne).

79 % des personnes reçues ont une origine géographique autre que française. Après des périodes migratoires longs et complexes, ces personnes sont souvent amenées à connaître des périodes de sans-abrisme, compte tenu d'un déficit en places d'accueil, en asile et/ou dans les structures d'hébergement d'urgence<sup>3</sup>.

## L'ESSENTIEL

Les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constatent que pour leur patientèle, la question du logement est très souvent évoquée lors des entretiens avec les personnels sociaux et reste un frein majeur pour l'accès aux soins et leur continuité. Ils dressent le constat quotidien que le logement non adapté, le mal-logement, l'absence de logement ont un impact majeur sur la santé – y compris mentale. Les équipes des Pass sont souvent démunies face aux demandes de changement ou d'accès à un logement, pour lesquelles les réponses sont limitées. Au quotidien, elles tentent d'adapter la prise en charge sanitaire aux différentes conditions de vie. Depuis mars 2020 et la survenue de la pandémie de Covid-19, les personnes confinées dans un habitat surpeuplé, indigne, vétuste, dangereux ou inexistant ont vu leurs conditions de vie se dégrader fortement. *A contrario*, face à cette situation inédite se sont développées des pratiques innovantes et pertinentes. Pendant cette même période de pandémie, les personnes qui ont été hébergées et accompagnées ont pu mieux aborder une prise en charge globale de leur santé somatique et psychique ainsi qu'un avenir social de (ré)insertion.

Pour cette patientèle, la question du logement occupe très souvent les entretiens sociaux et reste un frein majeur pour l'accès aux soins et leur continuité. Les équipes des Pass sont souvent démunies face aux demandes de changement ou d'accès à un logement, pour lesquelles les réponses

sont limitées. Au quotidien, elles tentent d'adapter la prise en charge sanitaire aux différentes conditions de vie (p. ex. la délivrance des médicaments est étudiée et adaptée en fonction de l'accès à l'eau, à un réfrigérateur...).

L'état de santé des mineurs non accompagnés est aussi particulièrement altéré. Un psycho-traumatisme était suspecté chez 27 % d'entre eux [2]. L'isolement social et les mauvaises conditions d'hébergement exposent à une symptomatologie du psycho-traumatisme plus sévère et à plus de résurgences chez eux [3].

D'une façon générale, le public accueilli en Pass, même quand il est hébergé ou dispose d'un logement chez un tiers ou personnel, est confronté au manque de confort dans des habitats de fortune, au manque d'espace, à l'enclavement géographique et souvent à l'insalubrité. La présence de nuisibles (cafards, rats, punaises...) a aussi des conséquences sur la santé mentale [4].

Certaines personnes suivies en Pass font également état de craintes de se « retrouver à la rue » : suite à l'intervention de la force publique (en cas de dette locative ou d'évacuation pour péril imminent...) ou encore par le tiers qui les héberge de façon temporaire.

Tout habitat dégradé est aussi associé à une accidentologie importante [5]. Ce risque, en particulier en présence d'enfants, est une source d'inquiétude exposant à une anxiété chronique, un épuisement, des troubles de l'humeur ou du sommeil.

Les moisissures sont notoirement associées à la précarité énergétique (ponts thermiques, humidité de l'air intérieur...). Elles sont à l'origine de douleurs musculo-squelettiques, anxiété, dépression, troubles cognitifs. Ces pathologies surviennent par l'exposition (respiratoire, digestive, cutanée) à des mycotoxines<sup>4</sup> [6].

Des intoxications prolongées à de faibles concentrations de monoxyde de carbone surviennent aussi dans les atmosphères confinées, souvent en cas de précarité énergétique. Elles entraînent des atteintes cardio-vasculaires et neuropsychologiques (incluant troubles



© Sébastien Godeffroy

de la mémoire, de l'attention, de concentration, et moteurs de type Parkinsonien [7 ; 8]).

Le plomb a des effets multiples sur la santé, dès le plus jeune âge. Même à des faibles niveaux d'exposition, il altère le développement du cerveau chez l'enfant, avec une baisse du quotient intellectuel (QI), des changements comportementaux (troubles de concentration, de mémoire...) et une baisse des résultats scolaires. Ces effets neuro-comportementaux ne sont qu'en partie réversibles [9].

L'éclairage est un aspect essentiel de la qualité du logement. Il permet le développement de la vision et la sécurité. Il joue également un rôle vital dans la régulation de fonctions physiologiques. Le défaut d'ensoleillement est associé à plus de risques de dépression<sup>5</sup> [10].

Le syndrome de Diogène entraîne une dégradation de l'habitat. L'amassement pathologique d'objets encombre et aggrave l'exiguïté, l'empoussièrément, le risque de nuisibles... Ses mécanismes psychopathologiques

restent discutés et sa prise en charge est complexe (suite au déni du trouble ou dans son association à d'autres signes psychiques) et multidimensionnelle (médico-socio-psychologique et environnementale) [11]. Pour autant, face aux 800 000 logements indignes en France [12], ce syndrome du sujet plutôt âgé n'intéresse que 30 000 patients [13]. L'habitat indigne ne doit donc pas être réduit à ce syndrome spécifique.

La sur-occupation de l'habitat est associée à plus de dépressions, en particulier dans les populations les plus défavorisées [14]. Un effet de la promiscuité est probablement l'accroissement des violences domestiques, physiques ou psychiques. Cette inquiétude s'est particulièrement illustrée pour les enfants pendant la crise de la Covid [15].

### Impact du logement durant la crise sanitaire de la Covid

Ces dix-huit derniers mois, entre plusieurs vagues épidémiques et autant de confinements, ont été une

période particulièrement difficile à vivre pour les personnes mal logées et pour les personnes sans domicile. En effet, cette période a entraîné, en plus d'un isolement accru, l'impossibilité de satisfaire certains besoins de base.

Les personnes vivant en résidence sociale, en foyer ou en centre d'hébergement, celles qui ont été confinées dans leur habitat indigne, vétuste et dangereux, parfois surpeuplé, ont vu leurs conditions de vie se dégrader fortement. Les personnes contraintes de partager à plusieurs des chambres communes, dans des structures où les équipements sont collectifs, ont vécu cette période dans des conditions de vie inadaptées aux recommandations sanitaires.

D'après les données de l'enquête EpiCov<sup>6</sup>, 9,2 % des personnes vivant dans un logement surpeuplé avaient été touchées par le virus en mai 2020, contre 4,5 % de la population générale. Au-delà des situations d'exclusion les plus dramatiques, le confinement a souligné et exacerbé les inégalités face au logement. Dans l'impossibilité de stocker des grandes quantités de denrées alimentaires ou de télétravailler, les populations les plus modestes ont dû continuer à sortir et prendre les transports en commun pour assouvir les besoins de base.

Ce sont aussi des quartiers entiers, parmi les plus dépréciés, qui ont vécu le plus difficilement l'épreuve du confinement du fait de la fermeture des équipements publics.

Le confinement a eu des conséquences particulièrement problématiques pour les personnes en situation administrative complexe, qui devaient faire face, d'une part, aux contrôles de police et, d'autre part, à la fermeture des services de préfecture et de demande d'asile.

Malgré les efforts remarquables des travailleurs sociaux, la communication numérique s'est révélée inadaptée notamment pour les personnes allophones ou privées de matériel informatique. Certaines personnes se sont retrouvées en rupture de suivi sanitaire. Pour d'autres encore, le confinement a fait resurgir des réminiscences traumatiques liées aux parcours migratoires, il a exposé à des violences ou encore à une aggravation des comportements addictifs.

### Quelques leçons des actions pour l'habitat lors de la crise sanitaire de la Covid

Face à cette situation inédite se sont développées des pratiques innovantes et pertinentes (p. ex. la prolongation de certains droits notamment de couverture maladie ; des ordonnances renouvelables de façon automatique ; la distribution d'aides d'urgence sous la forme de chèques-services ; les collectes et distributions de colis alimentaires, de kits d'hygiène, de matériel scolaire, de masques grand public...).

Des centres de desserrement (centres *ad hoc* pour permettre l'isolement et un suivi paramédical des personnes précaires n'ayant pas la possibilité de s'isoler dans leurs lieux de vie) ont été créés. Des équipes mobiles santé précarité Covid ont mené des actions d'« aller-vers » pour dépister, puis vacciner.

Après le premier confinement, la continuité de l'hébergement a globalement été respectée. La prolongation de la trêve hivernale, puis une instruction ministérielle ont permis de réduire temporairement le nombre d'expulsions (3 500 expulsions avec le concours de la force publique en 2020, contre 16 700 en 2019).

Toutes les actions ont mis en exergue l'importance et la nécessité des démarches d'« aller-vers » d'équipes sanitaires, de la médiation en santé et de l'interprétariat professionnel et du soutien social sur les lieux de vie des populations démunies et en difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun [16]. Autant d'actions qui ont vocation à être pérennisées dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé (NDLR : laquelle prévoit de développer et de renforcer plusieurs dispositifs de prise en charge des publics précaires, intégrant notamment des démarches d'« aller-vers »).

### Conclusion

Le programme expérimental *Housing First*, initié à New York dans les années 1990, avait démontré de façon probante qu'un « logement d'abord », est fondamental et préalable à toute démarche de stabilisation, de soins et d'insertion. Il était également mis en

évidence que toute action d'amélioration de l'habitat entraînait aussi des économies sur les dépenses de santé ou d'éducation. Ce programme « Un chez-soi d'abord » est déployé en France, voir article « *Loger les jeunes qui sont dans la rue et les aider à développer leurs compétences psychosociales* » dans ce même numéro.

Le premier confinement a conforté cette expérimentation en situation réelle. Les Pass ont pu observer que les personnes qui ont été hébergées et accompagnées ont pu mieux aborder une prise en charge globale de leur santé somatique et psychique ainsi qu'un avenir social de (ré)insertion. ■

1. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a produit l'outil Domiscore, permettant à la fois de caractériser un habitat selon différents facteurs connus pour avoir un impact sur la santé de ses occupants, et d'obtenir un score global renseignant sur l'impact général de l'habitat sur la santé.

2. Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières d'accueil inconditionnel auxquelles peut s'adresser toute personne démunie, en difficulté d'accès au système de soins de santé. Elles assurent une prise en charge médicale et une délivrance de soins, qui peuvent être à titre gratuit si nécessaire. Parallèlement, les Pass proposent un accompagnement social, notamment pour une aide à l'ouverture des droits à la couverture maladie, et organisent une orientation vers des dispositifs plus classiques dès que cela est possible. Elles concourent dans ce sens à développer et à animer le réseau local d'intervenants sur les questions d'accès aux soins et de parcours de santé des personnes vulnérables. Leur localisation se trouve le plus souvent à l'intérieur des établissements de santé afin de faciliter l'accès au plateau technique, aux soins spécialisés et à la pharmacie. Leur vocation est le soin ambulatoire.

3. Extrait du Rapport de l'observatoire du Samusocial de Paris (SSP), 1<sup>er</sup> trim. 2021, centre d'hébergement d'urgence pour migrants (Chum) d'Ivry femmes/familles.

- 31 % des personnes ont un parcours migratoire de moins d'un an ;
- 31 %, de plus de trois ans ;
- 64 % des personnes déclarent avoir traversé trois pays ou plus durant leur parcours ;
- 15 jours est la durée médiane entre l'arrivée en France et l'entrée dans le Chum (le lieu de vie avant l'entrée dans le centre est la rue), divisé de moitié par rapport au dernier trimestre.

Comité d'action et d'entraide sociale (CAES) : hommes seuls uniquement :

- 41 % des personnes ont un parcours migratoire de plus de trois ans ;
- 105 jours est la durée médiane entre l'arrivée en France et l'entrée dans le centre (le lieu de vie avant l'entrée dans le centre est la rue).

4. *Trichoderma*, *Fusarium* et *Stachybotrys*.

5. Les données manquent pour préciser ces observations.

6. <https://www.epicov.fr/publications/>



© Yohanne Lamoulière / Tendence Fleurs

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé*. 2020. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=981>
- [2] Hourdet A., Rénier M., Van de Steeg F., Rieutord G., de Champs-Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020, vol. 27 : p. 531-537. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020\\_27\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html)
- [3] Höhne E., Van Der Meer A. S., Kamp-Becker I., Christiansen H. A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9 novembre 2020. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33169230/>
- [4] Sanders K. M., Akiyama T. The vicious cycle of itch and anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, avril 2018, vol. 87 : p. 17-26. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845794/pdf/nihms939480.pdf>
- [5] Ryu E., Juhn Y. J., Wheeler P. H., Hathcock M. A., Wi C. I., Olson J. E. *et al.* Individual housing-based socioeconomic status predicts risk of accidental falls among adults. *Annals of epidemiology*, 2017, vol. 27, n° 7 : p. 415-420. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28648550/>
- [6] Ratnaseelan A. M., Tsilioni I., Theoharides T. C. Effects of Mycotoxins on Neuropsychiatric Symptoms and Immune Processes. *Clinical Therapeutics*, 2018, vol. 40 : p. 903-917. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880330/>
- [7] Téllez J., Rodríguez A., Fajardo A. Contaminación por monóxido de carbono: un problema de salud ambiental [Carbon monoxide contamination: an environmental health problem]. *Revista de salud pública (Bogotá)*, avril 2006, vol. 8 : p. 108-117. En ligne : [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642006000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000100010)
- [8] Raub J. A., Mathieu-Nolf M., Hampson N. B., Thom S. R. Carbon monoxide poisoning – A public health perspective. *Toxicology*, 2000, vol. 145 : p. 1-14. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10771127/>
- [9] *Mise à jour du guide pratique de dépistage et de prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte*. Haut Conseil de la santé publique, 2017. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=643>
- [10] Osibona O., Solomon B. D., Fecht D. Lighting in the home and health: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, n° 2 : p. 609. En ligne : <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/609/html>
- [11] Assal F. Diogenes Syndrome. *Frontiers of Neurology & Neuroscience*, 2018, vol. 41 : p. 90-97. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145187/>
- [12] Vuilletet G., Daou S., Nowicki A., Le Nabasque L. *Simplifier les polices de l'habitat indigne. Promouvoir l'habitabilité durable pour tous*. [Rapport remis au Premier ministre et au ministre chargé de la Ville et du Logement], octobre 2019 : 125 p. En ligne : [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/10/rapport\\_lhi.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/10/rapport_lhi.pdf)
- [13] Goly S. *1 personne sur 2000 atteinte du syndrome de Diogène*. Société de gériatrie et gérontologie en Île-de-France (SGGIF), 8 novembre 2016. En ligne : <http://sggif.fr/1-personne-sur-2000-atteinte-du-syndrome-de-diogene/>
- [14] Pengcheng L., Longfei Z., Shujuan C., Xiaojie W. Association between household overcrowding and depressive mood among Chinese residents. *Journal of Affective Disorders*, juillet 2021, vol. 290 : p. 74-80. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33993083/>
- [15] Boo W. H. Exposure to domestic violence during the Covid-19 pandemic: A potent threat to the mental well-being of children. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 2021, vol. 28 : p. 158-159. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8260075/>
- [16] *Populations précaires et Covid-19*. Santé mentale.fr, 30 avril 2021. En ligne : <https://www.santementale.fr/2021/04/populations-precaires-et-covid-19-sante-publique-france-partage-des-connaissances/>