



# ACCOMPAGNEMENT ET SANTÉ

## DANS LES STRUCTURES ET ÉQUIPES d'Habitat & Humanisme

### SYNTHÈSE

2022



## INTRODUCTION

En 2022, la MRIE a accompagné la Fédération Habitat & Humanisme dans la réalisation d'un diagnostic sur la santé dans l'accompagnement mis en œuvre dans les branches Logement et Urgence. La santé y est abordée sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé : en s'intéressant d'une part à tous les déterminants sociaux qui ont un impact sur les conditions de santé, et d'autre part aux conditions préalables de l'environnement qui les favorisent. Viser la santé comme un bien-être global plutôt que l'absence de maladie<sup>1</sup> constitue le fondement des pratiques multiples qui caractérisent l'action des différentes structures et équipes au sein des associations Habitat & Humanisme.

Cette synthèse résume les grands enjeux importants à comprendre pour observer les dynamiques existantes et pour inaugurer des

développements à venir en vue de les perfectionner. Les inégalités sociales de santé sont un fait majeur à prendre compte dans la prévention et la promotion de la santé. Les situations de précarité, concernant le logement, les revenus, l'insertion sociale et professionnelle, l'isolement et l'accès aux droits pour accéder aux soins, détériorent la santé des personnes, particulièrement la santé mentale, car les privations que les personnes subissent peuvent être insupportables. Ce vécu engendre une honte, un stigmate, qui concourt à l'invisibilité des souffrances et au non-recours concernant l'accès aux soins mais aussi plus largement. La précarité résulte de privations sociales qui font système, qui se renforcent les unes les autres, et n'est pas une question individuelle<sup>2</sup>.

Notre diagnostic apporte donc des éléments de réponses aux enjeux suivants :

- I. La place de la santé dans l'accompagnement : prendre soin interfère dans le champ social ..... 3
- II. Etat des lieux des actions mises en place : caractéristiques, thématiques, partenariats ..... 6
- III. La diversité des besoins de santé des personnes en précarité ..... 10
- IV. Besoins des équipes : quelles modalités et quelles thématiques ? ..... 13
- V. Conclusion : enjeux et perspectives ..... 15

**3** démarches complémentaires ont été déployées pour documenter les actions concernant la santé de manière générale

1. Etude quantitative auprès de 133 structures par un questionnaire auprès des équipes professionnelles et bénévoles abordant la santé en général et notamment les addictions, les actions réalisées, les besoins pour amplifier la prévention et la promotion de la santé ;
2. Etude qualitative par des entretiens avec 19 professionnels et bénévoles au sein de 15 structures diversifiées quant à leur type et à leur manière de travailler la question de la santé ;
3. Etude qualitative par des ateliers participatifs et collectifs réalisés avec des personnes accompagnées par Habitat & Humanisme, volontaires, ayant eu lieu dans un HUDA, une pension de famille et un tiers-lieu.

<sup>1</sup> Au sens retenu par l'ONU au milieu du XXème siècle puis dans la Charte d'Ottawa (1986)

<sup>2</sup> Voir notamment le travail réalisé par ATD Quart-Monde et l'université d'Oxford.

<https://www.atd-quartmonde.fr/produit/les-dimensions-cachees-de-la-pauvrete/>

Les travaux de la MRIE mettent aussi en évidence ces dimensions cachées en analysant les vécus des

personnes concernées à partir de leurs points de vue, voir notamment : *Logement d'abord. Qualifier des besoins. Enquête auprès des personnes en situation de sans-abrisme*, MRIE, Fondation Abbé Pierre et Métropole de Lyon, 2019 : <http://www.mrie.org/images/MRIE/mrie/MRIE/DOCUMENTS/ETUDES/Rapport-LogementdAbord-RAPPORT-VersionSite.pdf>

## I. LA PLACE DE LA SANTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT : PRENDRE SOIN INTERFERE DANS LE CHAMP SOCIAL

La santé a pris une place nouvelle dans la société, dans un mouvement initié dans les années 1970, et encore renforcé par la crise sanitaire de 2020 : elle est désormais l'affaire de chacune et chacun, et un enjeu public et politique. La responsabilisation individuelle s'attache à transformer les normes et les pratiques (alimentaires, addictives, d'activité physique, ...) tout en modifiant la relation entre profane et savant, soigné et soignant, où le rapport de pouvoir traditionnel s'étirole, laissant place à une coopération s'appuyant sur le droit par le consentement aux soins. La santé est à la fois intime et problème public, appropriée par chacun et ultra-spécialisée et technicisée. Ces évolutions sociologiques globales touchent de plein fouet la manière dont les professionnels du social sont amenés à considérer les enjeux de santé des personnes en précarité qu'ils côtoient.

**Travailler les enjeux de la santé dans l'accompagnement social suppose alors d'interroger une pluralité d'aspects : comment observer, comment agir, quels sujets, quels consentements, quelles répartitions entre social, sanitaire et médico-social ?** Ici les addictions sont un des domaines mettant en évidence la tension entre des enjeux éthiques et le rapport à la légalité, la stigmatisation et le tabou.

- De manière générale, la santé est perçue par les équipes comme étant plus large que le soin médical.

Cela rejoint la définition donnée par l'OMS (qui fut d'ailleurs citée lors de deux entretiens, par un professionnel et par un bénévole). Pour les équipes, être en bonne santé c'est :

- “ à la fois la santé physique et psychique (évoqué par deux résidences intergénérationnelles),
- “ un bien-être global (une équipe de logements individuels en diffus),
- “ être bien dans sa peau (deux résidences intergénérationnelles).

La capacité à investir des relations, et à s'investir dans le collectif est parfois perçue comme un indicateur : être en bonne santé c'est « avoir envie de rencontrer l'autre » (une résidence intergénérationnelle).

L'autonomie a également été évoquée : une résidence intergénérationnelle considère qu'être en bonne santé c'est être autonome (pouvoir mener ses activités, aller faire ses courses...), et deux structures en diffus que les personnes sont en bonne santé aussi à partir du moment où elles sont en capacité d'aller vers le soin. Enfin, la santé s'entremêle avec beaucoup d'autres aspects de la vie : il a notamment été souligné par une structure de la branche Urgence que lorsqu'une personne hébergée rencontre des problématiques de santé, cela peut entraîner des freins dans d'autres domaines (l'accès au logement, etc.)

- Globalement, et même si des nuances sont à noter en fonction des différentes structures et équipes, les professionnels rencontrés considèrent que la santé relève de leur champ d'accompagnement.

Des actions de promotion ou de prévention de la santé, des démarches d'accompagnement ou d'orientation vers le soin sont évoquées comme étant des piliers importants – ou comme ayant vocation à l'être – au sein des structures et équipes.

**Les démarches de promotion ou de prévention de la santé sont perçues comme relevant du champ d'accompagnement des salariés et des bénévoles, en s'ancrant dans des définitions très larges de la santé.** La plupart des équipes identifient l'importance d'agir sur la santé en offrant un accompagnement global aux personnes : garantir le lien social, proposer des activités physiques ou manuelles, partager des repas...

**Les démarches d'accompagnement ou d'orientation vers le soin ont également été mises en avant à de nombreuses reprises par des professionnels comme faisant partie de leur accompagnement.** Dès lors, lever les

freins pour garantir l'accès aux soins est important. Ces freins peuvent s'avérer extrêmement difficiles à lever, notamment lorsqu'ils sont liés à une insuffisance de l'offre présente sur le territoire. Les freins du côté des personnes qui, pour des raisons différentes, refusent d'aller consulter un professionnel de santé, sont également soulignés par un certain nombre de salariés. Il s'agit alors d'identifier ce qui fait blocage, d'écouter et d'accompagner la personne.

Une salariée d'une résidence intergénérationnelle donne l'exemple du travail d'accompagnement réalisé avec un homme qui refusait des soins, et souligne l'importance « d'aller vers » le soin avec la personne, de l'y accompagner physiquement. Dans ces démarches d'accompagnement vers le soin, une salariée d'une équipe de logements individuels en diffus parle de "co-responsabilité", entre les partenaires du soin et les professionnels d'Habitat & Humanisme. Pour ces derniers, il s'agit d'identifier, d'écouter et d'orienter.

Cette question du refus de soin ou d'accompagnement a été pointé du doigt à de nombreuses reprises par des équipes comme étant source de difficultés. Le fait de prendre le temps d'échanger avec la personne, dans un accompagnement ancré dans la durée, est mis en avant comme pouvant, parfois, amener la personne à décider d'aller vers le soin. A plusieurs reprises, la question de la responsabilité est mise en avant par les professionnels : lorsque des problématiques importantes de santé sont identifiées chez des personnes, on « *ne peut pas les laisser comme ça* ». Le rôle d'accompagnement vers le soin découle alors de ce sens de la responsabilité des professionnels, ainsi que d'une considération « entière » de la personne accompagnée, qui amène à la prendre en compte dans sa globalité : équilibre physique, psychique, environnement relationnel...

- On constate des nuances dans les conceptions de la santé qu'ont les équipes, et ce en fonction des différentes branches et des différents types de structures.

Pour les professionnels et bénévoles rencontrés lors des entretiens, agir sur le sujet de la santé auprès des personnes accompagnées peut recouvrir des choses différentes : certains identifient des domaines de santé prioritaires (santé mentale, addictions, alimentation...), d'autres axent leurs actions sur l'orientation ou l'accompagnement vers le soin, d'autres encore mettent l'accent sur des actions bien-être... **Ces différentes configurations du soutien à la santé des personnes sont étroitement liées au type de public accompagné, mais également aux modalités d'accueil** : un hébergement sur un temps court n'amène pas à repérer les mêmes besoins qu'un logement sur un temps plus long, un espace collectif permet des choses qui ne sont pas réalisables dans le cadre du logement individuel en diffus, etc...

Ainsi 3 configurations sont repérables au niveau statistique :

- la branche Urgence marquée par l'impératif de l'ouverture des droits et les enjeux de santé mentale liés à l'exil ;
- les pensions de familles et maisons intergénérationnelles où la santé « bien-être » s'appuie sur la vie du collectif, et les articulations avec le champ de la santé mentale ou des soins infirmiers ;
- les logements individuels en diffus où l'enjeu est l'accompagnement dans le logement et la prévention des ruptures, amenant à orienter, soutenir dans l'accès aux soins, et composer avec les enjeux des addictions, des violences conjugales, des relations sociales et notamment de voisinage.
- Un enjeu transversal est celui de la définition de périmètres identifiés pour chacun, bénévoles et professionnels, dans l'accompagnement.

Cette clarification des périmètres de chacun est nécessaire, et en cours, non achevée. Les équipes constituées uniquement de bénévoles sont rares, et celles travaillant en mixité ont des difficultés depuis la crise sanitaire à maintenir une présence bénévole suffisante. **Si la santé est un enjeu crucial pour l'accompagnement social, tous les bénévoles**

**ne se sentent pas légitimes pour s'en saisir. Et ce alors même que les relations décalées et moins formalisées peuvent permettre d'aborder plus simplement les enjeux de santé, quand la relation de confiance permet de mettre au dialogue ces questions intimes.**

Dans la relation individuelle, le fait que les bénévoles constituent une figure différente du travailleur social est intéressant, cela peut amener des démarches complémentaires d'accompagnement. C'est ce qui transparaît dans les propos d'un bénévole dans une résidence intergénérationnelle : « *Si quelqu'un me dit qu'il a mal quelque part je lui donnerai les mêmes conseils que je donne à ma famille ou mes amis* ». Par ailleurs, les bénévoles peuvent jouer un rôle important dans la dimension collective du bien-être en général. Un certain nombre de personnes rencontrées au cours des entretiens mentionnent l'existence d'ateliers et de sorties animés, ou co-animés, par des bénévoles (un atelier marche, un atelier jardinage...).

Au sein d'une équipe de logements individuels en diffus, l'un des salariés évoque aussi la part importante que peuvent jouer les bénévoles dans le développement de la pair-aidance. Il souligne en particulier le rôle incontournable du « bénévole bricoleur » : il accompagne les personnes dans leur quotidien en leur apprenant à faire seules (changer une ampoule, par exemple). Le salarié rencontré explique qu'une forme de chaîne d'entraide se

met en place à partir de là, les personnes étant à-même d'aller aider ensuite leur voisin.

Cependant, le rôle des bénévoles dans l'accompagnement à la santé n'est pas évident pour tous, et un certain nombre d'entre eux se déclarent démunis, notamment lorsque les personnes accompagnées rencontrent des problématiques de santé mentale ou de conduites addictives.

- Du côté des personnes accompagnées, bien que le diagnostic porte davantage sur ce qui est mis en œuvre et sur le repérage des besoins du point de vue des équipes, les ateliers animés permettent d'inventorier certaines attentes.

D'abord être soutenu dans sa santé demande un lien de proximité, un support individualisé, on le voit quand les participants des ateliers (au sein d'une pension de famille, d'un HUDA ou d'un tiers-lieu) soulignent le besoin à la fois d'un appui sur un professionnel, qu'ils connaissent, et avec qui le lien dans la durée va permettre d'inscrire dans le temps de nombreux événements marquants qui témoignent du bien-être ou des périodes difficiles (des vacances, des sorties, un droit au séjour ou aux soins enfin ouvert, la convivialité de repas partagés, etc.). **Investir la santé par l'entrée de la promotion et de la prévention semble donc l'option idéale**, au-delà du seul suivi de soins en cours, qui est aussi un besoin.

## II. ETAT DES LIEUX DES ACTIONS MISES EN PLACE : CARACTERISTIQUES, THEMATIQUES, PARTENARIATS

Les actions mises en place par les équipes d'Habitat & Humanisme dans le champ de la santé sont de nature différente et touchent à de nombreux domaines. Le type de structure ou d'équipe est l'un des facteurs agissant dans la manière d'accompagner la santé : le type de public accompagné, la configuration des équipes, la manière d'identifier les besoins, les modalités d'accueil (hébergement sur un temps court ou long, présence d'un espace collectif, etc.) sont autant d'éléments qui jouent un rôle sur les manières de mener des actions.



La moyenne pour l'ensemble des structures confondues

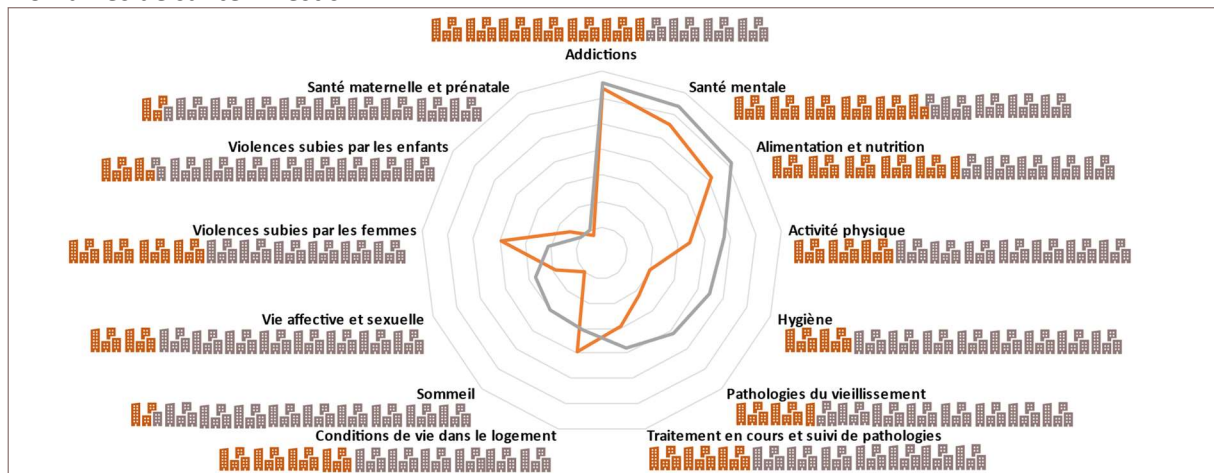
La moyenne pour le type de structure analysé (logements en diffus, branche Urgence, pensions de famille ou résidences intergénérationnelles)

### Logements en diffus

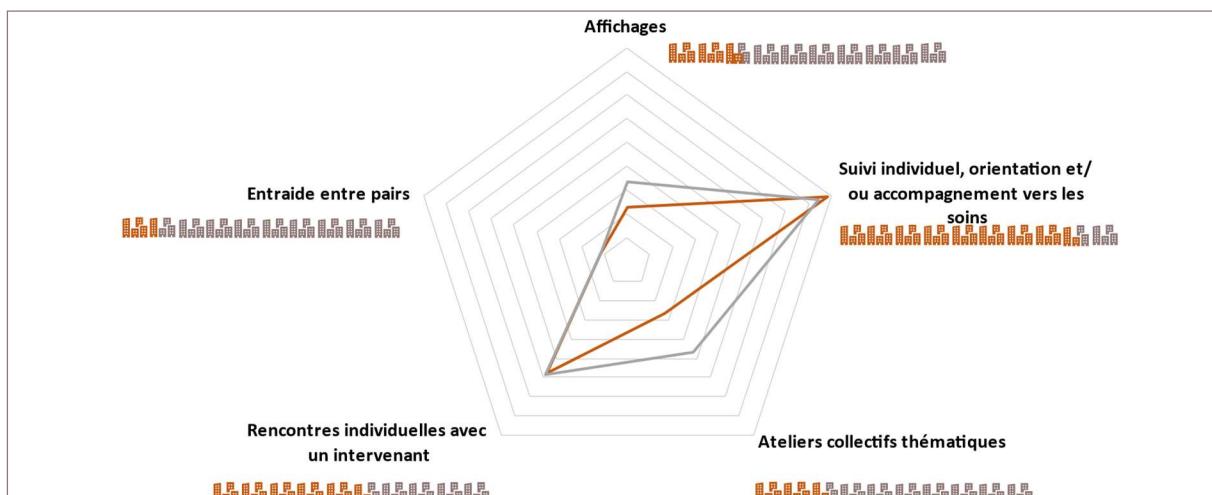


Des équipes investies d'abord dans les domaines des addictions, de la santé mentale et de l'alimentation/nutrition, qui investissent plus qu'en moyenne les domaines des conditions de vie dans le logement et des violences subies par les femmes (dans un contexte où de nombreuses équipes accompagnent des femmes ayant connu des violences intrafamiliales). Des actions individuelles plus investies que des actions collectives, dans le cadre d'accompagnements s'appuyant notamment sur l'engagement de bénévoles et comprenant rarement des espaces collectifs.

### Domaines de santé investis :



### Nature des actions :



Branche Urgence

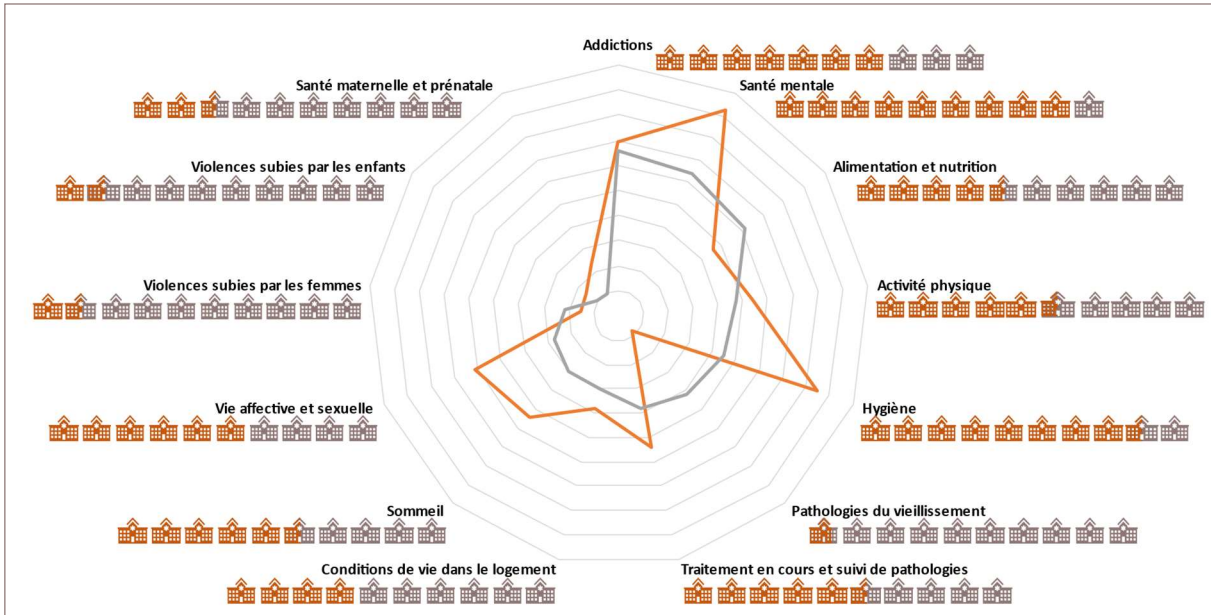


Une branche investie d'abord dans les domaines de la santé mentale, l'hygiène, les addictions et la vie affective et sexuelle.

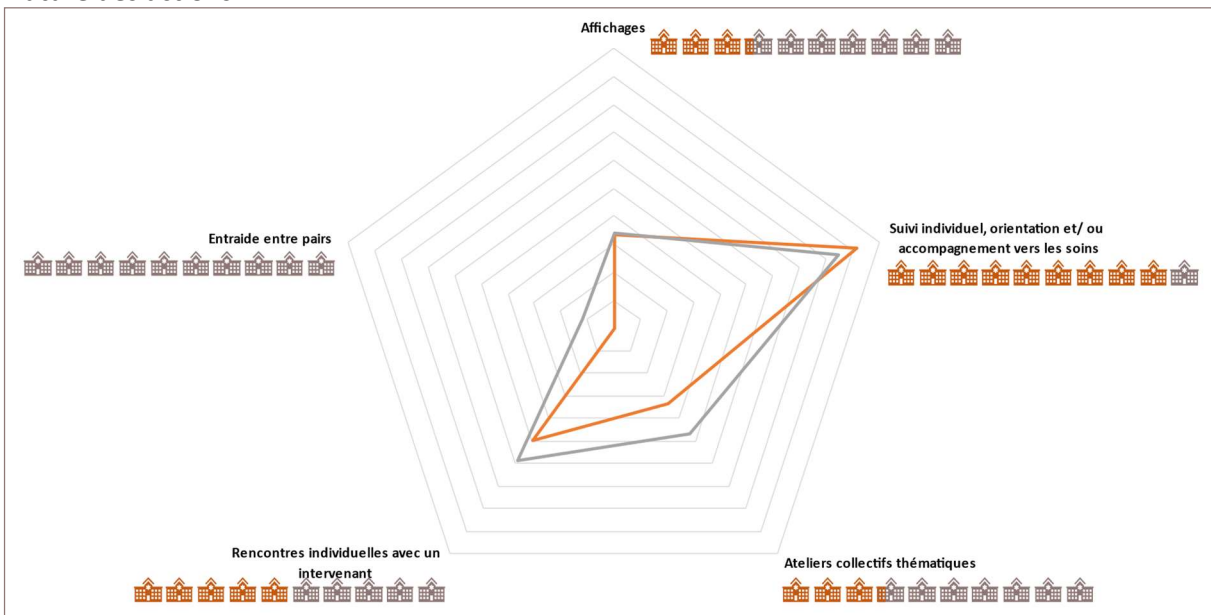
La branche où le domaine de la santé mentale est proportionnellement investi par le plus de structures, mais aussi les domaines de l'hygiène et de la vie affective et sexuelle.

Des actions individuelles en priorité, notamment pour soutenir l'ouverture de droits à la santé et l'orientation vers des professionnels de santé spécialisés.

Domaines de santé investis :



Nature des actions :



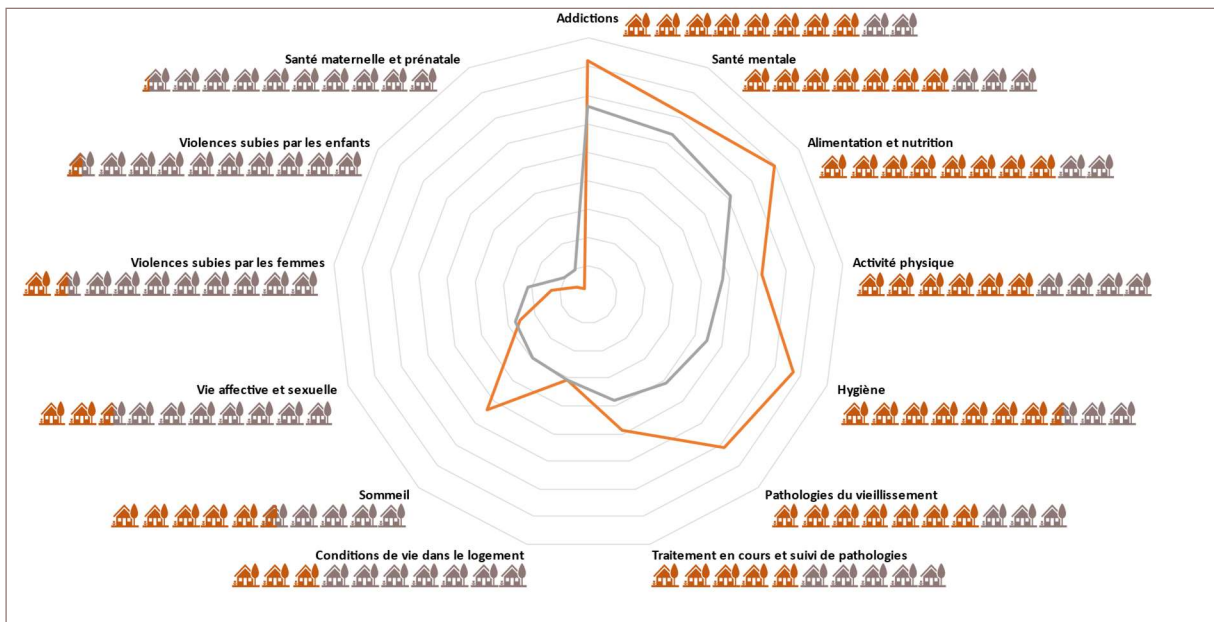
### Pensions de famille



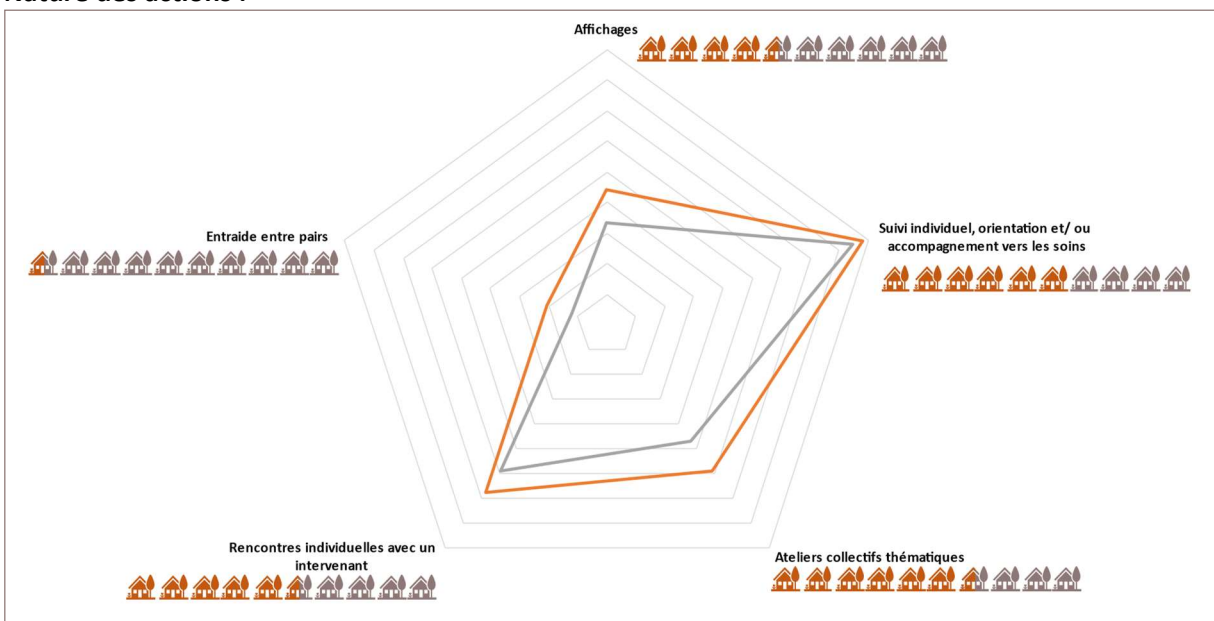
Des structures investies d'abord dans les domaines des addictions, de l'alimentation/nutrition, de l'hygiène, de la santé mentale et des pathologies du vieillissement. Des structures plus nombreuses que la moyenne à investir ces domaines, ainsi que ceux de l'activité physique et du sommeil.

Des actions individuelles, mais également des actions collectives, notamment de l'entraide entre pairs.

### Domaines de santé investis :



### Nature des actions :





## Résidences intergénérationnelles

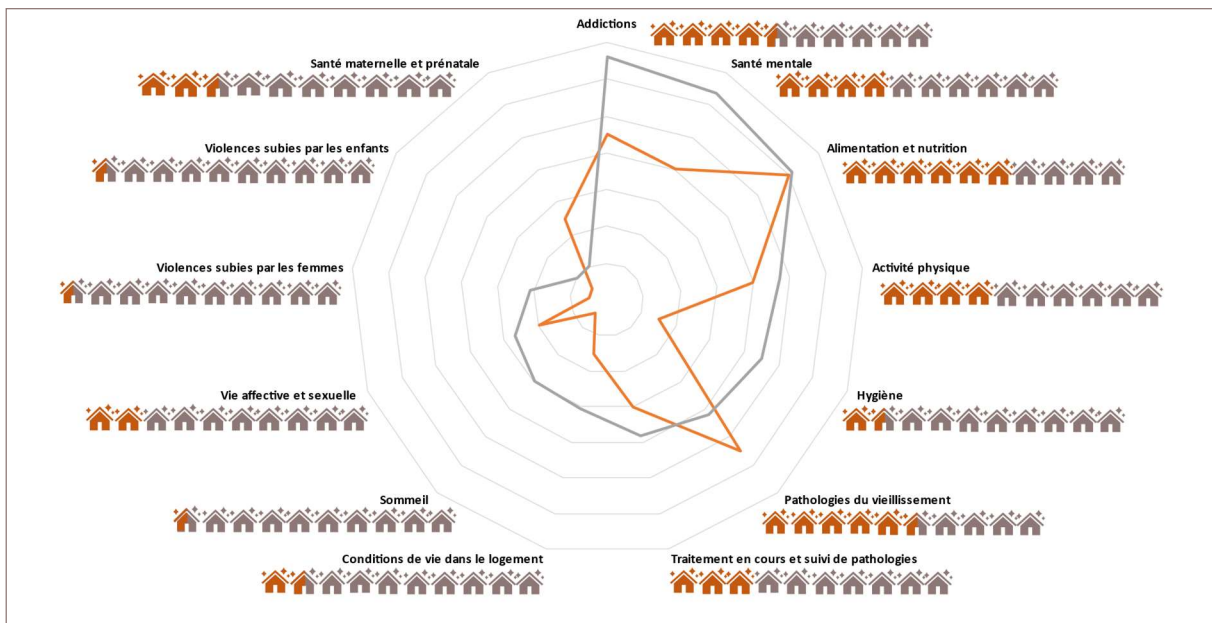


Des structures investies d'abord sur l'alimentation/nutrition, les pathologies du vieillissement, les addictions et la santé mentale.

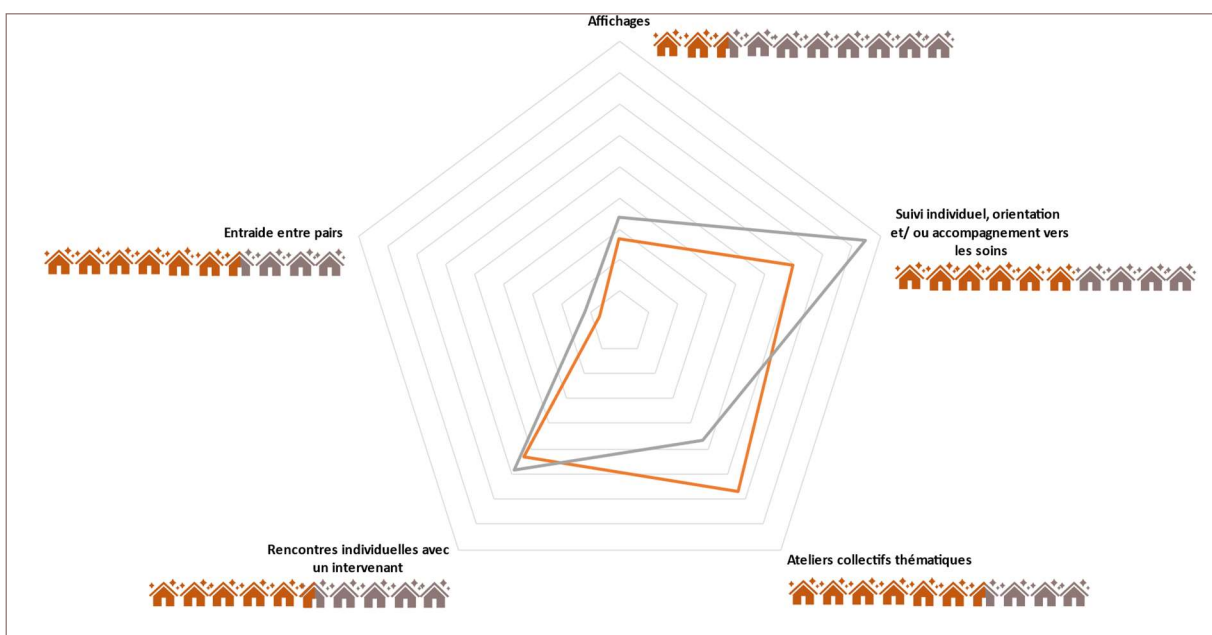
Des structures investissant plus que la moyenne le domaine des pathologies du vieillissement, dans un contexte d'accompagnement d'un public âgé connaissant un cumul de problématiques de santé.

Des actions collectives plus investies que la moyenne, notamment au travers d'ateliers touchant au bien-être de manière générale.

### Domaines de santé investis :



### Nature des actions :



### III. LA DIVERSITE DES BESOINS DE SANTE DES PERSONNES EN PRECARITE

---

Les besoins de santé des personnes en précarité sont fréquemment sous-estimés, par elles-mêmes d'une part<sup>3</sup>, mais aussi souvent par leur entourage voire les professionnels impliqués auprès d'elles. Or, ce diagnostic montre qu'une écrasante majorité de structures et équipes estiment que leur public compte des personnes « ayant des problèmes importants de santé ». Le repérage des besoins de santé chez les personnes accueillies peut dépendre de nombreux facteurs : les caractéristiques du public accueilli

(problématiques de santé spécifiques chez les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes, etc.), leur parcours de vie, mais également les manières de détecter les problèmes chez l'équipe (suivi individuel, rencontres en collectif, partenariats avec des professionnels de santé, formation de l'équipe sur certaines thématiques de santé etc.). En ce sens, certains besoins de santé peuvent faire l'objet d'une détection plus systématique, alors que d'autres auront tendance à être moins repérés.

#### A. Besoins considérés par les équipes et les structures : santé mentale, vieillissement, addictions, alimentation... plus investis car plus observés chez le public reçu

S'investir dans la santé, c'est d'abord repérer des problématiques de santé chez les personnes accompagnées. En l'occurrence, ce sont les pensions de famille et les résidences intergénérationnelles qui, proportionnellement, repèrent le plus fréquemment des problèmes de santé importants parmi leurs bénéficiaires, et notamment chez les publics âgés. Quant aux structures de la Branche Urgence, elles accueillent de manière quasi-exclusive un public de personnes en demande d'asile ou réfugiées, isolées ou en famille. La part des migrants présents dans leur public est donc bien plus importante que celle des publics des pensions de famille par exemple, ce qui produit des effets particuliers sur les problèmes de santé rencontrés ainsi que les enjeux d'accompagnement, autour de l'accès aux droits ou d'un meilleur accès aux soins.

Une fois des problématiques de santé repérées chez les personnes suivies, des actions peuvent être menées par les équipes dans différents domaines. Certains domaines de santé font l'objet d'un grand investissement par les structures, qui ont, à leur sujet, des idées d'actions à mettre en œuvre ou des actions déjà mises en place : les addictions, la santé mentale et l'alimentation / nutrition sont les trois domaines de santé sur lesquels les structures se mobilisent le plus.

Les conduites addictives sont repérées par un grand nombre de structures d'Habitat & Humanisme. Cela s'explique en partie par les parcours de vie des publics accueillis (expériences de précarité et/ou d'isolement, parcours migratoires, vécus de violences...), qui augmentent les risques de développer une addiction<sup>4</sup>. Et en effet, beaucoup d'équipes et

---

<sup>3</sup> On le constate dans différents travaux de la MRIE, notamment l'enquête au FNDSA sur les besoins de santé (2021), ainsi que l'enquête "Logement d'abord. ..." (2019), *op.cit.*

<sup>4</sup> La Haute Autorité de Santé, dans sa note de cadrage "Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS" (octobre 2020) rappelle que les conduites addictives sont profondément marquées par des inégalités sociales de santé, et sont aussi inégalement distribuées suivant le sexe des personnes. Les personnes

connaissant des facteurs individuels et environnementaux de vulnérabilité, tels que l'isolement relationnel, l'absence de soutien social de la part de l'entourage, ou encore des expériences de vie difficiles (pauvreté, maltraitance, parcours migratoire...), ont plus de risque de développer des conduites addictives.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/note\\_de\\_cadrage\\_validee\\_addictions.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/note_de_cadrage_validee_addictions.pdf)

structures font le constat d'une consommation fréquente de certaines substances – plus ou moins visibles et plus ou moins tolérées – chez les personnes qu'elles accompagnent : l'alcool et le cannabis sont repérés par plus de la moitié des structures, et jusqu'à presque neuf sur dix pour le tabac.

Ces consommations peuvent varier en fonction des caractéristiques du public accueilli. Par exemple, du côté des structures accueillant des populations jeunes (foyers de jeunes travailleurs, foyer accueillant des mineurs non accompagnés, structures de la branche Urgence), la détection du cannabis par les équipes dépasse celle de l'alcool. De plus, il est important de noter que certaines consommations ont pu être euphémisées car elles peuvent être peu visibles ou insoupçonnées, ou bien au contraire être surestimées car elles sont associées à la représentation que les équipes ont des personnes. Enfin, la conception des addictions qu'ont un nombre non négligeable de structures dépasse le cadre de la consommation de substances : l'addiction aux jeux payants en ligne et l'addiction aux écrans ont notamment été régulièrement citées en entretien.

Sur la question de la santé mentale, les structures de la branche Urgence sont particulièrement mobilisées (pour plus de neuf sur dix), ainsi que les pensions de famille et les équipes de logements individuels en diffus, dans une moindre mesure. On peut donc supposer que les publics présents dans ces trois milieux présentent des besoins plus

importants que les autres en termes de santé mentale. Plus largement, l'intégralité des équipes rencontrées en entretien ont mentionné des problématiques de santé mentale chez les personnes accueillies, et particulièrement les professionnels de la branche Urgence, qui accompagnent des personnes pouvant avoir vécu des situations de guerre, de tortures, de violences physiques et/ou psychiques, qui peuvent arriver dans la structure dans un état de santé mentale préoccupant ; sans compter qu'une fois hébergées, la problématique d'obtention de papiers d'identité peut aussi avoir un effet néfaste sur la santé mentale.

En ce qui concerne l'alimentation et la nutrition, ce sont plutôt les structures et équipes de la branche Logement qui investissent le sujet. Lors des entretiens, les professionnels évoquent par exemple les problématiques de malnutrition et de carences chez les publics en général, mais également la question de l'alimentation chez les enfants. Au sein de la branche Urgence, la question de l'alimentation est mise en lien avec les enjeux autour de l'interculturalité (découverte et utilisation de nouveaux aliments), et la question de l'accès à une alimentation de qualité se pose (faible montant de l'allocation pour demandeur d'asile). Et en effet, l'accès à des aliments de bonne qualité (sans additifs, non ou peu transformés, frais et variés...) est un enjeu de taille pour de nombreuses structures, notamment celles dépendant des dons de la Banque Alimentaire.

## **B. Mais aussi des besoins à considérer « en creux », à partir des implicites et des sujets moins investis**

Pour certains domaines de santé : vie affective et sexuelle, violences subies par les femmes, violences subies par les enfants, santé maternelle et prénatale, hygiène, sommeil... les réponses au questionnaire décrivent un investissement relativement faible par les professionnels au plan des actions citées. Pourtant, ces enjeux sont considérés comme étant des questions très importantes en termes de prévention sanitaire, et sont aussi

directement connectés à deux dimensions très repérées de façon formelle : la santé mentale et les addictions. Ces deux dimensions très investies fonctionnent comme des boîtes noires qu'il faut ouvrir, des espaces "fourre-tout" où se rangent les maux des personnes accueillies (dépression, isolement, somatisations, ...). Or les causes comme les conséquences des difficultés de santé mentale, et des addictions, sont liées à ces domaines

sous-représentés (les violences vécues en tant qu'enfant ou que femme, les difficultés dans la vie affective et sexuelle, les problèmes de sommeil, etc.). Il s'agit alors de besoins que nous pouvons considérer en creux, car ils sont des besoins pour les personnes afin de prévenir d'autres problèmes.

Sur ces sujets, il est donc possible que le regard moins attentif des équipes soit lié à une formation insuffisante : les violences envers les femmes sont un sujet emblématique du processus de déconstruction et de compréhension qui s'opère lorsqu'une fois mieux informée et mieux conscientisée, une personne arrive à décoder des faits qu'elles considéraient ordinaires (harcèlement, insultes grivoises, etc.) comme étant en réalité des violences sexistes.

Le sujet de la pair-aidance, et du besoin des personnes d'être aidées en santé par un pair, concernant les addictions notamment mais pas seulement, est un autre besoin apparaissant en creux : il est peu évoqué par les professionnels, alors que les travaux et approches contemporaines (du logement d'abord, du rétablissement et de la réduction des risques) en montrent tous les apports. Ceci était aussi

constaté par certains professionnels, au sein de pensions de familles principalement, qui constataient en entretien le rôle fondateur dans le mieux-être joué par la vie communautaire, ou plus simplement par un aménagement de l'espace suscitant des coopérations et de l'entraide entre les personnes.

D'autres grandes tendances sont visibles lorsqu'on écoute les personnes concernées dans les ateliers collectifs, qui évoquent une demande de compréhension de la santé générale, globale, en indiquant s'intéresser à des démarches de soins préventives et spécifiques (naturopathie, ostéopathie) auxquelles elles n'ont pas accès en raison du coût de ces soins. Le besoin d'un accès plus abordable et moins inégalitaire aux soins, très visibles du côté des structures qui accueillent des migrants et nomment d'abord les obstacles administratifs qui existent, est donc un besoin qui apparaît en creux grâce aux apports des personnes en précarité. Cela renvoie aussi au besoin que la santé soit appréhendée non comme l'absence de maladie mais comme un bien-être global.

## IV. BESOINS DES EQUIPES : QUELLES MODALITES ET QUELLES THEMATIQUES ?

La quasi-totalité des équipes ayant participé au diagnostic expriment des besoins de soutien afin de développer des actions pour la santé des personnes accompagnées. Ces besoins sont divers : ils se nourrissent nécessairement du type de public, des perceptions qu'ont les professionnels des problématiques de santé identifiées, des actions déjà expérimentées au sein de l'équipe ou la structure, etc. Cependant, certaines modalités de soutien sont identifiées par une majorité de structures et équipes.

- Développer les formations pour une meilleure compréhension des problématiques

Les formations constituent le premier besoin mis en avant par les équipes. Les domaines évoqués le plus régulièrement sont celui des addictions et celui de la santé mentale. Il s'agit alors de bénéficier d'espaces de transmission de la part de professionnels de la santé mentale et/ou de l'addictologie ayant une approche intégrant les enjeux liés à la précarité, et ce en vue de soutenir les équipes dans des situations face auxquelles elles s'estiment démunies. Concernant les addictions, l'un des objectifs qui transparaît est celui de travailler les représentations autour de la consommation de substances addictives et de donner des repères sur l'accueil de personnes souffrant d'addictions, en s'ancrant dans la réduction des risques (RDR). Et cela dans le but de permettre aux personnes accueillies de cheminer en étant soutenues de la manière la plus adaptée possible, mais aussi de sécuriser les équipes face à des situations qui peuvent les mettre en grande difficulté

“ La santé mentale c'est un réel frein autour de la relation quand on est pas formés. (une salariée d'une résidence intergénérationnelle)

“ Rejouer ou jouer des choses entre collègues de travail : qu'est-ce que ça vient me faire à moi, quelles représentations j'ai des addictions?... Pour se rencontrer autour de cette question-là, être nous-même à peu près calés, sans forcément être d'accord sur tout. (un salarié travaillant au sein d'une pension de famille).

D'autres domaines de santé sont également concernés par un besoin de formation, et notamment<sup>5</sup> :

- La construction d'ateliers de prévention et de promotion de la santé



- Les pathologies du vieillissement



- L'hygiène



- L'alimentation et la nutrition



- L'interculturalité



- Formaliser des partenariats

Le soutien aux partenariats occupe la deuxième place en termes de besoins exprimés. Un grand nombre d'équipes soulignent des difficultés d'accès à des rendez-vous auprès des professionnels de santé, du fait notamment de temps d'attente qui peuvent être extrêmement longs. Certaines équipes mentionnent également le fait que les orientations peuvent être difficiles car leur structure n'est pas bien identifiée par les structures de santé. En ce sens, la formalisation

des structures et équipes exprimant un besoin de formation.

<sup>5</sup> Les visuels suivants illustrent la part des structures et équipes exprimant un besoin de formation sur ces différents domaines de santé, sur la part totale

de partenariats est mise en avant comme étant un levier de soutien à explorer.

“ Formaliser des partenariats nationaux pour avoir plus de visibilité au niveau local [...] et plus de facilité à avoir des places dans des services où le temps d'attente est très long. (une salariée d'une résidence intergénérationnelle)

- Soutenir le montage d'actions collectives

Un besoin d'accompagnement dans le montage d'actions collectives est exprimé par un nombre important d'équipes et de structures. Il s'agit alors de développer et mettre à disposition des structures et équipes des outils utiles à l'animation d'ateliers, mais aussi de les soutenir dans la mobilisation et la participation des personnes accueillies.

- Développer des espaces d'échanges entre structures pour soutenir le travail des professionnels

Indépendamment du type de structure ou d'équipe, un fort besoin est exprimé concernant des espaces permettant de rencontrer d'autres structures, de développer

l'échange de pratiques sur des thématiques communes.

“ Créer des groupes entre assos pour voir ce qui fonctionne ailleurs, échanger sur les pratiques des uns et des autres [...] Les moments vraiment enrichissants [c'est] en petits groupes sur les problématiques rencontrées. (une salariée d'une équipe de logements individuels en diffus)

Mais aussi...

Pour les structures accueillant des publics non francophones (branche Urgence notamment) : mettre au travail les questions d'interculturalité

Intensifier les passerelles entre les trois branches d'Habitat & Humanisme

Logements individuels en diffus : clarifier et soutenir le rôle des bénévoles dans le champ de la santé

## V. CONCLUSION : ENJEUX ET PERSPECTIVES

---

**Consolider un parcours d'accompagnement soutenant la santé est l'objectif des actions qui vont être imaginées à la suite de ce diagnostic. Les repères suivants nous semblent utiles pour construire cette feuille de route.**

- D'abord, préserver la richesse et la diversité que recouvre cette thématique de la santé demande de forger un cadre ouvert autour du mieux-être,

abordant les besoins faciles à exprimer et ceux qui sommeillent « en creux », moins repérés ou moins dicibles. Au-delà du médical, soutenir la santé signifie alors accompagner le sommeil, l'alimentation, la vie sexuelle, le bien-être psychique... La promotion de la santé permet alors de soutenir les personnes accueillies mais, aussi, les professionnels et les bénévoles. La variété des actions imaginées par les équipes et, parfois, par les personnes elles-mêmes est aussi un enseignement de cette étude.

La santé constitue donc un champ extrêmement important à investir au sein d'Habitat & Humanisme, en construisant une stratégie de promotion et de prévention de la santé qui s'appuie sur les ressources mises au jour au cours de ce diagnostic, et sur les besoins de soutien exprimés par les équipes et les personnes. **Pour cela, aider les équipes à identifier tout ce qu'elles font dans ce champ, les aider à se sentir légitimes, à savoir argumenter et repérer que le soin dans l'accompagnement social est distinct du champ médical et sanitaire,** peut permettre aux équipes de monter en compétence et aux actions d'être plus efficaces. Les besoins de formations exprimés par les équipes (en santé mentale, addictions, notamment) peuvent alors être complétés par des formations sur des sujets qu'actuellement ils ne relient pas explicitement à ces domaines mais qu'ils pourraient mieux accompagner (la vie affective et sexuelle, les violences subies par les femmes ou par les enfants, etc.).

- Ensuite, la richesse des accompagnements décrits repose sur la complémentarité des bénévoles et des professionnels : dans ces équipes mixtes, où les rôles ne sont pas identiques, le travail de lien s'ancre dans les activités et les temps informels,

où chacun approche avec sa compétence et sa personnalité les sujets intimes qui concernent une personne accompagnée. **Contribuer à former les bénévoles, en respectant ces complémentarités, peut permettre un accompagnement encore plus riche.** Les entretiens nous permettent de constater qu'un certain nombre de bénévoles s'estiment démunis pour comprendre certains sujets, notamment les addictions, et sur le rôle qu'ils peuvent alors jouer.

En ce sens, il est important de **clarifier le périmètre d'action de chacun dans les équipes : les enjeux de légitimité, de compréhension des besoins de santé, mais aussi de responsabilités (professionnelle, morale, légale...) sont nombreux à rentrer en compte ici.** Bénévoles, professionnels et personnes concernées ont chacun leur partition à jouer, mais celle-ci n'est pas écrite d'avance, elle se module déjà selon les histoires locales dans lesquelles les associations se sont construites.

Ce périmètre de chacun varie aussi en fonction des types de partenariats noués par la structure : certaines sont à la fois enrichies, et soulagées d'une partie de l'action concernant la santé, par des équipes mobiles santé mentale précarité, ou des infirmières de prévention... tandis que d'autres n'ont pas ces atouts, difficiles à construire, et inégalement disponibles sur le territoire. De plus, parfois, ce sont des bénévoles retraités d'une profession de santé qui contribuent à alimenter la réflexion sur la promotion de la santé... Ces périmètres sont donc variables, même si certains points communs pourraient être construits. **Le socle des apports que la Fédération H&H peut enrichir et soutenir concerne à notre sens l'articulation entre une**

**expertise sur le vécu de la précarité (incluant ce que les premiers concernés ont à en dire) et le soutien global apporté à la santé.**

- Enfin, le champ de la promotion de la santé est par nature un terreau nourri par la participation des personnes et renforçant le pouvoir d'agir.

La plupart des équipes rencontrées ont des réflexions très riches autour des actions qu'elles pourraient proposer pour les personnes, cependant il semble aussi intéressant d'infuser la culture du « faire avec », en soutenant les démarches où la participation des personnes signifie la co-construction des actions. C'est ce que soulève un salarié au cours d'un entretien : travailler les questions de santé peut permettre de se mélanger, de se « mouiller la chemise », d'aller à la rencontre de l'autre. La question du bien-être concerne tout le monde : les professionnels et les bénévoles peuvent rencontrer eux aussi, à des degrés divers, des problématiques touchant aux addictions, à l'alimentation, à la santé mentale, etc. De plus, la question des difficultés de mobilisation des

personnes est souvent revenue et est une raison de plus pour davantage associer les personnes dans la définition des sujets et des objectifs des actions, le choix de la durée des projets (la mobilisation pouvant être fugace), la réflexion sur les formats et les visées... Car c'est aussi le chemin fait ensemble pour imaginer un projet qui enrichit la personne, parfois davantage que la concrétisation du projet.

S'intéresser aux pratiques de santé communautaire, en réfléchissant aux démarches tendant vers de la co-construction et du partage de savoirs semble alors une piste à creuser extrêmement riche. Dans le même esprit, la pair-aidance est un domaine à développer et à mieux identifier. **Deux axes nous semblent nécessaires ici : conscientiser le fait que les temps informels et l'entraide entre habitants peuvent être des leviers d'accompagnement (car certaines structures le font sans le relier explicitement à la prévention en santé) et s'intéresser aux modalités permises par la présence de travailleurs pairs. ■**