



Photo : Porte de garage, Le Flon, Lausanne. Béatrice Dössegger, 2005

---

## I. Remerciements

Ce travail de mémoire n'aurait pas pu se faire sans l'aide et le soutien de nombreuses personnes que nous aimerions vivement remercier par ces quelques lignes.

### **Un grand merci :**

**A** Michel Jeanguenat pour ses encouragements, son coaching et son optimisme,

**Au** personnel du Point d'eau, du Passage, de la Marmotte, de la Soupe populaire, du Point d'Appui pour leur accueil et le temps pris avec nous ainsi qu'à tous les usagers de ces lieux qui ont partagé des petits bouts d'eux-mêmes et de leur vie avec nous,

**A** Gisèle, Oksana, Léo, Thierry et sa famille pour les traductions,

**A** Jeanne, Yvan R., Emmanuelle et Bastien pour la relecture et les corrections,

**A** nos familles respectives qui ont supportés nos sautes d'humeur durant la rédaction de ce mémoire !!! (Non Ronny ça n'avance pas l'indonésien !),

**A** nos colocataires, en particulier Fred, Mimi Cracra et Val, pour leur soutien moral et les « pétages » de plombs communs (Vive les mémoires, les skipbo, les tatoo, etc...!)

**A** nos amis divers et variés pour les différentes formes de soutien... (Même ceux qui n'ont pas compris pourquoi on n'avait plus le temps pour rien...)

**A** Barbara (que j'aime, dixit Yvan) pour tout, y compris l'appart et le ventilateur qui nous a sauvé la vie durant la canicule...

## II. Résumé

Notre travail de recherche a été effectué dans le cadre de nos études en soins infirmiers au sein de la Haute Ecole de Santé La Source de Lausanne.

Nous avons élaboré un travail commun sur le thème de la santé des personnes sans domicile fixe (SDF) de Lausanne. En effet, cette population nous interpellait, nous questionnait suite à diverses expériences que nous avons pu vivre dans nos lieux de stages. Nous désirions comprendre ces personnes et, si possible, aider d'autres professionnels dans leurs pratiques.

Notre question de recherche est la suivante : « **Quelle influence a l'absence de domicile fixe sur la santé ?** »

Pour y répondre, nous avons effectué cinq entretiens auprès de personnes SDF, trois auprès de professionnels de la santé et du social et fait un questionnaire qui a été rempli par vingt-sept personnes SDF. Les entretiens nous ont servis à cerner l'état de santé de ces personnes et le questionnaire à cerner leurs besoins.

Suite au questionnaire, l'importance des besoins physiologiques non satisfaits a été relevée comme ayant une forte influence sur la santé.

Quant aux entretiens, ils nous ont permis de dégager deux grands axes qui sont :

- La résilience, comprenant les ressources des personnes interrogées, les mécanismes de défense, le stress et l'adaptation, la crise et la souffrance, ainsi que l'estime de soi.
- La maladie (atteintes et risques dominants), physique et psychique.

Ceci nous a permis de discerner chez les personnes SDF des ressources et des risques pouvant les faire basculer soit dans la résilience, soit dans la maladie.

L'absence de domicile fixe augmente les risques de tomber dans la maladie, mais ce n'est pas le seul facteur qui l'influence.

Nous avons identifié en particulier deux parties du rôle professionnel comme essentielles et complémentaires dans la prise en charge de ces personnes, à savoir : la promotion de la santé et la prévention par rapport aux risques identifiés. C'est ainsi que nous nous penchons sur ces aspects, afin de discerner dans quelle mesure ces moyens représentent une aide dans la relation avec la population SDF.

Ce travail a été très enrichissant pour nous, il nous a amené à une sensibilité et à une compréhension plus grande face à la problématique de l'absence de domicile fixe.

Nous vous souhaitons une bonne lecture, ainsi qu'un bon voyage en notre compagnie ...

La rédaction et les conclusions de travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute école de santé La Source.

### III. Table des matières

<b>I.</b>	<b>Remerciements.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>Table des matières .....</b>	<b>3</b>
<b>IV.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
1.	Quelques définitions pour débiter.....	4
<b>V.</b>	<b>Objet et questionnement de recherche.....</b>	<b>6</b>
A.	Thème et motivations .....	6
B.	Problématique.....	6
1.	Estimations chiffrées .....	6
2.	Liens avec le monde de la santé .....	7
C.	Objet de recherche.....	7
D.	Question de recherche .....	7
E.	Questionnement .....	7
F.	Intérêts et buts de la recherche.....	8
<b>VI.</b>	<b>Protocole de recherche .....</b>	<b>9</b>
A.	Méthodologie.....	9
1.	Type de recherche.....	9
2.	Population, terrain, échantillon.....	9
3.	Instruments de recherche.....	10
4.	Dimension éthique.....	13
<b>VII.</b>	<b>Traitement des données, étayage théorique et analyse.....</b>	<b>15</b>
A.	Première partie .....	15
1.	Analyse des questionnaires en regard des besoins selon Maslow .....	15
2.	Synthèse de l'analyse des besoins .....	23
B.	Deuxième partie .....	25
1.	Introduction .....	25
2.	Présentation des entretiens de personnes SDF.....	26
3.	Présentation des entretiens de professionnels.....	27
4.	Analyse des entretiens et étayage théorique .....	28
C.	Synthèse:.....	47
<b>VIII.</b>	<b>Perspectives professionnelles .....</b>	<b>50</b>
1.	La promotion de la santé .....	50
2.	La prévention.....	52
3.	Quelques points plus généraux .....	54
4.	Pour notre part... ..	56
<b>IX.</b>	<b>Limites de la recherche.....</b>	<b>57</b>
<b>X.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>58</b>
<b>XI.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>60</b>
<b>XII.</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>65</b>

---

## IV. Introduction

Nous avons décidé de choisir un sujet se rapportant au milieu de la santé communautaire et plus spécifiquement sur la santé des personnes sans domicile fixe (SDF) de Lausanne. Nos motivations seront développées davantage au chapitre suivant.

Il s'agit d'un sujet dont on parle peu couramment en Suisse et qui nous semble occulté par la presse, la politique ainsi qu'au niveau de la société en général.

Nous aimerions par là, mettre en lumière qui sont les personnes SDF de Lausanne, quelles sont leurs conditions de vie, leurs ressentis, leurs besoins, leurs ressources pour subvenir à leurs besoins primaires (se laver, se nourrir, se vêtir...). Ceci afin d'avoir un aperçu, le plus proche possible de la réalité, de leur état de santé. Cela nous aidera à offrir des prestations de soins adaptées.

### 1. Quelques définitions pour débiter

Le terme de « **sans domicile fixe** » a été préféré à celui de « sans-abri », parce qu'il correspond mieux à la réalité que nous avons pu observer sur Lausanne. Il y a plusieurs types de personnes sans domicile fixe : celles qui vivent dans la rue, celles dormant à la belle étoile et celles utilisant des lieux d'accueil de nuit. Il y a aussi celles qui recourent aux « marchands de sommeil » qui sous-louent des lits ou des chambres à la nuit<sup>1</sup>, celles qui habitent pour un temps chez des amis, puis chez d'autres ou alors chez des membres de la famille ou encore, qui se retrouvent à vingt dans une pièce, etc. Nous ne nous limiterons donc pas aux personnes sans abri à proprement parler.

Dans ce travail, nous n'utiliserons pas le terme de « clandestin », celui-ci ayant une connotation péjorative<sup>2</sup>, mais celui de « **sans-papiers** » et celui de « **personne sans statut légal** ».

Le terme de sans-papiers ne signifie pas que la personne n'a pas de papiers d'identité, par exemple, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Il s'agit d'une personne qui ne possède pas d'autorisation de séjour dans le pays dans lequel elle se trouve, pour des raisons économiques. Ce terme a une caractéristique militante, il a été employé en 1982 lors d'une grève de la faim de marchands ambulants. De plus, ce mot est présenté comme issu des premiers combats de ces migrants pour obtenir leur régularisation en France (Valli, 2003, p15). Nous avons néanmoins gardé ce terme qui est encore très employé.

Actuellement, le terme utilisé pour désigner ces personnes est le suivant : « travailleur(euse) sans statut légal » ou « personne sans statut légal ». Celui-ci a été choisi pour éviter des confusions sur l'absence de papier et rendre une dimension active positive à la personne.

---

<sup>1</sup> Cette pratique est plus fréquente pour les personnes sans papiers (ne pouvant donc pas louer directement un logement (VALLI, 2003, p 35.)

<sup>2</sup> Ce terme laisse entendre que ces personnes choisissent de transgresser la loi, alors que ce sont souvent nos lois qui les mettent, contre leur gré, dans une situation d'irrégularité.

---

Les personnes sous le coup d'une « **non-entrée en matière** » (NEM) se sont vues refuser le droit d'asile pour diverses raisons (pays considéré comme « sûr », absence de preuves de persécutions, absence de papiers d'identité valides, fausse identité, demande d'asile déjà refusée en UE ou en Suisse,...).

Cela signifie que ces personnes sont censées rentrer au plus vite dans leur pays par leurs propres moyens, en principe dans la journée, ce qui n'est pour ainsi dire pas applicable. De plus, de nombreux pays ne reconnaissent pas leurs ressortissants, en conséquence un retour dans leur pays d'origine est hypothétique. Ces personnes n'ont pas droit à un logement, les gens les logeant étant amendables, et doivent donc se débrouiller par elles-mêmes. Les personnes avec une NEM risquent la détention si elles s'adressent à une autorité. Une aide d'urgence, bien inférieure aux autres groupes de population, l'assistance sociale ayant été supprimée en avril 2004, leur est accordée pour le moment encore<sup>3</sup>. Peu de ces personnes, officiellement parties, le sont réellement dans les faits. En effet, elles ne figurent simplement plus dans les statistiques.

---

<sup>3</sup> En effet, l'aide d'urgence est remise actuellement en question et fera l'objet de votation en septembre 2006.



## V. Objet et questionnement de recherche

### A. *Thème et motivations*

Nous avons choisi de nous intéresser aux personnes sans domicile fixe de la ville de Lausanne. En effet, cette population nous interpellait. Nous avons chacun vécu diverses expériences nous amenant à nous questionner sur l'existence de ces personnes, sur ce qui est mis en place pour elles, sur le regard que la société porte sur elles et sur celui que leur portent les soignants. Nous avons le souvenir de certaines remarques désobligeantes, de préjugés lors de l'hospitalisation de personnes ayant un problème de toxicomanie, ou à l'apparence et à l'hygiène douteuse. Nous désirions approfondir le sujet, afin de mieux comprendre nous-même ces personnes et si possible d'aider d'autres professionnels dans leurs pratiques.

### B. *Problématique*

L'absence de domicile fixe, si elle n'est pas spécialement mise en avant en Suisse, n'est pas moins une réalité pour bien des personnes. Le nombre de personnes SDF, sur Lausanne ou en Suisse, n'est pas connu. Il s'agit, en effet, d'une population difficile à chiffrer de par son statut.

#### 1. **Estimations chiffrées**

A Lausanne, les personnes sans papiers sont estimées à 4500-6550 (VALLI, 2003, p29). Les personnes en situation de clandestinité et n'ayant aucun abri (dormant à la « belle-étoile » ou structures d'accueil), sont estimées à 20-30 personnes, majoritairement des jeunes hommes originaires du Maghreb (VALLI, *ibid.*, p35-36). Ce chiffre ne comprend pas les personnes SDF qui composent une bonne partie de cette frange de la population.

Quant aux personnes frappées d'une décision de NEM, nous en dénombrant 10'525 en Suisse à quitter les structures mises en place par la Confédération. Il s'agit là de départs non contrôlés. Ces personnes ne seront donc plus recensées. (Département fédéral de justice et police DFJP & Office fédéral des migrations ODM, 2005, p3)

Les organes officiels se disent satisfaits : « S'il est trop tôt pour tirer des conclusions formelles, les chiffres tendent néanmoins à démontrer que les effets escomptés de l'exclusion du dispositif de l'aide sociale se sont réalisés, puisqu'après quelques mois, les personnes avec une NEM ne font plus appel à une aide d'urgence et ne sont plus interpellées par la police ». (DFJP & ODM, *ibid.*, p17) Cependant, ces personnes ne sont de loin pas toutes rentrées dans leur pays. Une bonne partie d'entre elles est simplement entrée dans la clandestinité.

Toujours selon la même source, il existerait des mineurs non accompagnés contre lesquels des décisions de NEM seraient rendues. Il y en aurait eu 37 d'octobre à décembre 2004, ce qui amènerait le chiffre de mineurs non accompagnés, en début 2005, à 76 enfants, tous cantons confondus (DFJP & ODM, *ibid.*, p13-14). Leur évolution n'est pas connue à l'heure actuelle. Terre de Hommes fait néanmoins référence à un nombre de mineurs élevé qui sillonnent l'Europe (Terre des Hommes, 2006, p7).

Quant au nombre de personnes SDF ayant des papiers de séjour, et présentant souvent un problème de toxicomanie, leur nombre n'est pas connu à ce jour.

Une structure d'accueil de jour de Lausanne a fait une enquête interne afin de connaître la situation de logement de ses usagers. De cette enquête datant du 31.10.05, il ressort que 13 personnes sur 79 (16%) sont dans une situation d'urgence (absence d'abri, de logement, etc.) et 23 (29%) dans des conditions précaires (dorment chez des amis, sont entassés, etc.). Les quelques femmes fréquentant ce lieu semblent avoir un logement légèrement plus fixe que les hommes. (Le Passage, 2005)

Les deux structures d'accueil de nuit de Lausanne, ouvertes en tout temps, sont quasiment chaque nuit pleines et doivent refuser du monde. Le Sleep-in et la Marmotte comprennent chacun 25-30 lits (Rel'ier, 2000, p17). La ville de Lausanne ouvre des abris de la protection civile durant l'hiver depuis quelques années, suite au décès d'une personne qui est morte de froid dans la rue. Cela ne résoud pas le problème de l'été.

De plus il n'y a aucune structure vraiment adaptée pour les familles qui viennent sporadiquement.

## **2. Liens avec le monde de la santé**

Nous avons été interpellé par cette réalité, par ces personnes SDF. Beaucoup de mesures sont prises à Lausanne, ce qui attire aussi toute une population. Tout soignant peut un jour se retrouver face à une personne SDF. Cette problématique ne concerne pas seulement les mégapoles, ou les pays étrangers.

Tournier (1985) affirme que : « ... l'homme est un être incarné, qui a besoin d'un lieu, qui a besoin de s'attacher à son lieu, de s'y enraciner (...). Car l'homme s'attache à son lieu et s'y intègre, il incorpore son lieu à sa personne, il l'intériorise en lui-même, en sorte qu'on ne peut pas toucher à son lieu sans ébranler sa personne. » (p49). Que se passe-t-il quand l'individu perd « son » lieu, son domicile, ou qu'il en a plusieurs ? Ou que se passe-t-il encore quand la rue devient son domicile ? Que devient-il ?

« La rue est une petite mort, une lente dépersonnalisation, pire que l'errance. Plus d'univers personnel, de reflet de notre personnalité, où nous puissions vraiment nous reconnaître. Nous ne sommes chez nous nulle part. Etre nulle part, c'est n'être plus personne. Les zonards sont des étrangers sur terre » disait Le Roux, anciennement SDF (Le Roux & Lederman, 1998, p107). Qu'en est-il ici ?

### ***C. Objet de recherche***

La santé des personnes sans domicile fixe dans la ville de lausanne.

### ***D. Question de recherche***

Quelle influence a l'absence de domicile fixe sur la santé des personnes ?

### ***E. Questionnement***

Qui sont les personnes sans domicile fixe de Lausanne ?

Quels sont leurs besoins ? Comment ces personnes se voient-elles ? Que disent-elles de leur santé et quelle importance a-t-elle pour ces gens ?

Quel est leur état de santé ? Dans quelle mesure l'absence de domicile fixe a-t-elle une influence sur la santé ? A quel niveau ? De quelle manière ? Observe-t-on des caractéristiques propres à cette population ?

Que disent les professionnels à propos de ces personnes ? Que proposent-ils ?

Y a-t-il des éléments spécifiques requis pour une prise en charge optimale des personnes SDF ?



## ***F. Intérêts et buts de la recherche***

Les objectifs de notre recherche sont :

- D'avoir un aperçu de la santé des personnes SDF de Lausanne
- De connaître les besoins que cette population exprime
- D'en retirer des pistes pouvant aider à la prise en charge de ces personnes

Nous pensons que cette recherche est utile aux soins infirmiers, car elle traite d'un sujet peu connu, chaque soignant peut se retrouver à devoir soigner une personne SDF. Ce travail peut donner des pistes pour l'accompagnement de ces personnes, et fournir des informations sur leurs conditions de vie et leurs besoins. Il peut servir de base à une réflexion par rapport aux sujets de cette population, et peut également être transposable à d'autres situations.

---

## VI. Protocole de recherche

### A. Méthodologie

#### 1. Type de recherche

Notre travail de recherche se base sur une posture subjectiviste cherchant à comprendre un phénomène, à savoir l'influence de l'absence de domicile fixe sur la santé en s'appuyant sur une approche qualitative. Notre démarche est empirico-inductive, c'est à dire que nous nous basons sur une problématique, et non sur une théorie, que nous envisageons sous un angle systémique. (Allin-Pfister, 2004, p8).

#### 2. Population, terrain, échantillon

Nous avons décidé de nous pencher sur la population SDF en général, qu'elle soit sans refuge, qu'elle utilise des lieux d'accueil de nuit, qu'elle aie un abri temporaire chez des amis ou dans sa famille.

Nous avons pu voir deux grands sous-groupes au sein de cette population, en dehors des classifications faites par les lieux utilisés pour dormir, à savoir les personnes vivant en Suisse de façon irrégulière (personnes sans statut légal ou avec une NEM) et les personnes ayant un problème de dépendance.

Selon le rapport Valli, parmi les personnes vivant en Suisse de façon irrégulière, il existe plusieurs groupes. Le plus grand est celui des personnes venant d'Amérique Latine, puis les personnes déboutées de l'asile (NEM). Ensuite, viennent les jeunes originaires du Maghreb et par ordre décroissant : les ex-saisonniers, les nouveaux saisonniers des pays de l'Est, les Asiatiques (de passages pour d'autres destinations), les réseaux mafieux et de prostituées, et finalement, les gens dans une situation en voie de régularisation. (2003, p 20). Il semblerait, selon certains professionnels de la santé, qu'il y ait actuellement une légère diminution du nombre de personnes venant d'Amérique Latine, et une augmentation du nombre d'Africains et de personnes d'ex-Yougoslavie. Cela reste à suivre et à évaluer.

Quant aux personnes ayant un problème de dépendance, la majorité de ces personnes rencontrées sont polytoxicomanes. Nous n'avons pas été en contact avec des personnes totalement « clochardisées ». Ce type de population n'existe-t-il pas sur Lausanne ? Ou alors ne fréquente-t-elles pas les lieux d'accueil avec lesquels nous étions en contact ? La population SDF de Lausanne les a-t-elle amené à fuir ? Peut-être y a-t-il un peu de tout cela...

En choisissant de nous axer sur toute la population SDF, nous ne pouvions pas interroger chaque personne, connaître chaque spécificité. Ayant identifié ces deux groupes, les plus visibles et les plus atteignables, grâce aux diverses associations, nous nous sommes donc concentrés sur ceux-ci.

Nous avons préparé nos questionnaires avec l'intention de pouvoir les distribuer à toute personne SDF, quelles que soient ses caractéristiques. Pour atteindre cette population, nous sommes passés par diverses associations, ce qui donne un échantillon de personnes étant d'accord de répondre et fréquentant des lieux d'accueil.

Quant aux entretiens que nous avons effectués avec des personnes SDF, nous avons choisi de les réaliser avec des personnes sans statut légal ainsi qu'avec des personnes ayant un problème de dépendance. Cinq personnes ont été d'accord de prendre du temps pour nous et de répondre à nos questions. Certaines personnes ont été contactées par des professionnels qui nous les ont présentées par la suite. Quant aux autres, nous les avons rencontrés nous-même, par l'intermédiaire de personnes SDF. Une des personnes interrogées était sans papiers, une autre sous le coup d'une NEM, quant aux trois autres personnes, chacune avait un problème de dépendance, et deux d'entre elles avaient plus ou moins retrouvé un domicile fixe. Ayant différents stades de vie, cela nous a permis de poser un regard plus différent sur leur santé, leur vécu.

### **3. Instruments de recherche**

Notre travail de recherche s'est fait sous la forme d'entretiens semi-dirigés et au moyen d'un questionnaire. Nous avons choisi d'utiliser ces deux instruments dans des buts différents.

#### **a) Le questionnaire**

En décidant d'utiliser un questionnaire, nous ne connaissions pas vraiment le type de population que nous allions rencontrer et nous n'avions qu'une vague approche du terrain. Notre intention était de cerner qui étaient ces personnes ainsi que leurs besoins, ceci afin de pallier aux manques de données théoriques sur les personnes SDF de Suisse et de Lausanne plus particulièrement. Quelques lectures ont été faites, touchant à la problématique des personnes SDF en France, mais nous n'avions pas d'idées de ce qu'était le vécu d'une personne SDF de Lausanne. Les questions auraient pu, parfois, être plus percutantes si nous avions eu une meilleure connaissance du terrain. Après quelques questions sur la personne même, cela nous permettant de mieux la situer et d'entrer en matière, nous en sommes venus à ses besoins que nous désirions connaître. Afin de structurer nos questions, et d'avoir une vue globale de la personne dans ses besoins, nous nous sommes basés sur les 14 besoins de Virginia Anderson (Amar&Gueguen, 2003, pp44-45). Cela nous a permis de classer nos questions et les réponses par thèmes.

Etant donné les dimensions de notre recherche, ce questionnaire ne pouvait avoir la prétention d'être quantitatif. Notre désir était, cependant, qu'il touche le plus grand nombre de personnes possible, c'est pourquoi nous avons fait le choix de le faire traduire en différentes langues. Nous avons recherché qui étaient les personnes fréquentant tel lieu d'accueil, qui parlait telles langues et quelles étaient celles qui étaient parlées majoritairement. Cela nous a aidé à la recherche des personnes pouvant les traduire. C'est ainsi que notre questionnaire pu être traduit en espagnol, en portugais, en anglais, en allemand et aussi en russe.

En choisissant d'utiliser un questionnaire, nous voulions favoriser, également, le contact avec des personnes qui ne seraient pas disposées à avoir un entretien formel avec nous. L'anonymat reste, par ce moyen-là, total : même lorsque les questionnaires étaient distribués en main propre, ils étaient noyés dans la masse, à l'exception de ceux où la personne voulait nous laisser ses coordonnées.

Une fois l'autorisation reçue par les diverses directions des lieux d'accueil où nous voulions déposer nos questionnaires, il ne nous fut pas possible d'agir de la même façon partout.

Dans l'un de ces lieux, les questionnaires ont pu être déposés dans un coin et les gens qui le désiraient pouvaient les remplir et les déposer dans une boîte mise à disposition ; ceci en collaboration avec le personnel de ce lieu qui annonçait la possibilité de répondre à ce questionnaire. Dans d'autres lieux, nous sommes allés nous-même à la rencontre des personnes et leur avons proposé d'y répondre s'ils le désiraient. Cela a très bien fonctionné.

### **(1) Critique de l'outil**

Un questionnaire de ce type demande moins d'investissement pour la personne questionnée que de devoir parler face à face à un enquêteur. Ceci pourrait peut-être introduire un biais, la personne pouvant se sentir déresponsabilisée de ce qu'elle dit et raconter n'importe quoi. Le fait d'avoir plusieurs personnes questionnées devrait permettre de discerner ce qui semblerait étrange et de se remettre en question. D'autre part, en utilisant ce type d'outil de recherche, nous prenons le risque de fatiguer la personne. Un questionnaire de ce type demande de la concentration, de savoir lire et écrire<sup>4</sup> et il peut également paraître froid et distant. (Saumier, cité par Chappuis, 2005, p3).

Nous avons déposé ou fait remplir ces questionnaires dans plusieurs lieux d'accueil de Lausanne. Ceci est justement l'une de ses limites, celui-ci ne touchant pas la population SDF ne fréquentant aucun lieu d'accueil. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de toute la population SDF.

### **b) Les entretiens semi-dirigés**

Nous désirions avoir l'avis de professionnels et de quelques personnes SDF sur la santé de ces dernières. Nous avons donc utilisé pour cela des entretiens semi-dirigés.

En choisissant de travailler avec des entretiens semi-dirigés, notre intention était de récolter des informations plus détaillées et personnalisées qu'au-travers du questionnaire. Cela permettait une certaine interactivité, des réponses nuancées et de tisser une relation plus personnelle avec ces personnes tout en prenant en compte le non verbal de la personne interrogée.

Pour les professionnels interrogés<sup>5</sup>, nous avons utilisé la même trame d'entretien, à l'exception du troisième, qui s'est déroulé par téléphone et que nous avons utilisé comme complément aux autres entretiens de professionnels. Les réponses de ces derniers étaient désirées pour éclairer les données récoltées auprès des personnes SDF et pour nous permettre de mieux cerner la problématique ainsi que les réponses professionnelles existantes. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés, mais retranscrits de façon complète mais non intégrale après une prise de notes.

La population SDF n'étant pas homogène, nous pouvions également adapter nos questions aux caractéristiques propres à la personne. Nous avons construit deux trames d'entretien, avec comme axes principaux : comment la personne s'est-elle retrouvée dans cette situation, quel est son quotidien, comment perçoit-elle sa santé, et quels sont ses ressentis.

---

<sup>4</sup> Nous avons été confronté au cas d'une personne qui ne savait pas lire le français, ni l'écrire et qui désirait pourtant le remplir. Nous l'avons donc rempli sur ses instructions. L'anonymat, ici, n'était plus total, bien que nous ne sachions pas son nom.

<sup>5</sup> Les retranscriptions des entretiens des professionnels se trouvent en annexe IV

Quelques questions différaient, notamment par rapport à la consommation de drogues, pour les personnes ayant un problème de toxicomanie ou d'absence de statut légal pour les autres. Ces entretiens<sup>6</sup> ont été retranscrits de façon intégrale.

Un entretien semi-dirigé permet, en outre, de rester souple, tout en gardant un fil rouge, et d'orienter la personne, ce qui est un bon compromis entre un entretien directif et un entretien libre. (Mathier, 2001, p77)

Nous avons fait le choix de ne pas chercher de théories, de concepts, pour préparer ces entretiens, car nous ne connaissions pas assez le milieu pour savoir ce qui allait en ressortir. Nous voulions découvrir cela directement avec les personnes interrogées. Les premières questions traitaient du statut de la personne, dans le but de mieux la connaître, la situer et de la mettre à l'aise, avant de se cibler davantage sur la santé.

Nous avons adapté notre langage à celui de la personne qui nous faisait face. Les questions que nous avons préparées ont souvent été formulées différemment.

Parmi les personnes interrogées, deux d'entre elles venaient de retrouver un domicile fixe. Nous avons choisi de les interviewer malgré tout. En effet, le recul qu'elles avaient par rapport à leur vécu en tant que SDF était enrichissant. Grâce à cela, ces personnes étaient en mesure de nous faire part du changement qu'elles ont pu voir, sur leur santé, après avoir retrouvé un domicile.

### **(1) Critique de l'outil :**

Nous avons parfois rencontré des personnes logorrhéiques qu'il nous a été difficile d'orienter là où nous voulions approfondir. Il fut compliqué de comprendre ce qu'elles voulaient dire tout en restant dans le cadre de notre travail et de ne pas se perdre dans le flux de paroles et d'émotions. Une certaine évolution peut se voir dans les entretiens à ce niveau. L'expérience nous permis de mieux gérer ce temps et de nous éloigner de la trame d'entretien pour y revenir ensuite si besoin était.

Le fait de se présenter comme « étudiants infirmiers » amenait également, directement, une connotation dirigée sur la santé et les problèmes de santé qui venaient spontanément en avant.

Les entretiens semi dirigés présentent un autre désavantage qui est celui du manque de comparabilité des données. Pour essayer d'y pallier, nous avons classé nos entretiens par thèmes sur un tableau<sup>7</sup>. De même, l'anonymat, par rapport à nous, n'est plus total (Saumier, cité par Chappuis, 2005, p5), ce qui a amené certaines personnes à refuser un entretien, mais à accepter de répondre au questionnaire.

---

<sup>6</sup> Les retranscriptions des entretiens avec des personnes SDF se trouvent en annexe II

<sup>7</sup> Le classement des données se trouve en annexe III.

#### 4. Dimension éthique

Les personnes sans domicile fixe font partie d'une population avec laquelle il est difficile de rentrer en contact, cela d'autant plus si l'on désire parler de leur situation. Il est vrai que certains d'entre eux ont un statut de migrants en situation irrégulière, et que d'autres consomment des produits illicites. Certains encore, se cachent pour différentes raisons. Ces personnes vivent dans une crainte constante qui les isole, les rendant ainsi difficilement atteignables.

Dans la préparation de notre recherche, nous avons tenu compte de ces différents aspects et avons toujours fait en sorte de garantir des conditions optimales dans le but de collaborer avec elles.

Pour des questions d'anonymat, nous avons pris la décision de ne pas faire signer une feuille de consentement, car la signature peut être révélatrice du nom de la personne. D'autre part, nous avons peur qu'une signature soit pour ces personnes un obstacle à participer à nos entretiens. C'est pourquoi nous leur avons demandé un consentement oral.

Lors de la conception de nos outils de recherche, une de nos préoccupations était donc de respecter les principes éthiques liés à notre recherche. Pour cela, nous avons choisi de nous référer à la brochure publiée par l'Association Suisse des infirmières (ASI) en 2000, « Les infirmières et la recherche : principes éthiques ». Selon l'ASI, le comportement des chercheurs dans le domaine de la santé se base sur les principes éthiques suivants :

- **Garantie du respect et de la dignité de la personne. Ce principe comprend l'autonomie, la véracité, la fidélité et la confidentialité.**

Avant chaque entretien, nous avons veillé à informer de façon claire toutes les personnes interviewées du but de notre recherche, des thèmes qui allaient être abordés et de la façon dont les données, qui allaient ressortir de leur entretien ou des questionnaires, allaient être utilisées. Nous leur avons également laissé la liberté de participer ou non aux entretiens, de s'en aller à tous moments s'ils le désiraient et de répondre ou non à certaines questions.

Les informations concernant le questionnaire ont été traduites en plusieurs langues, afin que celles-ci soient comprises par toute personne désirant participer. De plus, dans un souci de confidentialité, nous avons mis en place une boîte fermée, dans un des lieux d'accueil, pour accueillir les questionnaires remplis

Afin d'être le plus fidèle possible à ce qui a été dit lors des interviews, nous avons demandé l'accord des personnes SDF, pour qu'elles puissent être enregistrées, tout en assurant la destruction des enregistrements après retranscription.

Nous nous sommes également préoccupé de garantir la confidentialité, en masquant l'identité des personnes interviewées.

---

- **Faire le bien / Ne pas nuire**

Dans le but de prendre contact avec les personnes SDF, nous avons choisi de passer par l'intermédiaire de cinq lieux d'accueil en leur expliquant notre projet, ainsi que notre démarche. Nous avons donc, dans un premier temps, demandé une autorisation pour effectuer des entretiens et pour distribuer nos questionnaires, en nous adressant directement au responsable de chaque institution. Ceux-ci nous ont chacun exprimé leur accord oralement. Ceci, afin de ne pas nuire au bon fonctionnement de l'établissement ainsi qu'aux personnes qui le fréquentent et également par souci de transparence.

Nous avons veillé à ce que le temps des entretiens effectués avec les professionnels n'ait pas de conséquences sur leur charge de travail. Pour cela, nous avons pris rendez-vous tout en estimant le temps nécessaire.

En ce qui concerne les entretiens effectués avec la population visée, nous nous sommes appliqués à ne pas être trop envahissant dans leur vie privée, tout en leur donnant la possibilité de discuter de leur situation ainsi que de leurs problèmes, s'ils le voulaient.

L'anonymat des institutions et des personnes interviewées a été respecté, dans le but de ne leur causer aucun tort et de préserver leur sécurité.

- **La justice**

Avant nos entretiens, nous avons pris soin de sélectionner les personnes selon des critères bien précis. Nous avons choisi deux personnes SDF ayant un statut irrégulier et trois personnes SDF souffrant de dépendance à des stupéfiants. Nous avons fait ce choix, afin que nos données soient les plus proches possibles de la réalité, car la population SDF est très vaste, et afin d'éviter de favoriser ou de désavantager un groupe de personnes en fonction de sa particularité.

Toutes les personnes ont été traitées de la même manière, et nous n'avons porté à aucun moment des jugements de valeurs.



---

## VII. Traitement des données, étayage théorique et analyse

Ce chapitre est divisé en deux parties. La première reprendra les données du questionnaire, avec une analyse de celles-ci à l'aide du concept de soin de Virginia Henderson et de la théorie des besoins de Maslow. Nous identifierons, de la sorte, la population questionnée, ainsi que les besoins qu'elle exprime.

Ceci nous permettra d'accéder à la seconde partie, qui, pour sa part, comprendra les données des entretiens et leur analyse. Ainsi, nous pourrions cibler davantage les ressources et les risques qui ont un lien avec la santé.

### *A. Première partie*

#### **1. Analyse des questionnaires en regard des besoins selon Maslow**

##### **a) Présentation des questionnaires**

Nous avons reçu 27 questionnaires remplis<sup>8</sup>, de différents lieux d'accueil de Lausanne fréquentés par des personnes sans domicile fixe. Tous n'ont pas répondu à toutes les questions.

##### **(1) *Qui sont ces personnes ?***

La plupart des personnes ayant répondu au sondage fréquentent des lieux d'accueil, ce qui pourrait expliquer le faible nombre **de femmes** et de famille que l'on rencontre plus souvent comme étant des personnes sans papiers. Les lieux d'accueil ne sont pas beaucoup fréquentés par les femmes et les enfants, les hypothèses expliquant cela sont : la peur de perdre la garde des enfants, lieux non prévus pour cette population. Néanmoins, il existe certains lieux d'accueil, dans lesquels nous ne sommes pas allés, où la population est plus mélangée au niveau des sexes et des âges. Nous avons pu, cependant, avoir un entretien avec des professionnels de ce lieu, ce qui nous permet d'affirmer qu'il y a des femmes, des enfants et des hommes sans domicile fixe avec des conditions de logement précaires.

De ce que nous avons pu voir, les femmes sans domicile fixe ont souvent un réseau familial plus présent que les hommes, et sont moins livrées à elles-mêmes. Elles sont, par contre, très souvent appelées à se prostituer ou à vivre chez un compagnon quelconque pour ne pas être totalement à la rue. Il est aussi souvent plus facile à une femme de trouver un petit travail « au noir » (ménage, garde d'enfants). Ceci explique le changement de la population migrante, les femmes venant souvent avant, pour gagner de l'argent, et ensuite pour faire venir le reste de la famille.

Par rapport aux âges des personnes, nous remarquons un pic dans la tranche des 31-40ans, mais par contre personne ayant moins de 20ans, ou plus de 50ans. Nous pouvons faire des hypothèses à ce propos, en tenant compte des dires des professionnels interrogés.

---

<sup>8</sup> Les réponses du sondage, ainsi que les questions se trouvent en annexe I.

Les lieux d'accueil ne sont pas prévus pour les mineurs, peut-être par peur d'une mauvaise influence, ces derniers, semblerait-il<sup>9</sup>, dormiraient plutôt dans la rue, dans des bateaux à Vidy, dans des caves, ou avec leur famille dans des pièces, des logements bondés, voir sous-loués à plusieurs personnes.

Nous émettons l'hypothèse, pour les personnes ayant un problème de toxicomanie, que leur espérance de vie, lors de consommation active, excède rarement les 50 ans.

Nous avons eu la chance de nous entretenir avec une personne toxicodépendante atteignant juste 50 ans. Il affirme être l'un des plus vieux de ce milieu à Lausanne. Ses anciens amis sont tous morts par overdoses ou suicides.

En ce qui concerne les personnes sans papiers, nous avons pu observer qu'il s'agit plutôt de personnes jeunes en mesure de travailler.

En examinant les résultats de nos questionnaires, une différence par rapport à la population majoritairement migrante est visible. Selon le rapport Valli (2003, p20) il s'agit de personnes venant d'Amérique Latine, que nous n'avons pas réellement touché par ce questionnaire. Cela montre l'une des limites de celui-ci.

Nous pouvons voir, dans notre échantillon, que les Suisses SDF sont rares. Ceux-ci, dans notre sondage, consommaient tous des drogues. On peut supposer ici, que la dépendance a mené à l'absence de domicile, ce qui nous a été confirmé par certains d'entre eux.

La plupart des gens questionnés viennent de l'Union Européenne, de l'Afrique et surtout du Maghreb. Il n'y a personne d'Asie orientale, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ceux-ci, de passage, demeurent avec leurs compatriotes, en réseau, et ne sont donc pas atteints par notre questionnaire. Il n'y a non plus personne d'Océanie, ni même d'Amérique du Nord, ce que l'on pourrait mettre en lien avec la distance et l'industrialisation de ces pays.

La grande majorité des personnes ayant répondu sont des personnes célibataires, divorcées, ou séparées. L'hypothèse faite : que la vie SDF ne laisse pas de place à autre chose que de chercher à survivre. On observe, en outre, de grandes difficultés à se marier pour les personnes sans-papiers, de par l'absence de ceux-ci.

Ces personnes n'ont, pour la plupart, pas de famille sur Lausanne, celle-ci étant soit ailleurs en Suisse, soit laissée dans le pays d'origine. Cela pourrait favoriser un certain isolement. De plus, les deux tiers sont sans enfants, quant à ceux qui en ont, nous ne savons pas s'ils sont en contacts.

Ces personnes sont, pour certaines, nées en Suisse, d'autres sont là depuis plus ou moins longtemps. Nous observons une grande variété de réponses, sans que nous puissions en tirer quelque chose de significatif.

Dans notre questionnaire, nous pouvons constater deux catégories en ce qui concerne la **durée de l'absence de domicile** : moins de 6mois, et de 1-5ans, avec un pic de 3-5ans.

Cela nous amène à penser que, dans le premier groupe, les gens sont dans une phase plus aigüe de stress. En effet, les personnes qui sont depuis peu SDF, n'ont pas forcément connaissance des lieux d'accueil et du code de la rue. Nous supposons que leurs chances de retrouver un domicile peuvent être plus élevées, car la désaffiliation sociale est moins importante que dans le cas de longues années d'absence de domicile fixe.

---

<sup>9</sup> Selon des discussions informelles avec diverses personnes

En ce qui concerne le deuxième groupe, nous pouvons supposer qu'une chronicité de leur situation et de leur stress, s'est installée. Si un décalage avec la société en général peut-être remarquée, une adéquation avec la vie de la rue se produit.

Selon notre questionnaire, personne n'est sans domicile fixe depuis plus de 5ans. Nous ne savons pas si ces personnes ont trouvé un domicile après ce laps de temps, ou si elles n'ont pas été atteintes par ce questionnaire. Il se pourrait aussi qu'elles soient décédées ou encore qu'elles soient retournées dans leur pays.

## **b) Cadre théorique**

### ***(1) Les 14 besoins de Virginia Henderson***

Henderson pose trois postulats :

- Toute personne tend vers l'indépendance et la désire
- La personne forme un tout, complexe, présentant des besoins fondamentaux
- Quand un besoin demeure insatisfait, il s'ensuit que la personne n'est pas complète, entière, indépendante.

(Adam, 1991, p.11)

Elle définit quatorze besoins fondamentaux que toute personne doit pouvoir satisfaire pour être en santé. Elle considère l'homme comme un être entier, complet et indépendant, ces besoins tenant donc compte de toutes ces diverses composantes. (Amar & Gueguen, 2003, p. 154)

Ces quatorze besoins sont :

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Eliminer
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture
5. Dormir et se reposer
6. Se vêtir et se dévêtir
7. Maintenir la température du corps dans les limites de la normale
8. Etre propre, soigner ses téguments
9. Eviter les dangers
10. Communiquer
11. Agir selon ses valeurs et ses croyances
12. S'occuper en vue de se réaliser
13. Se divertir, se récréer
14. Apprendre

(Amar & Guenguen, 2003, p. 44-45)

Ces besoins fondamentaux se présentent sous des formes très diverses suivant les personnes, suivant leur état de santé, leur maturité, leurs habitudes personnelles et culturelles. Chacun de ces besoins a des composants biologiques, physiologiques, psychologiques, sociologiques et culturelles. (Adam, 1991, p.21)

Nous nous sommes axés sur ces quatorze besoins pour concevoir notre questionnaire, car cela nous permettait une vue globale.

Tous ces besoins n'ont pas fait l'objet de questions, certains étant trop difficiles à évaluer, ou non spécifiques, selon nous, à cette population. Le questionnaire, aurait été, en outre, trop long, il fallait donc faire des choix.

## **(2) Les besoins selon Maslow**

Maslow définit cinq catégories de besoins fondamentaux :

1. **Les besoins physiologiques** (oxygénation, nutrition, élimination, thermorégulation, repos, mobilisation, bien-être physique, ...)
  2. **Le besoin de sécurité** (absence de dangers physiques et psychologiques, protection face aux dangers, stabilité, ordre,...)
  3. **Le besoin d'amour et d'appartenance** (amour et affection, communications chaleureuses, approbation et reconnaissance de la part d'autrui, être avec ceux que l'on aime, ...)
  4. **Le besoin d'estime** (qui se subdivise en deux groupes : le désir de force, c'est-à-dire se sentir adéquat, compétent, etc., et le désir d'une bonne réputation qui permet l'appréciation et la confiance en soi, le sentiment de sa propre valeur et le sentiment d'être utile)
  5. **Le besoin de se réaliser ou actualisation de soi** (croissance et maturité, développement de tous ses potentiels, autonomie, capacité à faire librement ses choix, créativité augmentée, mouvement vers ce qui est beau et nouveau, satisfaction au niveau philosophique et spirituel, ce qui mène l'individu à devenir ce qu'il est intrinsèquement).
- (Cité par Chalifour, 1989, p56-66)

Lorsqu'un besoin est assouvi, la personne peut passer à un besoin de niveau plus élevé (pyramide de Maslow). La personne désire se réaliser, ce qui l'amène à s'engager dans un processus de développement qui devient facteur de santé.

En d'autres termes, comme le dit Chalifour (1989) : « si tous les besoins sont insatisfaits, l'organisme sera dominé par des besoins physiologiques, les autres besoins deviendront inexistantes ou relégués en arrière plan. » (p61)

Maslow (1970) ajoute que : certaines conditions sont indispensables à la satisfaction des besoins, comme l'intégrité des fonctions intellectuelles, la liberté de parler, de faire ce que l'on désire autant qu'aucun dommage n'est infligé aux autres, la liberté de s'exprimer, de rechercher de l'information, de se défendre, la justice, l'équité, l'honnêteté. Si de telles conditions sont absentes, la satisfaction des besoins est alors compromise.

(Cité par Chalifour, 1989, p64)

Un besoin de base insatisfait provoque la maladie. Sa satisfaction la prévient, voir la soigne (satisfaction suite à la privation). Le besoin ne se manifeste pas ou très discrètement chez l'individu en bonne santé. (Maslow, 1972, p24)

### c) Analyse des réponses au questionnaire

Les personnes interrogées par ce questionnaire se disent de moyenne à bonne **santé** pour 85% d'entre elles, ce qui nous a surpris. Cependant, cela ne veut pas dire qu'il y aie absence de problèmes de santé (ex : personnes avec HIV et hépatites se disant en bonne santé).

Par rapport aux problèmes de santé de cette population, nous avons pu constater quatre groupes de personnes :

- 2/5<sup>ème</sup> de ces personnes disent n'avoir aucun **problème de santé**.
- 1/5<sup>ème</sup> disent avoir des problèmes de santé, mais qu'ils ne relient pas à leurs conditions de vie.
- Les 2/5<sup>ème</sup> restant sont partagés, certains affirmant que leurs conditions de vie sont la cause de leurs problèmes de santé, alors que les autres prétendent que ces conditions n'ont aucun lien avec l'absence de leurs problèmes.

Les **lieux utilisés pour dormir** ne sont pas toujours les mêmes pour la même personne, d'où plus de 27 réponses (48 lieux). Certaines personnes dorment habituellement chez des amis, et d'autres tantôt dehors, tantôt dans des lieux d'accueil, ou encore ailleurs<sup>10</sup>. Parmi les trois personnes dormant parfois chez des membres de la famille, deux étaient les seules femmes ayant répondu au sondage. Y aurait-il plus de soutien familial pour les femmes ?

Quant au **sommeil**, la majorité des individus SDF dorment de 2-8 heures. Quelques uns dorment jusqu'à plus de 12 heures. Il est difficile d'estimer les besoins en sommeil de chacun d'après ce questionnaire, mais l'on peut voir dans la question qui concerne la fatigue journalière que env. 4/5 des personnes ont dit être : parfois à toujours fatiguées. Cela peut amener à penser que le sommeil est insuffisant. On compte normalement 8 heures de sommeil par nuit pour un adulte (Thirion, 1994, p288). Cela nous amène sur la qualité estimée du sommeil de ces personnes : 84% le qualifient d'entrecoupé, agité et insuffisant. Les personnes qualifiant leur sommeil de bon et suffisant dormaient soit chez des amis, soit chez de la famille ou dans une chambre louée.

86% disent avoir des difficultés à dormir, notamment à cause du bruit et de l'anxiété, mais aussi pour diverses autres raisons telles que : la douleur, la température, l'insécurité, l'angoisse, les problèmes de vie, les problèmes affectifs, les problèmes administratifs, les problèmes de santé, les mauvaises odeurs, l'habitat, les matelas et sommiers en mauvais état, le manque (drogue) ou ne savent pas pourquoi.

Par rapport à l'**alimentation**, la plupart disent avoir bon appétit (63%). Le manque d'appétit pourrait se lier à la consommation de drogues, selon nos investigations.

Ils qualifient, pour la moitié d'entre eux, leur alimentation d'équilibrée et suffisante. L'autre moitié affirme le contraire. Cette différence est, peut-être, explicable par les exigences de chacun ainsi que les différents moyens utilisés pour se nourrir (lieux d'accueil y.c.).

Les ¾ d'entre eux disent n'avoir pas assez de moyens financiers pour se nourrir, ce qui peut sembler contradictoire avec ceux qui affirment avoir suffisamment à manger, mais qui pourrai s'expliquer par la présence de repas bons marchés ou gratuits de divers lieux.

---

<sup>10</sup> Location de chambre chez un particulier, un hôtel, une pension ou une caravane...

Ces personnes ont de un (la petite majorité) à trois (la minorité) repas par jour. Tout comme les lieux utilisés pour dormir, les lieux utilisés pour manger sont nombreux et variés : sur 27 sondages, il y a 54 réponses. Ce qui montre la grande variété des lieux fréquentés. Les lieux les plus fréquentés sont les lieux d'accueil divers et la soupe populaire. La famille est la ressource la moins souvent sollicitée. Nous pouvons également relever que la nourriture est une préoccupation pour la majorité de ces personnes.

Les deux tiers des individus questionnés ont des problèmes dentaires leur amenant pour certains d'entre eux une gêne pour s'alimenter. Nous pouvons supposer que cela est lié à un manque de moyens financiers pour aller chez le dentiste (celui-ci n'étant d'ailleurs pas compris dans l'assurance maladie de base pour les personnes ayant le privilège d'être assurées), ou à une alimentation inadéquate, à une mauvaise hygiène, ou encore à la drogue...

Les lieux utilisés pour **se laver** sont moins variés que ceux pour dormir ou manger. Une prédominance de l'utilisation des lieux d'accueil (58%) puis de logements d'amis (21%) est remarquée. Les mêmes personnes dormant parfois chez de la famille se lavent aussi parfois là-bas. On observe aussi des variantes telles que la bibliothèque, les toilettes de camping ou la douche dans les endroits loués (chambre, hôtel).

La majorité d'entre eux se lavent entre une à trois fois par jour et deux fois par semaine. Ce premier chiffre de « trois fois par jour » nous a surpris. Nous ne savons pas ce qui amène ce résultat. Est-ce le désir de paraître bien dans le questionnaire qui a amené à fausser les réponses ? Ou est-ce le sens, les représentations qui sont mises derrière le terme « se laver » (par ex. se laver les mains, le visage) qui porte à confusion, ou encore si les individus SDF se lavent réellement si souvent pour se débarrasser de quelque chose qui ne serait pas de la saleté ? 52% d'entre eux disent ne pas avoir de problèmes pour maintenir une hygiène adéquate, contre 37% qui rencontrent des difficultés matérielles et structurelles.

Ces personnes rencontrent des difficultés à **maintenir leur température**. En effet, 66% disent souffrir du froid en hiver, contre 30%. Les lieux utilisés pour se mettre à l'abri sont toujours variés. Les lieux d'accueil figurent en première place (41%), puis vient le refuge chez les amis, et finalement viennent les toilettes publiques, les greniers, les gares, les caves, les caravanes, la famille. 5% d'entre eux disent n'avoir aucun abri.

Quant à l'**habillement**, la majorité d'entre eux a des habits de rechange. Il est relevé qu'il est parfois difficile de se procurer de nouveaux habits (55%), voir souvent (22%). A noter toutefois que de nombreux lieux d'accueil proposent des habits.

Les personnes ayant remplis ce sondage consomment, pour la plupart, une ou plusieurs **drogues**. La plupart de ces personnes sont polytoxicomanes. Dans ce questionnaire, le cannabis est le plus fréquemment consommé, puis, par ordre décroissant, les médicaments, la cocaïne, l'alcool et l'héroïne. Viennent ensuite l'ecstasy et le LSD. Onze personnes sur vingt-sept (2/5) ne consomment rien. Nous avons pu constater que ces personnes sont, dans ce questionnaire, des personnes sans-papiers originaires d'Amérique Latine, du Maghreb, du Rwanda et du Togo.

56% des personnes interrogées estiment ne pas être des personnes à plus haut risque de consommer de par leur situation. 33% pensent au contraire l'être et 11% qui ne savent pas. Parmi ces personnes, certaines consomment des drogues, d'autres pas. Ceci rend l'analyse difficile. Nous pouvons supposer que l'absence de domicile n'est, dans tous les cas, pas le seul facteur de risque à une dépendance à un produit. Peut-être est-ce un facteur déclencheur pour des personnes ayant un terrain déjà propice aux dépendances ?

Un tiers de ces personnes ne se sentent jamais en **danger** dans la rue. Quant aux deux autres tiers, ceux-ci s'y sentent parfois (45%) à souvent (22%) en danger.

La source majoritaire de ce sentiment de danger est la police (35%), puis les vols, les agressions, le racisme, et pour finir la peur du gouvernement, l'intolérance, la drogue, et des raisons personnelles.

La crainte liée à la police peut venir de l'absence de papiers de certains, et de la consommation de produits illicites pour d'autres, ainsi que de certaines infractions. Certains ont aussi eu de mauvaises expériences avec certains traitements et façon de faire de la police.

Les risques liés aux **maladies sexuellement transmissibles (MST)** sont connus dans 92% des cas. La seule personne ne connaissant pas les risques lié aux MST, ne fréquente que rarement des lieux d'accueil et est d'origine marocaine. On peut remarquer au passage, que dans les lieux d'accueil, une bonne information est donnée ainsi que du matériel de prévention (préservatifs, seringues) dans certains endroits. Le fait de connaître les risques ne veut, cependant, pas dire que les personnes prennent toutes les dispositions pour se protéger.

Les ¾ d'entre eux disent avoir les moyens de se protéger. Dans le quart restant, certains font ressortir des problèmes financiers les empêchant, d'autres ne donnent pas de raison. L'un d'eux dit « ne pas en avoir besoin ». Personne ne dit « ne pas savoir comment se protéger ».

Le manque de moyens financiers nous interroge, en regard de tout ce qui est mis à disposition gratuitement dans les lieux d'accueil... Les gens n'en profitent-ils pas ?

Ces personnes ont **l'impression d'être perçues** de diverses manières par la population lausannoise. 34% des personnes questionnées se sentent perçues comme tout le monde. 31% se sentent comme quelqu'un d'étrange, 15% comme quelqu'un de dangereux, et 9% ont le sentiment d'être évitées. D'autres variantes sont observables. (Comme un adolescent, n'en sait rien,...)

Personne n'a de **travail** fixe. Les ¾ de ces gens n'ont pas d'activités professionnelles. Certains (18%) effectuent des petits travaux dans des ateliers protégés ou font du bénévolat. Une personne semble avoir une activité dont nous ne connaissons pas la nature. Se pourrait-il que certains travaillent au noir tout en disant qu'ils n'ont pas de travail ?

Une grande partie d'entre eux a suivi une formation ou une scolarité (88%) sans que celle-ci soit précisée dans son contenu. Pour ¾ d'entre eux, celle-ci n'est pas exploitée actuellement.

A cela, nous pouvons ajouter que les titres des personnes sans-papiers ne sont pas reconnus, étant donné qu'ils n'ont pas l'autorisation de travailler. D'autres, peuvent présenter des problèmes de santé (psychique, dépendance, physique) ne leur permettant pas d'avoir un emploi, par exemple.



---

La plupart n'ont pas assez de **revenus** pour répondre à leurs besoins de base, ceci sans travailler pour 56% d'entre eux, en travaillant pour 7%. Un certain nombre d'entre eux parvient à y répondre, ce qui nous amène à nous demander comment ? Est-ce que les petits travaux suffisent ? Bénéficient-ils alors de l'AI ? Ou ont-ils une autre source de revenu (travail au noir, trafic, ...) ?

Une seule personne a répondu n'être jamais préoccupée par ses finances.

Notons, toutefois, le nombre élevé de non réponse (4 personnes) pour lequel nous n'avons aucune hypothèse.

Un peu plus de la moitié des personnes a des **loisirs** (59%) dont nous ne connaissons pas la nature.

Plus des  $\frac{3}{4}$  des personnes ayant rempli le questionnaire **parlent** couramment le français, le quart restant le parle avec peine ou se débrouille. Malgré les sondages traduits en plusieurs langues, peu de questionnaires de langues étrangères nous sont revenus. A cela, nous pouvons avancer que les questionnaires que nous avons distribués en mains propres ont eu plus de « succès », et que nous avons eu davantage de contacts avec des personnes parlant français.

La majorité des participants n'ont pas de difficultés à **conserver leurs habitudes** culturelles et religieuses (63%). La question se pose s'il s'agit là de personnes d'origine européenne pour qui il n'y aurait pas de changement.

Une personne d'origine algérienne écrit « qu'elle n'a pas de problèmes pour pratiquer l'islam à Lausanne ». Nous avons pu observer, toutefois, quelques difficultés pour avoir une alimentation conforme à cette religion lors des repas disponibles dans les lieux d'accueil. Dans certains endroits, nous avons pu voir que cette problématique était prise en compte en réservant des aliments, pour les personnes musulmanes entre autres (ex : sandwiches au thon plutôt que jambon, etc...).

22% rencontrent des difficultés, dont une personne qui parle de l'absence de toit comme difficulté pour pouvoir prier tranquillement.

## 2. Synthèse de l'analyse des besoins

En regard à la classification de Maslow, il est flagrant de voir que les besoins exprimés touchent, pour leur grande majorité, aux besoins physiologiques. Ceci peut s'expliquer par le fait que tant qu'ils ne sont pas satisfaits, ils occupent les pensées avant les autres besoins.

Par notre questionnaire, les autres besoins étaient aussi introduits par nos questions. Il aurait peut-être été intéressant de voir les besoins qui auraient été nommés sans cette trame. Dans les entretiens que nous avons effectués, les besoins n'étaient pas induits par les questions. Il en ressort ainsi, également, en majorité, une préoccupation pour des besoins de type physiologique, voir de sécurité qui, au-travers du manque de finances ou matériel ne peuvent être satisfaits. Les besoins humains et sociaux sont moins nommés, mais tout de même présents.

Nous avons relevé de nos entretiens quelques citations qui nous donnent une idée des besoins que ces personnes expriment spontanément :

*« J'ai pas les moyens de me soigner... si j'ai les moyens de me soigner... Le minimum c'est d'avoir un toit, après vient la santé ! »* (Entretien V)

*« Autrement je suis fatigué. Je viens ici pour dormir. Je dors très mal la nuit. Il fait froid, tu dois te lever tôt... Je fais avec... »* (Entretien V)

*« D'une p'tite piaule, n'importe où... D'un toit ! Pour me nourrir je pouvais venir là (au Passage). De pouvoir recevoir mes enfants... »* (Entretien IV)

*« En arrivant, je me disais que je pouvais avoir une petite chambre (...) Pas besoin de confort. Si je peux trouver un petit travail, et une situation... »* (Entretien I)

Il s'agit d'un mode de survie et les autres besoins, bien que non satisfaits et présents, passent après.

Pour en revenir à nos questionnaires, les besoins physiologiques non comblés qui ressortent en force sont :

- Une absence d'endroit fixe pour dormir
- Un sommeil insuffisant, souvent agité et entrecoupé amenant une fatigue journalière importante
- Un manque de moyens financiers pour se nourrir mais de la nourriture généralement suffisante par les diverses structures mises en place, même si cela reste une grande préoccupation
- Un manque de moyens financiers général pour répondre aux besoins de bases définis, comme se nourrir, dormir, se laver
- Une souffrance par rapport au froid (le questionnaire a été rempli durant l'hiver) avec diverses ressources mises en place pour s'en protéger
- Un état dentaire déplorable pouvant gêner la prise d'aliments

La santé n'est pas autrement une préoccupation pour la plupart d'entre eux, bien que différents problèmes aient été nommés. Quant aux risques liés aux MST<sup>11</sup>, les personnes semblent bien informées, sans que l'on sache si elles se protègent ou non.

Un autre point concernant la prévention, est celui du matériel d'injection souillé. Il semblerait que les échanges de seringues augmenteraient avec une recrudescence de contamination au VIH, qui pourrait s'expliquer par la connaissance de l'existence de la trithérapie et la confiance en celle-ci. Ces affirmations ne sont pas documentées, donc à nuancer ; une recherche plus approfondie serait sans doute nécessaire, mais cela nous incite à être attentif à cette dimension.

Dans les besoins de sécurité, nous pouvons relever :

- Une absence d'endroits sûrs et réguliers où dormir
- Une absence de travail fixe
- Une absence de sentiment de sécurité dans la rue pour de nombreuses raisons.

Quant au besoin d'amour et d'appartenance, nous pouvons relever quelques difficultés à le combler. Les besoins précédents n'étant pas satisfaits, l'énergie à les combler ne laisse plus de place aux autres. Une grande partie de ces personnes sont seules, isolées. Pour certains, la langue peut être un obstacle à la communication, mais la majorité des personnes questionnées parlaient couramment le français.

Pour le besoin d'estime, les personnes sollicitées n'en parlent pas en tant que tel. Lors de nos entretiens, le sujet est davantage approfondi. Vous pourrez lire ce qui concerne l'estime de soi dans le chapitre « analyse des entretiens de personnes SDF ». Nous pouvons tout de même relever que si certains se sentent perçus comme tout le monde, la majorité se sent ou se sent vue comme étrange, comme dangereuse, ou encore a le sentiment d'être évitée. Ceci ne favorise pas l'estime de soi. De même, le fait d'avoir suivi une quelconque scolarité qui ne soit pas exploitée, utilisée, peut renforcer ce sentiment d'inutilité.

Le besoin de se réaliser est, pour ainsi dire, absent des réponses aux questionnaires. Peut-être que nos questions étaient-elles peu développées concernant ce thème, cela ne semble pas avoir été mis en avant. Nous pouvons néanmoins observer que ce besoin n'est pas comblé, par exemple, par la non-reconnaissance de leur formation. Concernant les habitudes religieuses et culturelles, certains problèmes ressortent, mais la majorité des personnes disent ne pas en avoir.

Cela peut signifier qu'elles n'en ont réellement pas, ou qu'elles n'ont pas de pratiques religieuses, ou encore que cela n'est pas une préoccupation actuelle.

Ces besoins, à un autre niveau que physiologique, passent après ces derniers dans la recherche de leur satisfaction. Mais, lorsqu'ils sont comblés, ils aident à mieux supporter l'insatisfaction des premiers.

Les besoins physiologiques, voir de sécurité sont au cœur des préoccupations de la population questionnée. C'est aussi ceux qui sont le plus faciles à objectiver et pour lesquels le plus de structures existent sur Lausanne.

---

<sup>11</sup> Maladies sexuellement transmissibles

---

## ***B. Deuxième partie***

### **1. Introduction**

Suite à la retranscription de nos entretiens avec des personnes SDF, nous avons classé les données ainsi récoltées par thèmes, selon les éléments se regroupant dans les cinq entretiens<sup>12</sup>. La majorité des éléments recueillis gravitaient autour de ces axes souvent interdépendants :

- La **résilience**, comprenant les ressources des personnes interrogées, les mécanismes de défense, le stress et l'adaptation, la crise et la souffrance, ainsi que l'estime de soi.
- La **maladie** (atteintes, et risques dominants) physique et psychique.

Ces concepts nous sont apparus lors du traitement des données des entretiens. Nous avons réalisé que ces personnes possèdent tant des ressources menant à la résilience que des risques qui tendent vers la maladie.

Ces risques et ressources peuvent s'observer au niveau :

- des mécanismes de défense mis en place pour supporter et affronter la situation,
- de l'adaptation adéquate ou non au stress de la rue,
- de la gestion de la crise et de la souffrance que vivent ces personnes,
- de l'estime de soi qui peut être perturbée par l'absence de domicile fixe.

Ces éléments ont été ensuite approfondis d'un point de vue théorique, afin d'en permettre une analyse, en regard des situations et de notre question de recherche.

Nous reprenons, en citation, des phrases d'entretiens avec des personnes SDF comme exemples, celles-ci seront en italique dans le texte.

Les données des entretiens effectués avec des professionnels<sup>13</sup> seront utilisées dans la synthèse, comme parallèle aux dires des personnes SDF, ceci afin de compléter notre regard et d'obtenir un élément de comparaison entre regards intérieurs et regards extérieurs, demande et offre qui nous permettront de travailler au niveau de notre rôle professionnel. Nous essayerons également de répondre à notre question de recherche sur l'influence de l'absence de domicile fixe sur la santé.

---

<sup>12</sup> Voir annexe III : Classement des données

<sup>13</sup> Voir annexe IV

---

## 2. Présentation des entretiens de personnes SDF

### Entretien I :

Mme B., 40 ans, est d'origine camerounaise et n'a pas de permis de séjour. Elle est venue en Suisse pour des raisons économiques. Arrivée en Suisse, elle s'est trouvée liée à un réseau de prostitution. Séropositive (il semblerait que cela date d'avant son arrivée en Suisse), elle est suivie par le CHUV<sup>14</sup> pour une trithérapie et fréquente un lieu d'accueil (de jour) par lequel nous sommes entrés en contact avec elle. Mme B. vit actuellement chez une compatriote et tente de gagner sa vie en faisant des ménages ou en gardant des enfants, ceci « au noir ».

### Entretien II :

Mr. Y, 40ans, français d'origine est polytoxicomane. Il vit à Lausanne depuis peu, et vient de trouver un ami qui accepte de le loger pour quelques temps. Auparavant, il dormait dans des lieux d'accueil.

### Entretien III :

Mr. P., 38ans, suisse, suis actuellement un traitement à la méthadone. Il a un lourd passé de toxicomanie, de délits divers et de « séjours » dans la rue. Divorcé, il a été recueilli par son ex-femme chez qui il peut habiter et tente de se reconstruire. Mr. P. souffre de divers troubles psychiques et physiques suite à son vécu.

### Entretien IV :

Mr. G. est suisse. Il aura 50ans dans une semaine. Veuf d'un premier mariage (son épouse est morte du SIDA) duquel sont nés deux enfants, aujourd'hui âgés de 26 et 27 ans, il s'est remarié et a eu un fils qui a aujourd'hui 8 ans. Il y a de cela environ 4 ans, il a divorcé, et son ex-femme est partie avec son fils en Angleterre.

Mr G. a été 18 mois sans domicile. Il a retrouvé un appartement il y a de cela 2 ans.

Il est sous méthadone, avec tout un passé de polytoxicomanie et d'emprisonnement. Mr G. est séropositif.

### Entretien V :

Mr F., 27 ans, vient de Côte d'Ivoire. Il est arrivé en Suisse il y a environ quatre mois pour demander l'asile suite à l'assassinat de son père et de son frère. Il a reçu une NEM<sup>15</sup>, car il est entré en Suisse sous une fausse identité. Mr. F. n'a pas d'endroit précis où dormir. Il fréquente des lieux d'accueil (de jour et de nuit).

---

<sup>14</sup> Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

<sup>15</sup>Pour rappel : Non Entrée en Matière

### **3. Présentation des entretiens de professionnels**

#### **Entretien infirmière n°1 :**

D. est infirmière dans un lieu d'accueil de Lausanne, où elle est en contact avec de nombreuses personnes sans domicile fixe, d'origine principalement étrangère.

#### **Entretien travailleur social n°2 :**

X. est responsable d'un lieu d'accueil de jour fréquenté principalement par des personnes ayant un problème de toxicomanie, dont certaines sont SDF.

#### **Entretien infirmière n°3 :**

M. est infirmière à la PMU du CHUV<sup>16</sup> et est régulièrement en contact avec des personnes sans statuts légaux ou avec une NEM<sup>4</sup>.

---

<sup>16</sup> Polyclinique Médicale Universitaire du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

## 4. Analyse des entretiens et étayage théorique

### a) La résilience

La résilience ou empowerment est un concept difficile à définir et dont la définition peut dépendre du courant de pensée, et de la discipline. Il est donc parfois difficile de s'entendre sur son sens.

Le mot « résilience » a été emprunté au domaine de la physique des matériaux et signifie : « résistance d'un matériau aux chocs » (Le Maxidico, 1996, p957).

En sciences humaines, la résilience pourrait être considérée comme la capacité de certains individus de rebondir après un choc sévère et de poursuivre une vie satisfaisante (Gilliard, 2005, p6). Ou alors, comme le définit Julian Rappaport « L'empowerment permet à chacun de s'approprier le contrôle sur sa vie et sur sa santé. ». En 1984, il en donne une définition, probablement la plus répandue : « Un processus par lequel les gens, les organisations et les communautés gagnent de la maîtrise sur leurs affaires. » (Rappaport, cité par Dufour, 1997, p1).

Divers concepts peuvent être associés à celui de la résilience en participant à sa compréhension ou à sa différenciation, comme : les compétences, le stress et le coping, les facteurs de risque ou de protection, la vulnérabilité, l'estime de soi, l'attachement, les mécanismes de défense, etc. (Anaut, 2005, p5.)

Certains d'entre eux seront développés plus spécifiquement ci-dessous.

La résilience est un potentiel que tout individu peut mobiliser. Elle peut se développer différemment selon les personnes, selon leurs caractéristiques propres ou celles de leur environnement (Anaut, 2005, p9).

La résilience serait liée à un ensemble de traits de personnalité : conscience de son auto-estime et de son efficacité, capacité de recourir à un répertoire d'approches de résolutions de problèmes sociaux et des traits de personnalités non-figés.

(Gilliard, 2005, p7)

La résilience utiliserait deux types d'opérations mentales pour faire face aux tensions, aux conflits ou aux dangers perçus : les mécanismes de défense et les processus de coping que nous décrirons en détail plus loin.

Pour chacune des personnes interviewées, nous pouvons mettre en avant de nombreuses ressources, qu'elles soient humaines, circonstancielles, matérielles, institutionnelles ou ressources propres.

*« Et puis, je restais, il n'y a avait que D. qui me supportait, me conseille, me console, qui m'aidait jusqu'à on a fait avoir les assurances sociales » (Entretien I)*

*« Le test HIV de ma femme était négatif et ça m'a donné un coup de pouce... J'ai promis à mon fils, j'ai mis mes mains sur son front, il était dans son berceau..., je lui ai promis que je ne toucherais plus à l'héroïne... » (Entretien IV)*

*« La cure au Levant m'a appris, m'a donné les moyens maintenant de ne plus consommer, j'ai les moyens de ne plus consommer si je veux. » (Entretien III)*



« *Quand tu gardes dans ton cœur, tu as la haine contre tout le monde. Au moins, il y a des gens qui écoutent... Il faut parler... ça apaise ta colère... C'est plus facile en tout cas !* » (Entretien V)

« *Moi je suis en train de faire un bouquin qui s'appelle « Miserability (...)*  
*Et mon projet, c'est de construire un restaurant musical au plus haut de la montagne en Suisse, avec une histoire d'hébergement pour les sans-abri, (...)* » (Entretien II)

« *Maintenant plus... c'est un moyen pour s'en sortir. J'essaie de transmettre mon expérience aux autres... J'ai commencé à travailler avec une médecin, je fais des conférences avec elle et ça m'a redonné confiance en moi. Je ne me sens plus inutile... c'est depuis-là que ça va mieux.* » (Entretien IV)

« *Bon, l'essentiel : que Dieu fasse ce qu'il a dans les mains, quelque soit le traitement qu'ils vont me faire. C'est pas grave ! C'est Dieu qui a voulu ça.* » (Entretien V)

Certaines ressources citées semblent aider à vivre une situation d'absence de domicile, mais ne sont pas toujours celles qui paraissent les meilleures pour la santé.

« *Ça (drogue) permet de m'évader ! Mais ça ne m'empêche pas d'écrire, ça ne m'empêche pas de rester logique... mais d'être sur un petit nuage, pour éviter tout ces vacarmes, ces brouhahas, et euh...ces gens qui ont les moyens de vivre correctement et qui se plaignent encore.* » (Entretien II)

J. Ségal a ressorti cinq caractéristiques de la résilience chez la personne adulte :

1. **La communication** : permet d'aller de l'avant, de faire sens à l'épreuve et de l'interprétation qu'on en donne. Mettre en mots a un effet guérissant et permet de rester en contact avec le monde et les autres.
2. **La capacité de prendre la responsabilité de sa vie** : tout ce qui peut donner un sentiment de contrôle permet de mieux vivre. Le sentiment d'avoir un pouvoir sur sa situation, de pouvoir prendre des initiatives est un élément essentiel pour faire face aux difficultés.
3. **Avoir une conscience dépourvue de culpabilité** : La capacité de ne pas céder à la culpabilisation, de reconnaître ses erreurs et de voir où s'arrête sa responsabilité personnelle est la troisième caractéristique des adultes résilients.
4. **Les convictions** : avoir la conviction que les souffrances endurées ne sont pas absurdes ou inutiles mais qu'il y a un sens, une signification donne accès à des ressources insoupçonnées.
5. **La compassion** : c'est ce qui permet d'être concerné par l'autre et ce qui lui arrive, de se mettre à agir pour l'autre. Cela permet de se sentir bien avec soi-même, de se dépasser et de lutter contre le désespoir.

(Cité par Polletti & Dobbs, 2001, p55-67)

Les personnes interrogées ont chacune une façon différente de faire face à l'adversité et ne gardent pas forcément toujours la même stratégie d'un moment à l'autre. Sans entrer dans une étude approfondie de chacune des façons de réagir de ces personnes, le temps à notre disposition ne le permettant pas, nous pouvons voir que dans l'entretien I la communication est l'une des caractéristiques de la résilience bien présente, de même que les convictions.

*« [...] parce que je me dis vraiment que si j'étais chez nous, c'est que je serais morte. Je remercie vraiment beaucoup la Suisse, si je venais pas...je sais pas, j'ai dit si c'est Dieu, je ne sais pas, je remercie chaque jour, chaque matin, vraiment le bon Dieu d'être venue ici. » (Entretien I)*

Cela permet de donner un sens à toute la souffrance et aux difficultés endurées.

Dans l'entretien II, les mécanismes de défense sont les plus visibles, mais le désir de prendre la responsabilité de sa vie est également présent. Par ses projets (livre, construction d'un restaurant musical), qu'ils soient menés à bien ou non, un certain contrôle sur sa vie devient possible, ce qui amène, outre une meilleure estime de soi, une diminution du stress. Ceci favoriserait la résilience. Dans cette recherche de contrôle sur soi, le postulat suivant pourrait être posé : par les drogues, un sentiment de surpuissance passager devient possible, ainsi que la sensation d'être au-dessus des circonstances. Ce moyen supposé aidant n'a qu'une durée éphémère, et le produit en vient à contrôler la personne, ce qui amène à une ambivalence, un lien d'« amour/haine ». La conscience de cette dépendance, donc de cette perte de contrôle de sa vie, de l'échec, amène ainsi à une nouvelle consommation dans le but de retrouver ce sentiment de puissance, et ainsi de suite. La personne penche ainsi plus en direction de la vulnérabilité que de la résilience.

Dans le troisième entretien, la personne montre un cheminement dans son processus de vie. Elle se montre tout d'abord rongée par la culpabilité : *« Et pis là, moi, ben j'ai commencé à déprimer... et pis aussi de culpabiliser... parce que c'est moi qui ait cette stérilité [...] je sors plus le samedi..., j'ai fait une compensation de la drogue sur le travail, mais à fond à fond »* qui a amené à une décompensation, puis finalement, suite à son divorce, à se retrouver à la rue. Plus tard, dans sa vie, suite à une autre décompensation et divers problèmes, cette personne en arrive à reconnaître ses responsabilités et à décharger sa conscience de sa culpabilité : *« j'ai été franc quoi, j'ai été aux Sociaux et j'ai dit : « voilà, j'ai merdé, j'ai plongé ». Ma référente, euh.... je crois qu'elle a apprécié le fait que j'ai pas cherché une excuse. Ils se sont arrangés [...] mais ils ont pu payer ça et là ça m'a...soulagé ! »*. Elle a pu rebondir depuis ce moment-là, pour aujourd'hui retrouver une certaine forme de stabilité.

Quand à l'entretien IV : nous pouvons trouver toutes les cinq caractéristiques de la résilience et mettre cela en lien à la situation actuelle de la personne interrogée qui a retrouvé un domicile fixe. Est-ce que le fait d'avoir trouvé un domicile est une conséquence d'une attitude résiliente ? Ou, est-ce que le fait d'avoir une situation plus stable rend la personne résiliente ? Les deux explications ont sans doute une part de vérité. Il est certain qu'il est plus facile de présenter chacune des dimensions de la résilience quand la tension sur soi est moindre. De même, la résilience étant la capacité de rebondir, le fait de s'en sortir est lié tout d'abord à la personne et à ses façons de fonctionner, à ses ressources, puis seulement à ses circonstances.

Dans le cinquième entretien, la communication, avec la parole comme moyen libérateur, et la conviction comme sens, que Dieu sait pourquoi il permet cette situation, ressortent particulièrement.

*« Quand tu gardes dans ton cœur, tu as la haine contre tout le monde. Au moins, il y a des gens qui écoutent... Il faut parler... ça apaise ta colère... C'est plus facile en tout cas ! »*

*« Dieu m'a fait tomber chez les bonnes personnes pour m'aider. »*

Chacune des personnes interrogées possède une ou des caractéristiques plus ou moins développées de la résilience. Toutes ne sont pas visibles chez quatre d'entre elles, ce qui ne signifie pas qu'elles ne le seront jamais. Il s'agit bien d'un processus. Chaque personne a le potentiel d'être résiliente.

Le processus de résilience est dynamique et évolutif et n'est pas automatiquement persistant à toutes les épreuves de la vie (Anaut, 2005, p6).

Ce processus est multifactoriel, avec des variables propres au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes de défenses, ...) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socio-affectif) qui impliquent des facteurs de risque et des facteurs de protection pouvant mener soit à la résilience, soit à la vulnérabilité (Anaut, 2005, p7).

L'absence de domicile fixe est un temps difficile, qui demande une adaptation. Tout le monde ne fait pas immédiatement preuve de résilience, le vécu étant différent pour chacun. Certains s'en sortent, mais des séquelles restent.

Personne ne peut être fort tout le temps, comme le soulignent Steven et Sybil Wolin (cités par Polletti&Dobbs, 2001, p83-84).

Tous les survivants à des temps difficiles sont vulnérables à certains moments, personne ne sort de son passé sans en être quelque part marqué. (Polletti&Dobbs, 2001, p84).

« Parfois, on en [de la résilience] gagne seulement un tout petit peu ; c'est quelque chose de graduel, de cumulatif. » (Lamarre, 1997, p3). La résilience est en développement constant et n'est pas acquise une fois pour toute. Il peut y avoir des failles de résilience lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes.

(Anaut, 2005, p10).

La résilience interagit, comme nous venons de le voir, avec de nombreux facteurs propres ou non à la personne. Nous allons immédiatement nous pencher sur l'un d'eux qui est l'estime de soi.

### **(1) L'estime de soi**

Le soi est composé de trois dimensions : le concept de soi (ce que je crois que je suis), l'estime de soi (comment je m'évalue) et la présentation de soi (comment je me présente aux autres, est fonction de la façon dont je me perçois).

(Bédard & Déziel & Lamarche, 1999, p28)

« [...] le soi ne repose pas sur des traits inhérents à l'individu, mais se construit progressivement par le biais des interactions avec le milieu. » (Bédard et al., 1999, p29).

Il se construit par distinction d'avec les autres, par la différenciation de soi et par la connaissance de soi venant de ce que les gens disent de moi ou de ce que je crois qu'ils pensent de moi, de ce que je fais ou encore de la comparaison aux autres.

(Bédard et al., 1999, pp 29-32)

Selon André (2005) : « L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composante du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. [...] une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande. » (p26).

L'estime de soi a comme fonctions : de pouvoir s'engager efficacement dans l'action, de favoriser le bien-être émotionnel et de protéger contre l'adversité. Différentes stratégies peuvent se voir pour tenter de la conserver. (André, 2005, p28)

Dans chacune des situations, nous pouvons observer un sentiment de solitude, avec un isolement social que nous pouvons relier à l'éloignement familial, ainsi qu'à la marginalisation provoquée. Ceci, par la consommation de substances, par la maladie ou par l'absence de papiers en se manifestant par un retrait voir une rupture sociale.

*« Non, ici, je n'ai pas de famille que des compatriotes. » (Entretien I)*

*« (...) j'étais seul ! Seul ! Seul ! Seul ! J'allais chercher ma méthadone à St Martin, je rentrais... je restais sur le lit (...) et je restais comme ça, (...) et j'attendais le soir... et le matin... » (Entretien III)*

L'isolement social peut être le résultat d'une estime de soi plutôt négative, comprenant la peur d'être rejeté, la peur du regard d'autrui, une impossibilité à « se détacher de la peau symbolique de défavorisé qu'ils portent » comme le dit Carreteiro (1993, p19), mais aussi être l'un des facteurs d'une baisse de l'estime de soi (par ex. la peur d'être découvert comme étant une personne sans statut légal qui amène à se replier sur soi). « On ne peut s'imaginer combien la rue aiguise le sentiment de solitude. On n'est jamais aussi seul que là. Et la solitude, c'est la plus grande souffrance des hommes et des zonards. » (Le Roux & Lederman, 1998, p96)

Cet isolement peut amener à ne pas vouloir « se livrer », prendre des risques. Exemple : ne pas vouloir parler de son HIV, de sa situation sociale ou de son absence de domicile.

Plusieurs des personnes interviewées mettent en avant le rejet, que ce soit un abandon des parents, le fait qu'ils pensent que la Suisse ne les accepte pas, ou que la société les méprise de par leur situation.

*« (...) ici en Suisse, on peut pas me voir ! Je peux pas rester indéfiniment en Suisse... » (Entretien V)*

*« (...) ils ont un manque de respect envers l'individu qu'ils ont en face d'eux et ils le prennent pour un moins que rien (...) » (Entretien II)*

On peut en outre remarquer que le regard des autres, tels qu'ils le perçoivent, leur renvoie une image d'eux-mêmes négative qui dévalorise leur estime de soi.

*« Les gens dans la rue... (...) quand je salue... ils ont l'impression que je demande de l'argent. » (Entretien V)*

*« Quand j'allais à la soupe (soupe populaire), je voyais tous ces regards méprisants... » (Entretien IV)*

« *Quand tu dis SDF, c'est le mot de clochard qui vient...ça peut t'arriver... Les gens te voient dans la rue... Les gens te disent : « t'as assez pour ton litre de rouge ? ».* Tu te sens rabaissé... » (Entretien IV)

« *Je me sentais comme un truc encombrant, inutile, j'me sentais comme un obstacle.* » (Entretien IV)

« *Si tu dis à un Africain que tu es séropositive, elle va même plus te saluer, oui je me disais que si je dis... parce que jusqu'à aujourd'hui je n'ai jamais dit, puis je vis avec eux comme ça...*

*Ils font des commentaires : bon si quelqu'un a le SIDA, vraiment, je peux pas manger avec lui, je ne peux pas boire, tout ça... »* (Entretien I)

Carreiro parle aussi de la maladie comme moyen d'être reconnu par la société et donc de pouvoir se sentir exister et de construire son estime de soi :

L'hypothèse est que l'étiquette de malade (temporaire ou à vie) sert à calmer les angoisses en même temps qu'elle apporte une reconnaissance à leur identité de citoyen, même si celle-ci est négative. (Carreiro, 1993, p19).

La reconnaissance se construit dans un mouvement dialectique entre autrui et soi-même. [...] L'homme se reconnaît dans la mesure où il est reconnu et où il reconnaît l'autre. [...] Mon hypothèse, à partir d'étude des cas analysés, est que lorsque la place à l'exclusion (donc le manque de reconnaissance) est fortement accentuée dans l'héritage familial et dans l'héritage social, la maladie peut surgir pour essayer de combler les failles engendrées par la double exclusion. Ainsi la maladie apportera une reconnaissance institutionnelle. (Carreiro, 1993, p.255)

Nous pouvons remarquer, dans l'une des situations (entretien I), que la personne interrogée semble pour sa part plus affectée par sa séropositivité que par son absence de domicile fixe. Ici, la maladie est plus présente. Elle a prit le dessus sur les autres problèmes. Peut-être, cela est-il dû aux traitements médicamenteux à suivre qui en sont toujours un rappel, ou peut-être aussi à toute l'énergie qui est mobilisée. Ou encore, parce qu'il est possible d'espérer plus facilement une amélioration<sup>17</sup> physique qu'un changement en rapport à son absence de papiers et de domicile fixe.

Pour les personnes sans statut légal, le problème de la reconnaissance d'identité se pose.

« *Je m'appelle F. mais en Suisse on m'appelle J. parce que comme j'ai eu des problèmes dans mon pays, je suis venu avec une autre identité en Suisse. C'est la seule identité que la Suisse me reconnaît, mon identité en Côte d'Ivoire c'est F.* » (entretien V)

L'estime de soi dépend grandement du regard des « autres », elle « ne peut se concevoir en dehors de la référence au regard du groupe social » (André, 2005, p 27). Etre ou se sentir aimé est ce qui est le plus favorable à l'estime de soi. (André, 2005, p 27)

Le fait d'être apprécié est relevé comme quelque chose d'important dans l'un des entretiens :

« *Et avec les infirmières comment ça va ? Vous allez au CHUV ? Oui, ça va, je vais au CHUV, ils m'apprécient. (...) ils m'apprécient beaucoup et je les remercie...* » (Entretien I)

<sup>17</sup> Comme avoir un sursis avec les médicaments, recevoir l'assurance maladie, donc une certaine reconnaissance sociale, être soigné et reconnu, comme personne, comme malade, dans les établissements de soins

Tout individu s'auto-évalue constamment, et souvent inconsciemment. Ce phénomène est lié à l'estime de soi. Une personne ayant une mauvaise estime d'elle-même le fera d'une façon extrêmement sévère, elle se focalisera davantage sur ses défauts et ses limites et sous-évaluera ses qualités (André, 2004, p5). Elle aura des difficultés, des craintes à prendre des décisions, par peur de l'échec et par là, diminuera les chances de bénéficier de gratifications et de réussites (André, 2005, p28-29). Elle sera de même très influencée et dépendante de l'avis et du jugement d'autrui, à cause de ses doutes. Un profond désir de reconnaissance et d'approbation pourra l'amener à se conformer à ce qu'elle croie qu'on attend d'elle, en négligeant ses besoins personnels. (André, 2004, p5)

Etre obligé de passer le temps fait perdre tout sens à la vie. Les choses ne vous touchent plus vraiment puisque vous n'êtes impliqué dans rien.

Vous devenez simple spectateur de la vie : elle se déroule devant vos yeux. L'image qui me vient à l'esprit est celle d'un gamin qui écrase son nez devant une vitrine de jouets en sachant qu'il ne pourra rien s'offrir. Les jouets, c'est pour les autres enfants, pas pour lui. La vie, c'est pour les autres, pas pour moi. Les autres ont quelque chose à faire. Moi, non. Je n'ai pas de place dans cette société. Le sentiment de non-intégration engendre une très grande frustration. Un minimum d'intégration, cela signifie un minimum de reconnaissance. Sans intégration et sans reconnaissance, on n'est rien. Je me sens « rien » en permanence. Je le perçois douloureusement quand des inconnus me tutoient. Pourquoi ce tutoiement ? Ne suis-je donc pas leur égal ?

(Le Roux & Lederman, 1998, pp164-165)

L'estime de soi est donc liée au regard d'autrui, de ce que la personne pense que les gens pensent d'elle. Au-travers de nos entretiens, il en ressort principalement que l'image qui est perçue est défavorable. Le sentiment de valeur personnelle en est ainsi perturbé. Face à cet état des choses, diverses façons de réagir peuvent se voir, variant selon les personnes et selon les moments. De nombreux mécanismes de défenses peuvent se mettre en place. Ils peuvent être de toutes sortes. Chez certaines personnes, le repli sur soi sera l'une des façons de diminuer les risques, chez d'autres des troubles de type plus physiques peuvent apparaître... et la liste n'est pas exhaustive.

Dans une situation d'absence de domicile fixe, l'image que l'on a de soi devient floue. La société prône un modèle de réussite que l'on ne peut atteindre, ce qui amène généralement un sentiment d'échec, voir d'infériorité par rapport aux autres. Celui-ci peut devenir peu visible selon les mobilisations de mécanismes de défense (par ex. : mettre la faute sur la société, sur les autres). Lorsque l'on n'a pas de papiers, en particulier dans le cas des NEM où la personne n'est pas sensée être là, la reconnaissance de sa personne, de son vécu fait défaut, d'où un sentiment renforcé d'exclusion, de non-existence. Dans le cas d'un problème de toxicomanie, le regard que la société porte sur les personnes dépendantes n'est pas non plus des plus favorables.

Les personnes sans domicile fixe se retrouvent hors des statistiques, leur nombre peut tout au plus être estimé. D'une certaine façon, leur existence même n'est pas reconnue en tant qu'individu, en tant que personne, elles sont en dehors des chiffres, elles sont « non visibles »...

Le fait d'être marginal, différent, SDF est bien souvent lourd à porter, surtout lorsqu'on n'en a pas fait le choix.

Différents moyens peuvent être mobilisés pour y faire face, y compris les mécanismes de défense que nous traitons juste ci-dessous.

## (2) *Les mécanismes de défense*

Quelques définitions :

« Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p69)

« Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. » (Chabrol, 2005, p32).

Pour passer au-travers de ces situations de vie avec le minimum de dégâts, des mécanismes de défenses sont, plus ou moins selon les personnes et les situations, mobilisés et visibles.

Le nombre de mécanismes de défense n'est pas défini et varie selon les auteurs. Nous utiliserons la classification choisie par Chabrol (2005, p33-40), basée sur le DSM-IV, pour en donner une certaine vue d'ensemble. Il y a donc plusieurs types de mécanismes que l'on peut regrouper, bien que ceux-ci soient tous liés entre eux. Différents niveaux sont ainsi mis en avant :

- *Le niveau adaptatif élevé* avec une adaptation optimale au stress, se rapprochent des processus de coping les plus fonctionnels (Ex : humour, sublimation, répression, affirmation de soi, affiliation, l'auto-observation, anticipation)
- *Le niveau des inhibitions mentale ou de la formation de compromis* (Ex : déplacement, dissociation, intellectualisation, isolation de l'affect, formation réactionnelle, refoulement, annulation)
- *Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres* (Ex : dépréciation, idéalisation, omnipotence)
- *Le niveau du désaveu* (Ex : déni, projection, rationalisation)
- *Le niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres* (Ex : clivage, identification projective, rêverie autistique)
- *Le niveau de l'agir* (passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, agression passive)
- *Le niveau de la dysrégulation défensive* (projection délirante, déni psychotique, distorsion psychotique).

Dans le deuxième entretien, les mécanismes de défense ressortent particulièrement. La personne interviewée parle de la société et de ses problèmes, mais évite de parler des siens, de son ressenti (déplacement). Les réponses aux questions sont évitantes, digressives, bloquées. Cela donne l'impression de l'érection d'une barrière qui empêcherait de trop s'investir émotionnellement dans des situations difficiles (isolation de l'affect).



« *Je crois qu'il y a un manque de discernement (...) En France c'est une espèce de « jmenfoutisme » grandiose. Quand on parle de chômage en France, qu'on parle de structure de soin, d'urgence ou de clinique...mais ça va mal... parce que il y a un manque d'effectif, la France n'écoute pas (...) La France est malade !* » (Entretien II)

***Mais est-ce que tu as des préoccupations en lien avec ta situation et par rapport à ce que tu vis dans la rue ?***

« *Non, non, non ! Si je commence à m'apitoyer sur mon sort ça va pas aller!* » (Entretien II)

***« Tu te considères en bonne santé ?***

« *Ouais, ouais, à part que, ...un coup de bar à mine, 8 points de suture à vif, coup de ventilateur, coup de boule, un rocher derrière la tête, un platane dans la tronche, un bout d'oreille arraché euh..., paralysie faciale, traumatisme crânien, coup de couteau, des balles, normal quoi, le quotidien !* » (Entretien II)

Nous n'avons pas relevé de mécanismes de défense aussi flagrants dans les autres situations, ce qui ne signifie pas qu'il n'y en aie pas...

Dans le quatrième entretien, nous pouvons, par exemple, relever que la personne évite les situations et les personnes qui pourraient la faire rechuter (auto-observation et anticipation).

« *Les gens viennent vers moi parce que j'ai de bons tuyaux, et... Mais j'ai changé de numéro, je dis pas où j'habite, comme cela ça va mieux. Le meilleur des médicaments c'est la volonté.* » (Entretien IV)

Comme le dit Chabrol, les mécanismes de défense et le coping cohabitent en nous et peuvent tant l'un que l'autre être adaptatifs ou mal adaptatifs. Cela dépend du type de processus mis en place, de leur intensité, de la durée de mise en place de ceux-ci, mais aussi du contexte de leur mobilisation et des interactions éventuelles en eux. (2005, p32)

« Une défense du moi introduit donc toujours un élément de rigidité dans la personnalité, mais elle n'est pathologique que lorsque la rigidité s'étend à tout le comportement et à toutes les situations [...]. La plupart du temps, donc, les conduites défensives sont normales. » (Mucchielli, 1981, pp 54)

Il est très difficile de juger de l'adaptation des mécanismes de défenses de ces personnes. Nous pouvons tout de même relever que, dans l'entretien IV, il s'agit d'un niveau adaptatif dit « élevé », et que la personne se montre satisfaite des résultats produits par ce mécanisme (elle évite de consommer). Elle est aussi plus éloignée dans le temps de l'absence de domicile fixe que la personne de l'entretien II qui s'y trouve totalement plongée. Cela ne signifie pas forcément qu'une personne vivant encore une situation d'absence de domicile fixe mobilise forcément des mécanismes de défense mal adaptés, ou qu'une personne ayant un domicile fixe aie toujours des mécanismes d'un niveau adaptatif « élevé ». Ces entretiens ne permettent pas d'objectiver de telles conclusions, mais peuvent ouvrir une piste de réflexion. Un mécanisme de défense très adapté aide certainement dans la situation vécue. Il faut néanmoins le mettre en lien avec d'autres facteurs qui peuvent eux aussi favoriser la résilience.

Le deuxième entretien met en avant des mécanismes classés au niveau des inhibitions mentales ou de la formation de compromis. Ceux-ci ne permettent pas d'accéder au ressenti profond de la personne. Il n'est pas aisé à en cerner totalement les enjeux, les raisons, ni les aboutissants. Ce qui est visible est un isolement affectif, une révolte contre le système français qui prend, ici, le rôle de bouc émissaire. Nous pouvons en déduire qu'il est plus facile pour cette personne de se focaliser sur ce point-là que sur sa propre vie. Là, un lien peut se faire avec sa polyconsommation qui, dit-elle, lui permet de s'évader et d'éviter les bruits de la vie. C'est un moyen, pour elle, d'essayer de rendre son vécu plus supportable et, d'une certaine façon, de le fuir. Les raisons de ce désir de fuite ne sont pas connues. Peut-être le fait que la personne ne sache pas comment, ou ne puisse pas agir contre les circonstances de sa vie, induit ce désir. La crainte de l'avenir, de se mettre en situation de fragilité par rapport à l'autre, la peur de la lutte ou simplement de la lassitude peuvent en être également une des causes.

Le fait que la personne refuse de laisser une place à son ressenti, ses sentiments ne signifient pas qu'elle n'en a pas, ou qu'elle ne souffre pas, bien au contraire.

Ces mécanismes peuvent être emprisonnants, mais leur rôle premier est de protéger la personne.

Une autre façon de réagir aux situations stressantes, telles que peuvent vivre les personnes SDF, serait le coping (ou stratégie d'ajustement) qui, au contraire des mécanismes de défense, est un mécanisme flexible et conscient. Nous développons cela dans le paragraphe qui vient.

### **(3) *Stress/adaptation***

Qu'est-ce que le stress ? Selon le dictionnaire (Le Maxidico, 1996, p1046), sa définition est : « *Agression, choc, situation perturbant l'organisme ; ensemble des réactions qui en découlent* ».

Selon Michal, le stress « *c'est la réponse physiologique, psychologique et comportementale d'un sujet cherchant à s'adapter et à se réajuster à des pressions tant intérieures qu'extérieures* » (1992, p11).

Le stress est : « *une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être* » (Lazarus & Folkman, cité par Bruchon-Schweitzer, 2001, p68).

Un agent stressant, toujours selon Michal, est ce qui déclenche la réaction de stress. Il peut être de nature variable et résulter de nombreuses causes. Il peut aussi provenir de l'anticipation ou de l'imagination d'une situation stressante (1992, p11).

L'absence de domicile fixe, le manque de moyens financiers, de moyens matériels, la crainte du manque, la crainte de mourir et l'absence de papiers amènent un stress important, que l'on retrouve dans la plupart des entretiens.

*« Quand je suis arrivée ici, ils m'ont mise dehors (...) C'est pas notre climat ici, (...). C'était tellement difficile pour que je paie la maison, même pour manger (...) Vous voyez j'étais venue, j'avais des dettes pour payer (...) mon billet d'avion, pour mon voyage... » (Entretien I)*

« Ah ! C'est le stress ! Moi je suis quelqu'un qui souffre d'angoisse généralisée hein, c'est un des symptômes... même qu'y a rien je suis angoissé (...) Je vis déjà la journée du lendemain (...) ça à rajouter le stress de savoir... parce que quand on vous met dans une pension et qu'on vous dis pendant 15 jours (...) ouais ok les 15 jours c'est hohoho ! Et pis c'est fini... et y faut trouver autre chose ... » (Entretien III)

« (...) trouver une dose, de l'argent, c'était ça le pire, stresser à cause des flics, avoir peur de se rater... » (Entretien IV)

« D'abord, mon premier problème : comment dormir. Quand il commence à faire nuit actuellement : où je vais rentrer aller dormir ? » (Entretien V)

« Ça va mal, à cause de demain... Comment je vais faire pour m'en sortir ? A chaque fois, tu dois te reposer, tu penses à ta vie, tu as peur. Chaque matin, je dis : Dieu aide-moi pour que j'ai pas de problèmes avec la police, que la situation s'améliore. Je vois même des frères qui deviennent fous... Dans cette situation, tu deviens soit fou, soit intelligent, on m'a dit. Tu n'as jamais de solutions. » (Entretien V)

L'absence de stress relaté dans le deuxième entretien peut être dû au refus de parler de ce qui ne va pas dans sa vie, sa situation.

La réaction de stress comprend selon Schwob trois phases :

1. **La phase d'alarme** : sécrétion d'hormones et neurotransmetteurs, système nerveux sympathique activé, émotions (variables selon les personnalités), évaluation de la situation. Phase très courte dans des conditions normales.
2. **La phase d'adaptation** : aussi appelée phase de résistance. Période de compensation, les facteurs de stress étant toujours présents, l'organisme organise sa défense et mobilise des réserves d'énergie pour y faire face soit de façon directe (attaque, fuite) soit de façon palliative (évitement, préparation, mécanismes de défense, consommation de drogues). Fonctionne en surrégime pour compenser le stress. Si la cause de stress n'est pas enlevée, le coût énergétique deviendra trop important à long terme et mènera à la phase d'épuisement.
3. **La phase d'épuisement** : aussi appelée phase de décompensation. Les mécanismes d'adaptation cèdent et marquent la défaite de l'organisme contre le stress. Des lésions plus ou moins définitives se sont installées dans différents organes.  
(1999, pp 16-21)

Le stress n'est pas anodin sur le long terme, ses effets seront décrits ci-dessous. La réaction au stress de chacun est différente. Elle est à relier à la fréquence des agents stressants, à la façon dont la personne voit et agit sur son environnement, à la façon dont elle se perçoit elle-même et donc à sa capacité à être résiliente ou non.

Il semblerait, toujours selon Schwob, qu'il y aurait un effet cumulatif de stress. Une personne soumise à une répétition de petites agressions deviendrait plus sensible aux différents facteurs de stress et y réagirait toujours plus violemment (1999, p31).

Au contraire, le fait de pouvoir contrôler son environnement, ou de penser pouvoir le faire, a un effet protecteur contre les conséquences néfastes du stress.

Les personnes pensant que leur vie dépend d'eux, de leurs efforts ou de leurs attitudes sont moins sensibles au stress et y répondent de façon plus adaptée que celles pensant que leurs efforts ne changent rien au cours du destin. (Schwob, 1999, pp 39-41)

Selon Michal, les individus ayant une faible estime de soi et ne présentant pas une grande assurance intérieure, sont plus enclin au stress que ceux qui se voient positivement et qui ont confiance en eux (1992, p59). De même, les personnes qui ont un sentiment d'impuissance ou d'ennui, qui ont peu de pouvoir de décision, et/ou qui ont un fort besoin d'exercer un contrôle sur leur vie et celle des autres, seraient plus « à risque ». (Michal, 1992, p65)

L'absence de domicile fixe favorise le stress. Les conditions de vie sont autant de facteurs stressants en eux-mêmes (où dormir, manger, se laver, se reposer, etc.) que ceux qui y sont associés parfois (comment régulariser ma situation, éviter un renvoi, le manque, payer mes frais et mes soins, etc.). De même, comme nous le décrivons dans le paragraphe « estime de soi », être sans domicile fixe n'amène généralement pas une haute estime de soi-même. Les circonstances sont bien souvent incontrôlables, la personne se trouvant emmenée à tous vents, sans pouvoir maîtriser le cours de sa vie. Ces conditions ne favorisent pas le bien-être, comme l'explique cette citation de Seyle (1975) :

« [...] Paraître bien portant aide à l'être réellement. Un mendiant pâle, hirsute, vêtu de haillons, ayant un grand besoin d'un bain, ne résistera pas aussi bien à un stress physique ou mental qu'il le fera lorsqu'un bon bain, un coup de rasoir, du soleil et des vêtements propres l'auront aidé à paraître plus présentable » (p345).

Un individu ne reste pas passif face aux événements aigus et chroniques de sa vie, mais il essaye d'y faire face. Les réactions et les réponses qu'il tentera d'élaborer pour maîtriser, réduire ou tolérer la situation sont désignées par le terme de **coping** appelé aussi parfois stratégie d'ajustement.

Le coping peut se manifester sous diverses formes : cognitions (évaluation de la situation stressante, de ses ressources, recherche d'informations), affects (expression ou répression de la peur, colère, détresse, ...), et comportements (résolution de problème, recherche d'aide). Ceci permet de tenter de rendre la situation plus acceptable et/ou alors de se modifier de façon à ce qu'elle soit plus tolérable (Bruchon-Schweitzer, 2001, p68).

« Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individus et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe) » (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp69-70).

Deux types de stratégies de coping se voient généralement : celui centré sur le problème et celui centré sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer, 2001, p71). Le premier n'est vraiment efficace que si la situation est contrôlable. Lorsqu'il s'agit du contraire, une stratégie émotionnelle évitante (répression) pourra être plus efficace en permettant de protéger l'estime de soi sans être submergé par la détresse (Bruchon-Schweitzer, 2001, p77). On observe aussi la recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel, ...) (Bruchon-Schweitzer, 2001, p 76).

---

Différents exemples de mécanismes sont observables pour réguler le stress :

- Recherche de réconfort affectif
- Recherche de l'approbation d'autrui pour renforcer l'amour de soi
- Manifestations émotionnelles (rire, pleurer, jurer)
- Retrait émotionnel dans un sommeil excessif
- Verbaliser ses émotions, se confesser, prier
- Intellectualiser le problème
- Comportements d'action (sport, travail, jeu)
- Activité fantasmagorique
- Décharge corporelle des tensions par fonctions somatiques (uriner, déféquer, manger, fumer, boire)

Lorsque les mécanismes ne sont pas suffisants (les agents stressants augmentant par exemple), les processus d'adaptation d'urgence deviennent de plus en plus complexes. De nombreux effets se font, en premier lieu, alors sentir, tels qu'une sensation d'inconfort liée aux efforts de concentration intellectuelle et de contrôle de soi (amenant un comportement rigidifié dans leurs relations avec autrui), un état hyperémotionnel (rires hystériques, attaques de rage, parfois état dépressif, comportement compulsif,...), une hypercompensation (ruminations intellectuelles, rêves éveillés envahissants, réactions somatiques accompagnées d'angoisse).

Tous ces processus demandent beaucoup d'énergie, et par ce fait fatiguent.

En deuxième lieu apparaissent : un détachement de la réalité par des modifications passagères des états de conscience avec, parfois, des sensations d'étrangeté, voir même de dépersonnalisation, par un attachement insuffisant à autrui. Cela en prêtant des intentions malfaisantes à son entourage, des pulsions instinctuelles dangereuses avec une désorganisation du Moi pouvant aboutir à des états délirants, des états hallucinatoires et psychotiques, et des états maniaques, etc. Cela peut mener un être humain à l'épuisement et finalement à la mort.

(Schwob, 1999, p 46-54)

Différents troubles physiques peuvent survenir suite au stress et parfois l'entretenir, tel que les :

- Maladies cardiovasculaires
- L'obésité ou surpoids
- Le diabète
- Troubles de la peau (lésions de grattage, dermite artificielle, urticaire, acné rosacé, herpès simple, eczéma, psoriasis,...)
- Maladies de l'appareil digestif (ulcères gastro-duodénaux, colites, douleurs abdominales, recto-colite hémorragique,...)
- Anomalies du système immunitaire (d'abord stimulé, il s'affaiblit en cas de stress prolongé en empêchant la production d'anticorps) d'où de nombreuses conséquences, pouvant aller du rhume jusqu'au cancer.
- Asthme et allergies
- Migraines
- ...

(Michal, 1992., pp 73-103) (Schwob, 1999., pp71-98)

La fatigue est le premier point à souligner chez les personnes que nous avons rencontrées. Elle peut être liée, tant aux conditions de logement, de sommeil, qu'à l'énergie devant être mobilisée à chaque instant pour tenter de s'adapter, de tenir bon. D'autres symptômes peuvent survenir ensuite. Dans l'entretien V, la personne parle de la « folie » ou de l'intelligence qui pourrait être comprise comme la résilience « *Je vois même des frères qui deviennent fous... Dans cette situation, tu deviens soit fou, soit intelligent, on m'a dit. Tu n'as jamais de solutions.* » En effet, la santé mentale se trouve souvent perturbée, atteinte par ces conditions de vie. Ceci est à garder en mémoire lors de la lecture du thème « maladie » où l'on pourra observer les conséquences qui peuvent être induites par le stress, mais aussi par divers problèmes associés (ex : toxicomanie), sur la santé, tant physique que mentale, ainsi que les traitements.

Le stress de survivre sans un domicile fixe est lié à la situation de crise que vit la personne. Il peut en résulter de la souffrance physique ou psychique. Nous allons donc nous pencher, à présent, sur ce qu'est la crise, pour ensuite décrire la maladie et tout ce qu'elle peut comporter.

#### **(4) Crise/souffrance**

Le mot « crise » provient étymologiquement du grec Krisis, qui signifie « décision ». (Farinone, 1993, p. 26)

La crise est souvent définie comme une rupture, plus ou moins violente, avec un potentiel de changement par la sollicitation de solutions nouvelles. Elle peut être l'occasion d'une croissance personnelle et amener l'individu à mieux faire face à diverses situations. Ceci accroîtra donc son bien-être. (Wright, 1987, pp.1-2)

La crise touche tous les systèmes, qu'ils soient organiques, biologiques ou de société. Elle peut durer plus ou moins longtemps, se répéter ou non, être d'apparition brutale ou, au contraire, être le résultat d'une accumulation d'éléments. Sa dimension, sa complexité et son intensité sont variables, sans que cela soit forcément proportionnel au déséquilibre qui a produit cette crise. La façon dont l'individu se perçoit, donne ou non un sens à l'événement, va l'influencer. Il s'agit d'un processus de phases et de cycles. (Moser, 2002, p.1)

Selon Elisabeth Kübler Ross, la crise est composée de cinq étapes : le choc, le déni, l'expression des émotions et des sentiments (colère-protestation, tristesse, peur), l'accomplissement des tâches subséquentes au deuil, la découverte d'un sens à la perte (réflexion). (Kübler Ross, 1981, p.219)

Les crises sont souvent accompagnées par un état d'hypersensibilité émotionnelle. La personne en crise vit souvent des bouleversements parfois difficiles et une forte remise en question. Ses propres mécanismes d'adaptation sont mis en avant. (Moser, 2002, p1)

Les personnes sans domicile fixe vivent une crise chronique (par l'absence de domicile fixe, mais aussi par tout ce qui l'entoure : éloignement des proches, absence de travail, de statuts, ...) qui peut avoir débuté avant l'absence de domicile fixe ou non. Pour les personnes sans statut légal, la crise s'installe, parfois, par l'arrivée en Suisse (entretien I), mais elle n'est, d'autres fois, qu'une continuité à celle qui les a fait fuir leur pays (entretien V).

Quant aux personnes ayant un problème de dépendance, elles présentent souvent une souffrance morale qui les amène à consommer (entretien III). La crise peut donc, précéder la consommation qui, à son tour, peut amener à une nouvelle crise.

*« Quand on est en Afrique, on se dit que, peut-être, arrivé ici..., vous allez m'excuser parce qu'il y a des fois, quand je parle, il y a des larmes qui me viennent.... »*

*« Je suis venue comme ça à l'aventure, j'ai atterri ici et puis ce que j'attendais c'était pas ça. » (Entretien I)*

*« Une femme prend une maison comme ça, vous êtes là-dedans, vous allez dans la rue chaque jour, vous prenez des hommes, vous venez travailler, ils vous paient 50fr.-100fr. C'était vraiment dur pour moi, d'abord j'étais malade, je n'arrivais pas, je suis...d'abord le climat (...) j'avais mal... » (Entretien I)*

*« Moi je m'attendais pas en partant de mon pays de souffrir encore comme ça » (Entretien V)*

Nous observons que la crise peut pousser l'individu dans des extrêmes, dans l'espoir de diminuer sa souffrance.

*« Une fois, j'ai même lancé un caillou dans la vitrine d'une bijouterie pour aller au chaud, en prison... mais les flics ont refusé... » (Entretien IV)*

La crise est souvent difficile à résoudre, et dans de nombreux cas, il n'y a pas de solutions à proprement parler, comme dans le cas de l'absence de statut légal, où le seul espoir de régulariser la situation est le mariage. Cela peut accentuer le sentiment d'impuissance et renforcer l'état de crise.

*« La crise survient quand une situation génératrice de stress rompt l'équilibre de ses facteurs et elle persiste tant qu'un facteur manque. Dans certains cas, la personne peut avoir une perception déformée de l'événement, ou être dépourvue de soutien ou de mécanisme d'adaptation adéquats. La crise évolue tant que le problème demeure et que le déséquilibre subsiste. En revanche, la personne évite l'état de crise si elle répond de manière adéquate à un événement générateur de stress. Dans un tel cas, la personne a une perception réaliste de l'événement, des mécanismes d'adaptation adéquats et un soutien suffisant, ce qui lui permet de résoudre le problème et de retrouver l'équilibre. » (Aguilera & Messick, 1976, p68)*

Nous avons pu constater que toutes les personnes que nous avons rencontrées ont une histoire de vie les ayant menées à une crise qui peut avoir été résolue, pour certains, ou pas, pour d'autres. Cette résolution de la crise s'explique par un soutien ainsi que des mécanismes d'adaptation adéquats. Malheureusement, nous pouvons constater chez la plupart des personnes SDF une désaffiliation sociale, liée à leur absence de statut ou à leur consommation. Ceci amènerait une difficulté supplémentaire dans la gestion de cette crise. Celle-ci peut néanmoins évoluer positivement et donner à l'individu l'opportunité de se retourner et de s'en sortir, ce que nous pouvons mettre en lien avec la résilience.

*« La crise nécessite ou permet de prendre des décisions. Elle ouvre à une opportunité de transformation, de changement dans une dynamique d'évolution ou d'involution. C'est l'occasion d'une transition vers une situation caractérisée par la croissance, la maturation et l'épanouissement. Mais c'est aussi le risque de se diriger vers un état de régression, de maladie et d'handicap. » (Moser, 2002, p.1)*

En opposition à la résilience, nous trouvons la maladie. Maintenant, nous allons développer le sujet de « la maladie ».

## b) Maladie (atteintes, risques et suivi)

La maladie est, selon le dictionnaire de la médecine, « une altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, notamment une cause, des signes et symptôme, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises ». (1985, p.399)

La maladie comporte deux pôles, l'un que l'on pourrait appeler « maléfique » et l'autre qui serait « bénéfique ». Dans le premier cas, la maladie est nuisible, nocive, indésirable et doit être évitée. Dans le second cas, elle est considérée comme un message à écouter et à décrypter, la maladie est perçue comme ayant de la valeur, un sens qui cherche à restaurer l'équilibre perturbé. (Laplantine, 1986, p. 117-142)

Ainsi, la maladie peut amener, par exemple, la reconnaissance qui serait autrement absente, (donne une identité : celle de malade) ou amener à prendre soin (la personne malade est soigné, pas celle sans domicile fixe), etc.

*« D. m'a envoyé à une association : Arc-en-ciel. (...) les séropositifs se rencontrent là-bas, il y a des conseils, et on vous donne à manger... (...) le monsieur, là, il est venu, il m'a trouvé... (...) ça m'a touché. Ça m'a donné le courage. » (Entretien I)*

Nous voyons, ici, que la séropositivité donne une appartenance sociale à un groupe qui, dans ce cas, est liée à la maladie. Que ce groupe soit bien vu ou non, le statut est différent que celui des personnes SDF. La maladie, même s'il s'agit du HIV, donne une cohésion au groupe qui n'existe pas forcément dans le cas de l'absence de domicile fixe<sup>18</sup>. De plus, elle permet de s'intégrer à des personnes moins « marginalisées », de faire partie de la société. Des associations existent, des activités, des démarches sont faites et proposées, ce qui ne s'observe pas dans l'absence de domicile fixe.

Différents problèmes de santé ressortent de nos entretiens. On observe des atteintes physiques et psychiques, les deux étant souvent liées. Toutes ne proviennent pas de l'absence de domicile fixe en tant que telle, mais de facteurs associés (toxicomanie, relations sexuelles non protégées, etc.). Si le côté physique est présent, le côté psychique est souvent le plus atteint dans la vie d'une personne sans domicile fixe.

Il est également intéressant de se rendre compte des représentations qu'ont les personnes interviewées au sujet de la santé. En effet, certaines de ces personnes ont le VIH, une hépatite ou autres, mais se considèrent en bonne santé, ce qui veut dire que, pour elles, la santé n'est pas une absence de maladie.

*« C'était très dur le traitement. Maintenant je vois que j'ai la santé, même comme si... à moitié. (Rire) Et que ça va. » (Entretien I)*

<sup>18</sup> Dans l'absence de domicile fixe, nous observons des alliances, souvent éphémères. Entre personnes toxicomanes, sans statut légal ou n'ayant pas de domicile fixe pour une autre raison, les liens sont rares. Il existe un soutien plus ou moins marqué au sein de communautés internes : les personnes toxicomanes, les compatriotes. Nous supposons, en outre, que l'énergie utilisée à répondre à ses besoins physiologiques ne permet plus de se mobiliser pour former un groupe avec une cohésion, des buts, et une appartenance particulière.



**(1) Mais alors : « qu'est-ce que la santé » ?**

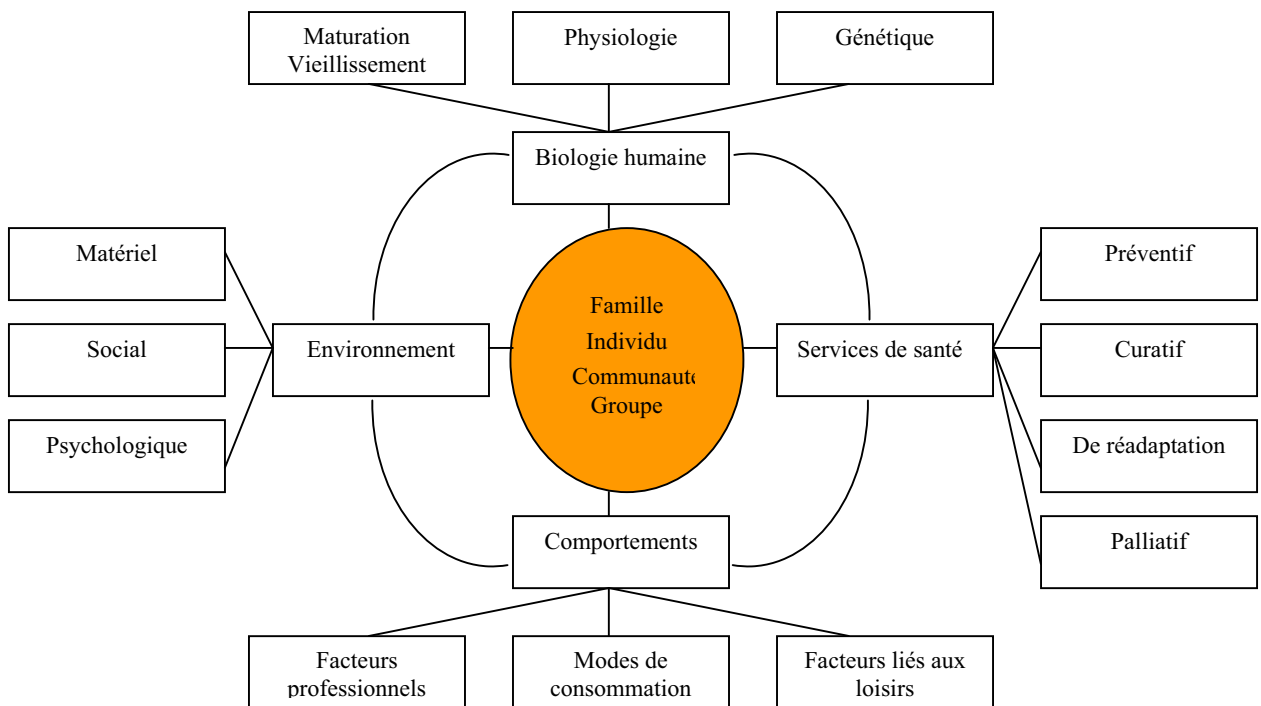
La santé, selon l'OMS, (article 1 de la constitution, 1946) est : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. »

Toujours selon l'OMS :

« La santé est considérée comme le fait, pour un individu ou un groupe, de pouvoir, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, d'exercer sa capacité à changer et à s'adapter à son environnement. La santé est, par conséquent, considérée comme une ressource pour la vie de tous les jours et non pas comme un objectif de notre vie ; c'est un concept positif, englobant les ressources personnelles et sociales aussi bien que les capacités physiques. »

(Cité par Rohrbasser, 2002)

**Déterminants de la santé** (adapté du modèle de Dever)



Le schéma ci-dessus nous permet de voir les différents déterminants de la santé, selon le modèle de Dever (cité par Rohrbasser, 2002).

Chacun de ces aspects sont liés entre eux et sont affectés par l'absence de domicile fixe. Dans un premier temps, la caractéristique environnementale est touchée. Tout d'abord du point de vue matériel, par l'absence de lieux fixes qui influencent ensuite l'environnement social (confrontation au milieu de la drogue, à celui de la prostitution et de la violence,...), ainsi que l'environnement psychologique (stress, peur, découragement).

Des comportements peuvent découler de cet environnement et d'autres en être à l'origine. Ces liens peuvent se faire également avec les autres déterminants.

*« Là-bas [lieu où de nombreuses personnes SDF se rencontrent] c'est très dur parce que tu es toujours confronté à la dope. Quand tu sais, tu connais l'Héro et que tu sais que ça te réchauffe, c'est dur ! » (Entretien IV)*

L'absence de domicile fixe atteint également les services de santé, davantage par l'absence de moyens financiers, la peur d'être dénoncé et la peur du jugement des soignants et parfois par l'absence d'assurance que par l'absence de domicile fixe en elle-même. Ceci peut amener une réticence à consulter.

*« Mais au CHUV... c'est dur d'avouer que tu es séropo ! Des fois, j'y allais pas... Maintenant j'y vais avec ma doctoresse. » (Entretien IV)*

Quant à la biologie humaine, le capital de base existe, mais il est fortement sollicité par cette situation, ce qui amène à une usure prématurée du corps dans certains cas.

*« J'ai 38 ans physiquement, mais dedans... j'ai eu un check-up y a pas longtemps, la doctoresse elle a dit : « vous avez les organes en état, mais dans l'état d'une personne d'une cinquantaine d'années ... » (Entretien III)*

Comme cela est défini ci-dessus par l'OMS, la santé est un état de complet bien être ; celui-ci est difficilement atteignable, même avec un domicile fixe et d'autant plus sans ce dernier.

*« La santé répond aux perpétuels changements auxquels sont soumises les fonctions de l'organisme. De cette dynamique résulte une adéquation à l'environnement extérieur et, selon qu'elle est plus ou moins bien réussie, en résulte, soit la bonne santé, soit tous les états dont les plus graves constituent les maladies. » (Sournia J. Ch., 1992)*

Ainsi, la maladie est plus à considérer en terme d'harmonie et de désharmonie, d'équilibre et de déséquilibre que comme étant opposée à la santé.  
(Laplantine, 1986, p.63)

L'aspect psychique est régulièrement mis en avant dans nos entretiens. Cependant, celui-ci n'est pas à séparer de l'aspect physique, comme nous le démontre l'entretien III.

*« (...) quand on vit dans la rue, vous faites des trucs complètement fou, (...) c'était tout ça qui m'a usé... pis la violence, l'excès (...) Donc automatiquement les reins prennent un coup, le foie... j'ai une hépatite C et pis j'essaie de ne plus toucher...à me piquer. (Entretien III)*

*J'ai 22 ans de toxicomanie et pis je suis content de moi (montre ces bras ainsi que ses veines) j'ai bien tenu le coup quoi ! Mais intérieurement et psychiquement j'ai laissé des plumes comme on dit » (Entretien III)*

La façon de percevoir la santé est parfois paradoxale :

*« Moi, j'ai envie de vivre en bonne santé... même si j'abuse de certaines choses, je m'en fous c'est ma santé ! C'est la mienne ! De toute façon, j'ai rien au poumon ! Pourtant j'ai fumé dès l'âge de 9 ans, ça fait 31 ans que je fume, mon premier verre d'alcool... c'est à l'âge de 6 ans, mes premières drogues... c'est à l'âge de 17 ans » (Entretien II)*

Il semblerait, ici, que l'absence de maladie soit parfois utilisée pour justifier des comportements à risques.

*« Pour quelqu'un avec le HIV, être à la rue, c'est presque mourir. » (Entretien IV)*

L'adéquation à l'environnement extérieur est souvent difficile à réussir. Certaines personnes, par leur existence même, leur résistance, font preuve de résilience, alors que d'autres basculent dans la maladie, souvent psychique, parfois physique, ou encore psychosomatique, terme que nous allons approfondir ci-dessous.

## **(2) La psychosomatique**

Le terme de « psychosomatique » (« psycho » se référant à l'esprit, « soma » au corps.) est utilisé pour la première fois en 1818 par le psychiatre allemand J.C. Heinroth (1773-1843). (Marchand, 2002, p.16)

Selon un résumé de la théorie de Pierre Marty (1918-1993) qu'il a nommé : « l'économie psychosomatique » ; le psychique, « lorsqu'il n'arrive plus à gérer des événements pouvant être traumatisants, la désorganisation qui en découle peut alors toucher le corps. La somatisation a donc un rôle d'économie, dans le sens où, elle permet à l'individu de garder une homéostasie. »

Pour Marty, il existerait deux types de somatisation. Il y aurait, d'un côté celles qui sont réversibles (l'asthme, eczémas, maux de tête), et de l'autre, celles qui sont graves (toutes les maladies mettant en jeu le pronostic vital). (Marchand, 2002, p.16)

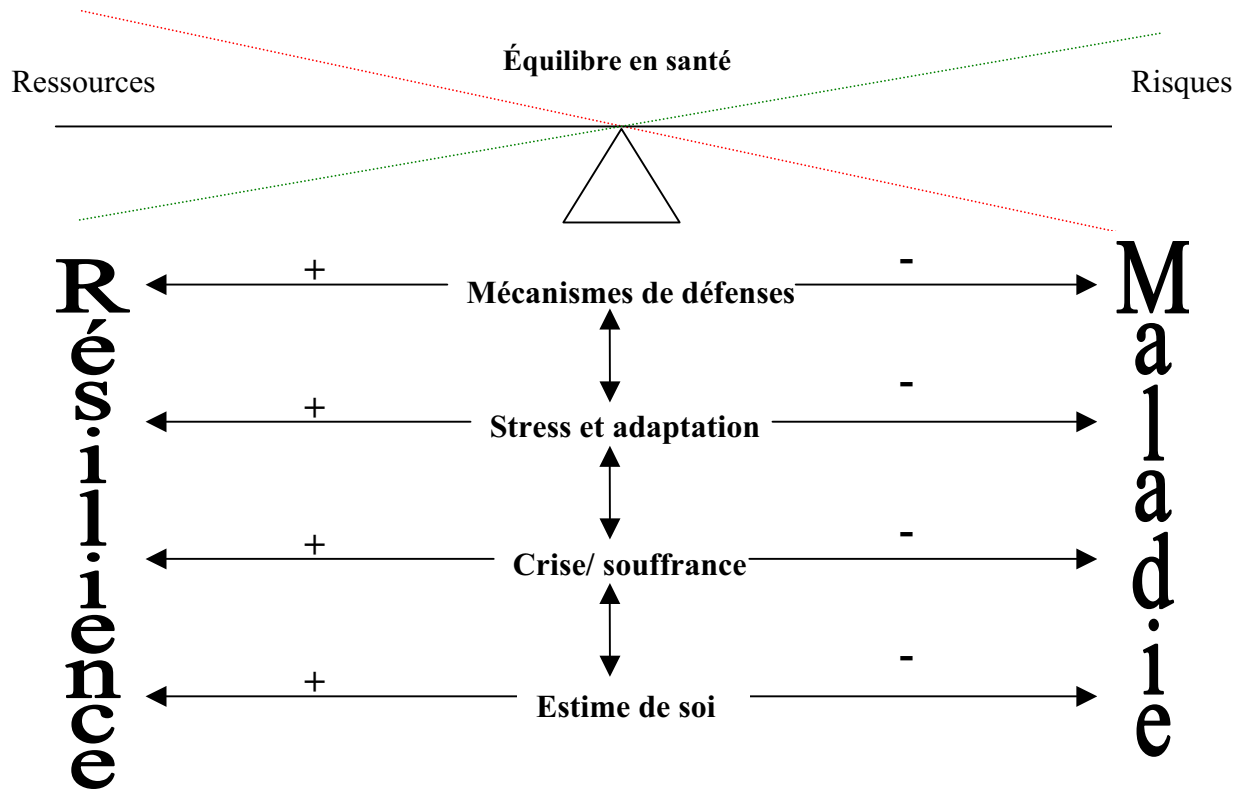
Marchand cite également une étude de Lawrence Le Shan qui démontre que certaines expériences de vie ébranlantes feraient parties du profil type de personnes risquant d'être atteintes de cancer. (2002, p.16)

Nous voyons donc, que le vécu et son affection au psychisme amène des effets visibles ou des ressentis physiques.

Nous pouvons ainsi supposer, qu'il existe un risque élevé et « normal » de somatisation au sein de la population SDF, thème que nous approfondirons dans la synthèse en regard de l'apport des professionnels que nous avons interrogés.

### C. Synthèse :

Dans cette partie, nous allons reprendre quelques éléments clés de l'analyse, au moyen du schéma présenté ci-dessous. Celui-ci, nous aidera à mettre en évidence les liens qui existent entre eux et nous donnera des pistes, afin de poser des perspectives professionnelles.



Deux pôles ressortent de notre analyse : celui de la résilience et celui de la maladie. Ceux-ci sont dépendants des quatre sous-thèmes qui sont : Les mécanismes de défenses ; Stress et adaptation ; Crise/Souffrance et Estime de soi.

Lorsque ceux-ci sont adéquats, la personne peut faire preuve de résilience, mais lorsqu'ils sont déficients, la personne tombe dans la maladie.

La vie de tout individu comprend des ressources et des risques. Ceux-ci, peuvent s'équilibrer ou, au contraire, basculer dans l'un des deux pôles en fonction de la proportion des ressources ou des risques.

Prenons un exemple : une personne souffrant d'une maladie telle que le HIV pourra ne pas se trouver dans le pôle « maladie », grâce aux ressources qu'elle possède. Ces ressources peuvent être internes (bonne estime de soi, mécanismes de défense adaptés, bonne gestion du stress, ...) ou externes (soutien de l'entourage, institutionnel, ...).

Au début de notre recherche, nous avons fixé trois objectifs que nous allons, à présent, reprendre pour tenter d'y répondre, à l'exception du troisième, qui sera traité dans le chapitre des perspectives professionnelles. Ensuite, nous chercherons à répondre à notre question de recherche.

### **(1) *Aperçu de la santé des personnes SDF de Lausanne :***

Nous observons, chez les personnes SDF que nous avons rencontrées, une difficulté, de par leur statut, leurs conditions de vie précaires, à accéder à certaines **ressources**. Celles qui manquent, diffèrent selon les caractéristiques de la personne SDF, qu'elle souffre de dépendances, qu'elle soit sans statut légal ou sous une NEM. Elles peuvent se situer à différents niveaux, tels que :

- structurels ou institutionnels (pas de protection de la police, accès difficiles aux assurances et certains soins, peu de soutien de l'Etat, etc.)
- psychologiques (estime de soi diminuée, peu de soutien moral, manque d'appartenance à « la société », intégration difficile, difficultés à se recréer, etc.)
- matériel (absence de lieu fixe, manque de moyens financiers, etc.)

Pour le niveau structurel et matériel, D.<sup>19</sup>, infirmière, relève qu'il y a peu de suisses dans la rue, car les services sociaux sont très développés pour ceux-ci, ce qui n'est pas le cas pour les personnes avec une NEM ou qui sont sans statut légal. Elle rappelle également, qu'il est interdit de loger des personnes sans-papiers.

Tout comme certaines ressources peuvent manquer, de même, l'absence de domicile fixe favorise certains **risques** comme:

- stress permanent, peur
- situation de crise
- fatigue chronique
- risques propres au milieu (violence, agressivité, drogue, prostitution, etc.)

Selon D. le stress engendré par le manque de domicile est comparable au stress que vivent les clandestins, ou les personnes sans travail. Il s'agit d'un stress subit par des besoins fondamentaux absents (manger, dormir, travail, domicile).

Cela peut amener à une dépendance favorisée par la confrontation aux dealers et au fait de se retrouver dans la solitude.

D. rajoute que la peur peut retenir les gens à consulter, lorsqu'ils ne connaissent pas le lieu de soins et les personnes.

M.<sup>20</sup>, infirmière, affirme que les personnes sans-papiers ont souvent des problèmes de santé liés au travail, tels que des dorsalgies, ou autres problèmes dus au stress, comme les ulcères gastriques. Quant aux personnes avec une NEM, leurs problèmes sont plutôt d'ordres psychologiques. Cette différence est liée, selon elle, à leur statut. En effet, les personnes sans-papiers savent souvent à l'avance quelles seront leurs conditions de vie, que leur situation ne sera pas régularisée et ont déjà souvent de la famille, du soutien sur place. Les NEM, au contraire, arrivent avec l'espoir de recevoir l'asile ou une aide et sont souvent isolés, c'est donc plus dur pour eux.

---

<sup>19</sup> Entretien professionnel n°1

<sup>20</sup> Entretien professionnel n°3

De son côté, D. nous partage qu'il y a beaucoup de problèmes de santé de type fonctionnel. La maladie est décrite, ainsi que des symptômes, mais les examens ne donnent aucun résultat dans ce sens. Pour donner un exemple, il y a de nombreux maux de tête, maux de dos, et de contractures. Face à cela, le pire est de le nier, mais il s'agit plutôt de les rassurer, d'agir avec eux.

Les maladies psychosomatiques sont très présentes également. Il y a toujours une composante psychique dans toute maladie, ou état de santé. Certains sans-abris viennent, mais n'ont rien d'autre qu'un besoin de parler et d'un accompagnement. Quelquefois, la maladie a un rôle supplémentaire, celui de rechercher une reconnaissance en tant que malade.

Les grossesses non désirées sont, en outre, fréquentes dans cette population.

Plus en lien avec la toxicomanie, X.<sup>21</sup> travailleur social, relève qu'il est possible que des personnes avec un problème psychique qui viennent dans le milieu, où elles sont mieux acceptées que dans le reste de la société, commencent ensuite à consommer. Il y aurait le même mécanisme « d'influence des autres » que dans un « bistrot ».

Nous observons donc, que la santé est mise à rude épreuve dans l'absence de domicile fixe. Nous ne pouvons pas affirmer qu'une personne, si elle est SDF, sera forcément dans le pôle de la maladie, ou de la résilience, cela dépendra de chaque individu. Nous savons toutefois, que les risques sont importants.

## **(2) *Les besoins exprimés par la population SDF de Lausanne***

Suite à nos investigations, les besoins dits physiologiques ressortent particulièrement. Il s'agit du manque de domicile fixe, du manque de moyens financiers, souvent lié à l'absence d'activité professionnelle, qui ne permet pas de répondre aux besoins vitaux.

Une réponse, souvent institutionnelle et structurelle, est donnée à ces besoins de façon ponctuelle. Par exemple : il y a des lieux d'accueil de nuit, des repas gratuits, des possibilités de se laver, etc. Cependant le problème de base demeure, ainsi que l'insécurité que cela comporte pour ces personnes.

Pour compléter ce point, nous vous renvoyons à la synthèse de « l'analyse des besoins ».

## **(3) *En réponse à notre question de recherche***

En nous basant sur notre analyse, nous pouvons affirmer que l'absence de domicile fixe a une influence sur la santé. Nous insistons sur le fait que la balance penche plus du côté de la maladie, mais ce n'est pas le seul facteur influençant. Les conditions annexes à l'absence de domicile fixe sont tout autant importantes à ce niveau.

Par conditions annexes, nous entendons : pauvreté, exclusion, instabilité à tous niveaux, consommation de drogues, ressources personnelles, etc.

---

<sup>21</sup> Entretien professionnel n°2

## VIII. Perspectives professionnelles

Nous avons pu découvrir des besoins, des ressources et des risques en terme de santé dans les chapitres précédents. Nous allons à présent nous arrêter sur la position que peut occuper un professionnel des soins, infirmiers en particulier, et ce qui pourrait peut-être être mis en place. Cela répondra également à notre troisième objectif de recherche, qui consistait à trouver des pistes pouvant aider à la prise en charge de ces personnes.

Le professionnel<sup>22</sup>, selon nous, se trouve face à une ligne de tension entre les pôles de la résilience et de la maladie. Il joue un rôle dans chacun d'eux et influence la balance qui peut pencher tantôt d'un côté ou de l'autre. Nous nous référons au schéma figurant dans la synthèse.

Lorsque l'individu se trouve dans le pôle de résilience, le rôle du soignant se situe au niveau de la promotion de la santé, c'est-à-dire que son action visera à renforcer la santé et favoriser le bien-être. Par contre, si la personne SDF se trouve sur le versant de la maladie, son rôle s'orientera plutôt vers la prévention, dont le but est d'éviter le développement de la maladie.

Dans un premier temps, nous allons définir la promotion de la santé que nous allons développer en fonction de notre rôle de soignant, puis dans un deuxième temps, nous traiterons de la prévention. Ensuite, nous nous attarderons sur quelques points qui nous semblent essentiels de ne pas oublier.

Nous n'avons pas la prétention de transmettre une prise en charge type, mais notre intention est d'offrir quelques pistes pouvant aider à l'accompagnement de la population SDF.

La promotion de la santé, ainsi que la prévention, sont complémentaires, bien que différentes dans leurs intentions, leurs actions se recoupant souvent. Afin d'offrir une offre en soin la plus complète possible pour cette population, il est nécessaire de prendre en considération ces deux dimensions. Une personne n'est, pour ainsi dire, jamais totalement sans ressources ou sans risques. C'est ainsi que, pour une même personne, des actions à visée préventive et promotionnelle peuvent être simultanées.

### 1. La promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vies sains pour viser le bien être. (Charte d'Ottawa, 1986, p.1)

---

<sup>22</sup> Nous utilisons la forme masculine par souci de fluidité à la lecture, mais il va de soi que ce terme englobe les professionnelles ou soignantes femmes.

Le soignant étant en contact avec cette population, où qu'il se trouve, peut agir sur les facteurs influençants qui impliquent que la personne SDF puisse réagir de façon adéquate ou non aux situations auxquelles elle est confrontée. Par son attitude non-jugeante, valorisante, responsabilisante, il peut favoriser une bonne estime de soi de la personne qui l'aidera à faire preuve de résilience. De même, le soignant, par sa présence, son attention, peut soutenir l'individu et l'accompagner dans les situations de crises qu'il traverse, ainsi que dans une gestion du stress la meilleure possible. Le soignant peut être un point de repère, un élément stable dans une vie qui ne l'est pas.

Promouvoir une bonne hygiène de vie, à tous les niveaux, est aussi de son ressort. Ceci peut être rendu difficile, de par le manque de moyens qu'ont ces personnes. Il s'agirait, en collaboration avec celles-ci, d'identifier et de renforcer les ressources étant à leur disposition, y compris dans les réseaux d'aide divers. A un niveau plus élevé, nous pensons qu'il serait important de travailler sur les structures mises en place, afin de pallier aux besoins de la population et de garantir une politique et une offre en soins complémentaires et cohérents. Ceci est déjà partiellement présent sur Lausanne. Au-delà d'une réponse aux besoins, nous nous interrogeons sur les causes de ceux-ci et sur ce qui pourrait, et devrait, être fait pour éviter ce type de situation.

Des conditions sont préalables à la santé selon la Charte d'Ottawa (1986), celles-ci sont : « la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base. » (p.1). Néanmoins, nous avons pu observer que des personnes SDF, chez qui ces conditions ne sont pas assurées, peuvent se considérer en bonne santé. Les ressources de ces personnes sont, dans ce cas, plus importantes que les risques encourus. La promotion de la santé est donc possible, selon nous, même si la personne ne correspond pas à ce « profil » décrit par la Charte d'Ottawa. Cela consisterait, à maintenir ces ressources et à en développer de nouvelles. Ainsi, le rôle du soignant, pour cette population, est de promouvoir la santé, mais également de travailler sur ces besoins insatisfaits autour desquels il peut plus ou moins agir.

Nous aimerions rappeler que le rôle du soignant n'est pas limité à l'aspect sanitaire, mais qu'il touche aux autres secteurs, tels que politiques, économiques, sociaux et culturels.

En effet, nous avons identifié<sup>23</sup> trois niveaux de ressources à développer dans le cadre de l'absence de domicile fixe. Nous trouvons :

- le niveau structurel ou institutionnel, pour lequel une action politico-économique serait nécessaire, afin de garantir un accès équitable aux soins, aux assurances, au soutien de l'Etat, etc.
- le niveau psychologique, où la démarche serait davantage axée sur le socio-culturel. Le soignant est important dans l'accompagnement, l'accueil et le soutien de la personne SDF, mais aussi comme porte-parole de celle-ci, afin de défendre ses intérêts et ses droits.

---

<sup>23</sup> Dans la « synthèse de l'analyse ».



- le niveau matériel, où il s'agit de répondre dans la mesure du possible aux besoins physiologiques de la personne. Le secteur politico-économique est à nouveau concerné. Dans l'idéal, il serait nécessaire d'agir sur les causes de cet état de fait et non seulement sur les conséquences. Nous sommes conscients que cela puisse être difficile, voir impossible dans certaines situations.

La résilience est quelque chose de graduel et cumulatif, comme le souligne Lamarre (1997, p3). Ainsi, tout ce que la personne parvient à accumuler comme ressources n'est jamais inutile, même si cela peut sembler dérisoire. La résilience n'est, cependant, pas acquise une fois pour toutes. Le soignant a donc une fonction importante dans le soutien et l'accompagnement de la personne.

## 2. La prévention

« La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. La prévention est l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. »

(Comité des Yvelines d'Éducation pour la Santé, 2003)

Au cours de notre analyse, nous avons identifié différents risques, comme un stress permanent, une situation de crise, une fatigue chronique et les risques propres au milieu, sur lesquels une action préventive peut s'effectuer.

La prévention peut s'effectuer sur trois niveaux :

- **La prévention primaire**, s'intéresse à l'étude des risques courus par les individus avant qu'aucun trouble ne se soit manifesté.
- **La prévention secondaire**, s'intéresse au type de remède aux difficultés déjà matérialisées et à la façon d'éviter une escalade ou une aggravation des troubles.
- **La prévention tertiaire**, s'intéresse aux mesures à prendre pour réintégrer socialement ceux que leurs difficultés ont mis en marge et dont on veut éviter une rechute qui les fasse tomber de façon plus structurelle dans la pathologie, qu'elle soit psychologique ou sociale.

Au **niveau primaire**, le soignant a un rôle, par rapport à la population SDF, qui consisterait par exemple à prévenir la consommation de stupéfiants en les informant des risques sur la santé, ou à éviter les maladies sexuellement transmissibles en leur proposant des moyens à utiliser (préservatifs). Un des buts serait d'éviter les carences alimentaires, les infections, les maladies, les épidémies en améliorant la qualité de vie par une bonne alimentation, une bonne hygiène corporelle, du repos suffisant, etc. A ce stade, la prévention est surtout éducative.

Nous observons, malgré tout, un obstacle qui pourrait entraver cette prévention. Comment dire à une personne SDF qu'il est important qu'elle dorme bien alors qu'elle n'a pas de lieu pour le faire ? Qu'elle doit avoir une alimentation équilibrée, quand elle n'en a ni les moyens, ni le contrôle ? Il est donc nécessaire, que le soignant prenne en considération l'individu SDF d'un point de vue systémique, et qu'ils trouvent ensemble ce qui est possible de faire, afin de prévenir au mieux ces risques.

Quant à la **prévention secondaire**, il s'agit de trouver des remèdes, dans la mesure du possible, aux risques que nous avons pu identifier chez cette population. Divers problèmes, tels que les décompensations psychiques, les problèmes physiques ou psychosomatiques, peuvent être prévenus en agissant sur le stress que vivent ses personnes dans la rue, la crise dans laquelle ils se trouvent ou en leur expliquant l'importance d'une bonne hygiène lors d'injections, s'il se trouve que la personne est déjà toxico-dépendante.

Il peut être difficile d'agir sur les raisons de ce stress, les causes de cette crise. Prévenir celles-ci serait l'idéal, mais il serait utopiste de croire que cela puisse se produire en un clin d'œil, en supposant que cela soit possible. Avant qu'une telle amélioration soit visible, tout un travail peut se faire pour diminuer les effets de ces risques.

En ce qui concerne le **niveau tertiaire**, l'action professionnelle sera axée sur la prévention de la rechute, de la complication, de l'établissement dans la maladie et tendra vers la guérison. A ce stade, il s'agit, souvent, d'accompagner la personne dans ses démarches, son vécu. Prenons l'exemple d'une personne ayant fait une décompensation psychique, suite à une accumulation de stress trop importante. Le soignant cherchera à agir, pour éviter une aggravation de l'état psychique en travaillant sur les facteurs déclenchants, comme le stress, en déterminant les causes de celui-ci ainsi que les moyens de le diminuer, en soutenant la personne selon besoins et en l'accompagnant dans son traitement.

Nous venons de traiter de la prévention... mais est-ce la solution miracle ?

Il semblerait, que la prévention ne soit pas toujours efficace pour une partie de la population. Est-ce que la prévention faite en amont est insuffisante ? Est-elle trop tardive ? Inutile ? Inappropriée ? Que faudrait-il faire pour bien faire ? Y a-t-il quelque chose à changer, à améliorer ? Sans doute ! Mais à quel niveau et comment ? Que faire pour qu'une prévention soit efficace ?

Il est facile de dire à quelqu'un ce qu'il ne doit pas faire, par exemple ne pas consommer des substances amenant une dépendance. Seulement, si la personne ne voit pas d'autres issues, de raisons de ne pas le faire, cela ne servira à rien. Selon nous, la prévention ne peut pas se faire, ici, sans la promotion. Il s'agit de donner à la personne les moyens, c'est-à-dire, de découvrir avec elle ses ressources, son potentiel, afin de faire face à ce qui la pousserait à consommer. Nous pensons qu'il s'agit d'une clé pour faciliter le travail avec cette tranche de la population en particulier, mais aussi en général. Ainsi, nous considérons le fait que l'on ne peut travailler sur des risques, sans inclure des ressources.

Une difficulté se présente, qui peut nous donner un sentiment d'impuissance. Celle-ci est, que la personne SDF a d'autres soucis, suscités par ses besoins physiologiques non satisfaits, que celui de sa santé. Comme nous le dit une des personnes interrogées : *Le minimum c'est d'avoir un toit, après vient la santé !* (Entretien V). La santé, est souvent considérée comme un but par le soignant, mais comme le dit la Charte d'Ottawa (1986, p1), il s'agit d'une ressource. Prévenir des risques n'est certainement pas la priorité pour ces personnes, d'autant plus lorsqu'elles ont une estime de soi altérée. Comment quelqu'un qui se considère comme insignifiant peut-il mettre de la valeur dans le fait de conserver une bonne santé ou d'éviter des dangers ? Il s'agit peut-être de concevoir l'offre en soin dans un autre sens. Cela consisterait à mettre en avant les ressources, le « positif » de la personne et non ses comportements à risques.

En d'autres, termes d'aller dans le sens de ce que la personne fait juste, ou ce qu'elle pense pouvoir faire, au lieu de dire ce « qu'il ne faut pas faire », afin qu'elle puisse agir de façon résiliente. La promotion de la santé prévient aussi, d'une autre façon, les risques.

Prenons l'exemple du HIV, ou des hépatites. Une prévention à large échelle est faite. Les lieux d'accueil sont mobilisés, des préservatifs, ou des seringues sont proposés gratuitement, les personnes SDF sont informées. Cependant, le nombre de contamination est toujours élevé. Que se passe-t-il ? Plusieurs hypothèses pourraient être émises par rapport à cela. Il y a souvent une recherche de soulagement, de plaisir ou d'affection qui prime sur un risque potentiel qui semble bien lointain. Y aurait-il aussi, peut-être, le fait que la personne vit dans un « ici et maintenant » sans se projeter dans un avenir qu'elle n'est pas certaine de voir ?

La personne peut aussi ne pas se sentir concernée par certaines campagnes de prévention et penser que cela est bon pour les « autres », ceux qui ont un domicile fixe.

Pour les personnes se retrouvant SDF, suite à une absence de statut légal ou d'une NEM, le problème du langage et de la culture peut, en outre, encore se rajouter au tout. En être conscient, permettrait au soignant de cibler ses actions préventives et, de ne pas agir sans la promotion de la santé, qui va de pair avec la prévention, afin que cela soit efficace.

### 3. Quelques points plus généraux

L'offre en soin est à adapter à l'individu, comme dans chaque situation rencontrée, sans qu'il y ait même une absence de domicile fixe. Cependant, la relation de confiance est d'autant plus importante avec la population SDF, qui présente de nombreuses craintes à la base.

Ces personnes ont, quelque fois, davantage besoin d'être écoutées, entendues, encouragées et reconnues que d'être traitées physiquement. La présence du soignant, non seulement physique, est essentielle.

Nous aimerions sensibiliser le professionnel, sur un échange qui se fait entre lui-même et la personne SDF. Il s'agit du récit de vie, ou plutôt des malheurs, de la personne. Comme le relève Declerck, ce récit, s'il permet à l'individu de se soulager, est aussi attendu et même demandé par le professionnel, car il « flatte le narcissisme du soignant (quel être exceptionnel je suis pour être capable d'entendre de telles choses) et apaise ses angoisses (ouf, je ne suis pas comme lui, il est encore plus fou et malheureux que moi). ». Ce récit, s'il dépasse les limites de l'horreur audible, ne permet plus d'identification et amène au désintéret, voir au rejet. « Rejet identique vis-à-vis des alcool-toxicomanes [sic], par exemple, qui de rechute en rechute montrent qu'ils ne « veulent pas guérir » et dont les soignants ont, dans l'ensemble, tendance à se désintéresser rapidement. » (2001, p297-298)

De même, nous aimerions rappeler que nous avons tous des représentations et préjugés sur ce qui n'est pas encore connu. Les préjugés, voir le rejet<sup>24</sup>, sont spécialement fréquents vis-à-vis de cette population.

---

<sup>24</sup> Une enquête faite par le département de sociologie de l'Université de Genève met en avant, que les personnes sans-abri qui mendient sont rejetées par 36% de la population, que 27% des gens pensent qu'ils devraient être chassés des zones piétonnes. (Cattacin, Gerber, Sardi, Wegener, 2006, p26).

Etre conscients de ces idées préconçues qui nous habitent, aide à les laisser ensuite de côté, pour découvrir qui est la personne qui est en face de nous.

Chaque personne a ses propres représentations, même si elles sont souvent un produit que véhicule la société. Certaines idées préconçues ressortent, comme : une personne SDF est automatiquement alcoolique ou « toxico », c'est quelqu'un de sale, « qui pue », il faut s'en méfier, « on ne sait jamais », « SDF c'est un choix pour certains<sup>25</sup> », « en hiver c'est plus dur<sup>26</sup> » (Mougin, 2005).

Quant aux personnes sans statut légal ou avec une NEM, certains préjugés ressortent régulièrement tels que : « la Suisse est submergée par l'afflux de requérants d'asile », « les migrants utilisent abusivement la filière de l'asile pour venir en Suisse », « les requérants d'asile reçoivent plus d'argent que les Suisses dans le besoin », « les requérants d'asile sont des délinquants en puissance », etc.

(Vivre ensemble & AGORA, 2005, p 1-22).

Ces a-prioris affectent ainsi, également, les personnes SDF qui en sont victimes, en altérant leur estime d'eux-mêmes et en diminuant leurs capacités à faire preuve de résilience. Cela peut également être un obstacle que de devoir venir chercher de l'aide, consulter, recevoir des soins. Il est donc primordial pour le soignant, de connaître les effets de ces préjugés et de s'efforcer de ne pas entrer dans ce mode de penser ou de percevoir cette population.

La personne, ayant un problème de toxicomanie a, souvent, une « peur de l'hospitalisation, de ne plus pouvoir consommer, de devoir reconnaître sa dépendance, de la gestion de la méthadone » (entretien professionnel n°2), ce qui peut susciter des craintes pour consulter et amener, en outre, une non-compliance dans les traitements. Cela peut être une difficulté pour le soignant, qui se sent démuni. Nous mettons cet état de fait en lien avec un idéal du soin, de la santé et du « bon » soignant, que présente le professionnel de la santé. Nous pensons, que cet idéal perturbé, dans ces situations, amène un malaise, une peur et parfois un désinvestissement.

La relation de confiance est, dans ce cas, essentielle à construire. Cela peut être difficile, étant notamment dû au temps à disposition, lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation.

Le soignant a, en outre, une fonction de lien avec la société. Thelen (2004) parle de « passerelles » qu'aurait la personne SDF. Celles-ci seraient la famille qui, par de ruptures fréquentes, amènerait à une désocialisation, la mendicité qui amène parfois un contact, le corps, en tant qu'interface de la relation au monde, la consommation ou l'alimentation qui donnent une place dans la société, et finalement le domaine de la santé, où nous nous retrouvons. Dans ce domaine, Thelen relève des obstacles à ce que ce lien se tisse, comme une faible estime de soi, un manque de respect de sa propre valeur, le désir de garder le contrôle de sa vie, une difficulté à s'ajuster aux règles temporelles, ainsi que des problèmes administratifs et économiques (pp4-5).

Ces « passerelles » sont importantes pour la personne SDF, dans une optique de socialisation mais aussi, en tant que ressources, qu'il s'agit de favoriser, déjà à notre niveau.

---

<sup>25</sup> Ce qui est extrêmement rare. Il s'agit souvent d'un choix entre « la peste et le choléra ». Il est parfois plus facile de dire « avoir choisit la « rue » » que de paraître la victime.

<sup>26</sup> En hiver, il est vrai qu'il fait froid, mais les moyens mis en place sont plus importants, l'opinion publique est alertée. En été, il y a les vacances, l'oubli...

#### **4. Pour notre part...**

Ce travail nous a permis de nous familiariser avec le monde de « l'absence de domicile fixe », de « la clandestinité », de « la toxicomanie » et de « la précarité ». Cela nous amènera certainement à une sensibilité et compréhension plus grande par rapport à cette population ainsi qu'aux problématiques qui s'en rapprochent. Nous pensons être plus à même, d'accompagner quelqu'un se trouvant dans une telle situation, même si cela est toujours à développer.

Ce qui n'est pas connu suscite des appréhensions, une certaine crainte et parfois même un jugement. Ce travail fut très enrichissant pour nous. Nous ne pouvons qu'encourager les autres professionnels, à entrer en contact, sans se mettre sous pression, dans une démarche d'ouverture avec cette population qui a beaucoup à nous apprendre.

---

## IX. Limites de la recherche

La thématique que nous avons choisi de traiter dans ce travail de recherche est complexe et comporte plusieurs problématiques à différents niveaux. En effet, celle-ci nous confronte à des difficultés économiques, de santé communautaire et surtout politiques. Ainsi, nous pouvons comparer notre question de recherche à une goutte d'eau dans un océan...

Chacun de ces axes, que nous n'avons pas pu développer, pourrait être approfondi et faire l'objet d'une future recherche. Notre travail est général, et se base principalement du point de vue des personnes SDF. Il serait, par exemple, intéressant de se pencher sur la façon de prendre en charge ces personnes par les infirmières en milieu hospitalier ou sur l'influence qu'ont la politique et l'économie sur celle-ci.

De plus, la population SDF est très variée et composée de plusieurs catégories de personnes. En fonction du temps et des moyens que nous avons à notre disposition pour réaliser cette recherche, nous avons dû sélectionner un échantillon de personnes bien précis. C'est essentiellement pour cette raison, que nous n'avons pas été en mesure de toucher à toutes les spécificités de cette population. Les interviews que nous avons effectuées ont été réalisées uniquement par l'intermédiaire des lieux d'accueil. Ce fut donc plus facile à entrer en contact et trouver des personnes volontaires dans le laps de temps qui nous était imparti. De ce fait, nous n'avons pas pu atteindre les personnes SDF que l'on pourrait considérer comme les plus « clochardisées », celles-ci ne fréquentant pas les lieux d'accueil où nous sommes allés.

Cela aurait peut-être pu changer nos données et amener d'autres dimensions à notre travail. Ceci serait à vérifier, en touchant cette frange de la population.

Au début de notre recherche, nous ne connaissions pas bien le sujet, et de ce fait, certaines questions n'étaient pas forcément des plus pertinentes. Nous pensons, qu'avec davantage de connaissances préalables, nous aurions pu être plus précis et ciblés. Il est vrai que, lorsque nous avons interrogé des professionnels, nos questions sur « la prise en charge des personnes SDF » auraient été plus adaptées et plus utiles à notre recherche, si nous l'avions fait en fin de travail. Cela nous aurait permis de développer davantage les perspectives professionnelles.

---

## X. Conclusion

Arrivés au terme de cette recherche, nous ne sommes pas au bout de ce sujet. Celui-ci est tellement vaste qu'il pourrait être analysé encore longtemps.

Nous voyons, que la personne SDF présente des risques et des ressources, comme tout individu mais, que ses ressources sont souvent insuffisantes pour compenser les risques et les problèmes induits par son absence de domicile fixe et la difficulté à satisfaire ses besoins physiologiques.

Le soignant a une place non négligeable à prendre dans l'accompagnement de cette population. Une dimension plus large que celle du champ socio-sanitaire est à considérer. Le soignant a un rôle en tant que personne, que citoyen et en tant que professionnel.

Toute personne, quelle soit professionnelle de la santé, du social ou non, se trouve parfois confrontée à des personnes SDF, accostée même quelque fois, interpellée. Les personnes toxicodépendantes chez qui l'on remarque les ravages de la drogue peuvent susciter une incompréhension, une peur, voir un dégoût. Une personne étrangère peut, comme ce mot l'indique, être vue comme étrange, voire dangereuse. Les préjugés sont nombreux. La crainte de l'altérité est souvent tenace. En être conscient, est un premier pas vers le respect d'autrui.

Nous observons beaucoup de mesures pour répondre à des besoins, souvent réels, que présentent les personnes SDF, mais aucune réelle réflexion et action sur les raisons qui amènent ces personnes dans cette précarité, ceci particulièrement au niveau des personnes sans statut légal. Il est plus facile, en effet, de répondre à des besoins, d'assister même des personnes, que d'investir pour éviter de telles situations. Notre rôle est d'en prendre conscience et d'essayer d'agir en conséquences. Voir quelqu'un souffrir de la faim ou du froid sans rien faire, n'est pas politiquement correct. Les mesures instaurées peuvent parfois servir à se donner une bonne conscience, une bonne image, même si elles ne résolvent rien.

A ce niveau, la politique face aux étrangers en Suisse paraît flagrante dans son paradoxe. Il y a une volonté de rendre la Suisse non-attractive, que cela soit en refusant de délivrer des permis de travail, de séjour à de nombreux ressortissants de divers pays, ou en refusant l'aide sociale, ou l'assistance, et même le logement, aux personnes déboutées de l'asile. De l'autre côté, les migrations continuent, les besoins en main d'œuvre peu qualifiée, essentiellement dans les domaines de l'hôtellerie, l'agriculture et du bâtiment, demeurent. Certains travailleurs sans statut légal sont assurés, cotisent à l'AVS, mais ne sont pas censés être là et peuvent donc être renvoyés à tout instant. Quant aux personnes avec une NEM, leur présence est connue, de même que les conditions auxquelles elles sont astreintes, mais cela reste caché, hors des statistiques. L'insertion pour ces personnes-là est-elle envisageable ? La réinsertion pour des personnes toxicodépendantes est-elle possible ? Peut-être cela pourrait-il être la base et la solution aux problèmes ? Est-ce illusoire que d'y penser ?

---

La Suisse est le siège de nombreuses organisations prônant les droits de l'Homme. La Constitution Fédérale parle de dignité humaine qui doit être respectée et protégée (article 7), d'égalité envers tous les humains, quel que soit son origine, sa situation sociale (art. 8). Elle affirme que « Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine » (Art. 12). Lorsqu'une personne sous le coup d'une NEM se voit retirer son logement, qu'elle n'a pas de possibilité de gagner sa vie, et ne peut pas retourner dans son pays, quand elle n'a droit qu'à une aide d'urgence permettant juste de survivre, que les lois sur l'asile et que les assurances se durcissent : où est la dignité humaine ?

Cette politique n'est que la pointe de l'iceberg, sa base se trouvant au sein de la population suisse. Les politiciens sont élus, les lois votées. Nous constatons une peur de « l'Autre » qui, présente, amène un rejet entretenu par divers préjugés. Les soins infirmiers, dans leur déontologie, leurs valeurs, s'y inscrivent à contre-courant. Jusqu'à quand ? Quand est-ce que le courant sera trop fort ? Sera-t-il possible de l'inverser un jour ?



---

## XI. Bibliographie

### Livres :

- ADAM, E. (1991) *Etre infirmière*, Laval, Editions Etudes Vivantes.
- AGUILERA & MESSICK (1976) *Intervention en situation de crise*, Toronto, Mosby.
- ALLIN-PFISTER, A.-C. (2004) *Travail de fin d'études: clés et repères*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre.
- AMAR, B. & GUEGUEN J.-P. (2003) *Soins infirmiers I: concepts et theories, demarche de soins*, Paris, Editions Masson.
- ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (1998) *Les infirmière et la recherche : principes éthiques*, Berne, ASI.
- BEDARD, L. & DEZIEL, J. & LAMARCHE L. (1999) *Introduction à la psychologie sociale: vivre, penser et agir avec les autres*, St-Laurent, Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- CARRETEIRO, T. C. (1993) *Exclusion sociale et construction de l'identité*, Paris, L'Harmattan.
- CHALIFOUR, J. (1989) *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*, Paris, Editions Gaëtan Morin.
- CYRULNIK, B.(1999) *Un merveilleux malheur* , Paris, Editions Odile Jacob.
- DECLERCK, P.(2001) *Les naufragés : avec les clochard de Paris*, Saint-Amand-Montrand, Editions Pion, collection terre humaine.
- KÜBLER ROSS Elisabeth (1981), *La mort, dernière étape de la croissance*, Paris, Le Hameau-Quebec.
- LAPLANTINE, F. (1986) *Anthropologie de la maladie*, Paris, Editions Payot.
- LE ROUX, Y. & LEDERMAN, D.(1998) *Le cachalot, mémoire d'un SDF*, Paris, Editions Ramsay.
- LAZARUS, S. & FOLKMAN, R. S. (1984) « Coping and adaptation » in GENTRY, W.D. (Ed.) *Handbook of behaviour medicine*, New-York, Guilford, pp 282-325.
- MASLOW, H. A. (1970) *Motivation and Personality*, New York, Harper and Row.
- MASLOW, H. A. (1972) *Vers une psychologie de l'Etre*, Paris, Fayard
- MATHIER, I. (2001) *Recueil de fiches méthodologiques*, Genève, Institut d'études sociales.
- MICHAL, M (1992). *Le stress*, Bâle, Editiones Roche.
- MOUGIN, V. (2005) *Idées reçues : les SDF*, Paris, édition le cavalier Bleu.
- MUCCHIELLI, A.(1981) *Les mécanismes de défense*, Paris :Presses universitaires de France (collection : Que sais-je ?).

- 
- POLETTI, R. & DOBBS, B.(2001) *La résilience : l'art de rebondir*. St-Julien-en-Genevois Cedex, Editions Jouvence.
  - REGAMEY, C. & GROPETTI, H.(1999) *Minimum pour vivre, étude de diverses normes*, Lausanne, éditions La Passerelle (CSP).
  - SCHWOB, M. (1999) *Le stress*, Paris, Flammarion.
  - SEGAL, J. (1986) *Winning's Life toughest Battles-Roots of human Resilience*, New-York, Mc Graw Hill.
  - SELYE, H. (1975 [1956]) *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation*, Paris, Editions Gallimard.
  - SOURNIA, J. CH. (1992) « La notion de santé », in BERNADIS, M. A. (Ed.) *L'homme et la santé*. Paris. Seuil
  - TOURNIER, P. (1985) *L'homme et son lieu*, Neuchâtel-Paris, Editions Delachaux & Niestlé.
  - WOLIN, S. & WOLIN, S.(1993) *The Resilient Self*, New-York, Villard.
  - WRIGHT, Bob (1987), *La crise : manuel d'intervention à l'usage des infirmières*, Paris, Maloine.
  - ZENEIDI-HENRY, D. (2002) *Les SDF et la ville : géographie du savoir survivre*, Paris, Editions Bréal.

### Articles :

- ANAUT, M. (2005) « Le concept de résilience et ses applications cliniques », in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, pp4-11.
- ANDRE, C. (2005) « L'estime de soi », in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, pp26-30
- ANDRE, C. (2004) « Estime et mésestime de soi », in *Recherche en soins infirmiers*, n°78, pp 4-5.
- BODENMANN, P., DEPALLENS, S., VILLANUEVA, SCHOCH, M., PUELMA, M.-J., PECOUD, A., GEHRI, M.(2003) « Etre malade et « sans papier » à Lausanne : quo vadis ? », in *Médecine et Hygiène*, n°61, pp. 2023-2028.
- BRUCHON-SCWEITZER, M. (2001) «Le coping et les stratégies d'ajustement au stress », in *Recherche en soins infirmiers*, n°67, pp 68-80.
- CHABROL, H. (2005) « Les mécanismes de défense », in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, pp 31-42.
- DUFOUR, R. (1997) « L'empowerment ? oui mais encore... » in *L'Intégral : bulletin de liaison de « Naître égaux - grandir en santé »*, Volume 4, n°1, pp1-2.
- ENNUYER, B.(2003) « Logement, domicile, habitat », in *Documents-CLEIRPPA*, n°12, p7.
- FARINONE, M.-P. (1993) « Le concept de crise » in *Revue Gérontologie*, n°88, pp26-27.

- 
- GILLIARD, D. (2005) « La résilience : Un modèle utile en santé publique », in *Repère social*, n°66, pp 6-7
  - GUILLOD, O., (1988) « Maintien à domicile ou placement : le jeu de lois » in *Le maintien à domicile : quel avenir ?*, éditions Médecine et Hygiène, pp 83-84.
  - HERZOG, S., DEBONS MINARR, F., GILL, D. (2005) «Dossier asile» in *Repère social*, n°65, pp. 4-12.
  - HSU, E. (1993-1994) «Schmerz, Individuum und Gemeinschaft» , in *Les frontières du mal : approches anthropologiques de la santé et de la maladie/ Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld des Kulturen*, *Etnologica helvetica* 17-18, pp65-74.
  - LAMARRE, H. (1997) « Mais comment favoriser l' « empowerment » de la clientèle? » in *L'Intégral : bulletin de liaison de « Naître égaux - grandir en santé »*, Volume 4, n°1, pp 3-4.
  - MARCHAND, G. (2002) « De l'esprit au corps : la psychosomatique », in *Sciences Humaines*, n°124, pp16-22.
  - MONNET, V., VOS, A. (2006) « La Suisse, si riche si pauvre », in *Campus : magazine de l'université de Genève*, n°80, pp 14-29.
  - PIDOUX, J. « Les toxico se refilent davantage leurs seringues », in *Le Matin Bleu* du 11.05.06, p2.
  - RAPPAPORT, J. (1984) « Studies in « empowerment » : introduction to the issue » in *Prevention in human services*, n°3, pp1-2.
  - THIRION, M. (1994) “L'équilibre de sommeil, la régulation jour-nuit”, in *Les compétences du nouveau-né*, pp.288-298.

### Cours :

- BEDIN, M.-G. (2003) *Principes de bioéthiques*, Cours donné à Lausanne, Haute Ecole de la Santé La Source.
- CHAPPUIS, M. (2005) *Initiation à la recherche : Panorama de quelques instruments d'enquête*, Cours donné à Lausanne, Haute Ecole de la Santé La Source.
- MOSER, C. (2002) *Définition du concept de crise en regard de différentes disciplines et différents auteurs*, Cours donné à Lausanne, Ecole de soins infirmiers Bois-Cerf.
- ROHRBASSER, Y (2002). *cours sur La Santé*, Cours donné à St-Loup, Haute école de la santé Bois-Cerf/Saint-Loup.
- THELEN, L. (2004), *Sociologie du sans-abrisme : la rue telle que vécue par les sans-abri*, cours donné à Fribourg, Université de Fribourg, faculté de sociologie.

---

## Documents non publiés:

- CATTACIN, S., GERBER, B., SARDI, M., WEGENER, R. (2006) *Monitoring misanthropy and righthwing extremist attitudes in Switzerland*, Travail de recherche, Genève, Université de Genève, département de sociologie.
- DENTAN, A., DUPERTUIS, V., ZIEGLER, G. (2000) *Etude pour la mise en place d'une coordination du dispositif seuil bas destiné aux personnes toxicodépendantes à Lausanne*, Travail de recherche, Lausanne, Rel'ier.
- DEPARTEMENT FEDERAL DE JUSTICE ET POLICE DFJP, OFFICE FEDERAL DES MIGRATIONS ODM (2005), *Rapport de monitoring NEM 4<sup>ème</sup> trimestres 2004 : répercussions de l'exclusion des personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière en force du dispositif d'aides sociale de l'asile*, Berne-Wabern, DFJP&ODM.
- KOPF, F. (2004) *Le marché de l'asile helvétique, une politique de dissuasion rentable*, Travail de recherche, Lausanne, Université de Lausanne, faculté des SSP.
- LE PASSAGE (2005) *Enquête situation logement des usager-ère-s du Passage au 31.10.05*, Enquête interne, Lausanne, Le Passage.
- OSAR. (2004) *Recommandations de l'organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR sur l'aide d'urgence destinée aux personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière (NEM)*, Circulaire, Berne, OSAR.
- PRSI (Commission Protestante Romande Suisses-Immigrés) (2005) *Quand on NEM, on ne compte pas*, Flyers, Lausanne, PRSI.
- TERRE DES HOMMES-AIDE A L'ENFANCE (2006) *Les lois sur l'asile et les étrangers violent les droits de l'enfant*, brochure : résumé d'étude juridique, Mont-sur-Lausanne, Fondation Terre des Hommes.
- VALLI, M. (2003) *Les migrants sans permis de séjour à Lausanne*. Rapport de recherche. Lausanne, Municipalité de Lausanne.
- VIVRE ENSEMBLE & AGORA (2005) *Halte aux abus !? Réponse à 10 préjugés sur l'asile*, brochure, Genève, Vivre ensemble & AGORA.

## Encyclopédies et dictionnaires :

- BOURNEUF, J., DOMART, A. (1985) *Dictionnaire de la médecine*, Paris, Larousse.
- *Le Maxidico*, Paris, Editions de la Connaissance, 1996.
- SILLAMY, N. (1983) *Dictionnaire usuel de psychologie*, Paris, Bordas.

---

## Ressources électroniques :

- CHANCELLERIE FEDERALE. *Code civil suisse : état le 27 décembre 2005 : Domicile* (En ligne). (page consultée le 08.06.06)
- CHANCELLERIE FEDERALE. *Constitution fédérale : état le 04 avril 2006 : Droits fondamentaux* (En ligne) [www.admin.ch/ch/f/rs/101/a12.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/a12.html) (page consultée le 26.06.06)
- COMITE DES YVELINES D'EDUCATION POUR LA SANTE (2003) *Les différents stades de la prévention* (en ligne) [http://www.cyes.info/themes/promotion\\_sante/prevention.php](http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/prevention.php) (page consultée le 03.07.06)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1986) *Charte d'Ottawa* (en ligne) [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French) (page consultée le 03.07.06)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *La définition de la santé de l'OMS* (En ligne). [www.who.int/about/definition/fr/](http://www.who.int/about/definition/fr/) (page consultée le 12.08.05)
- PAGES DE GAUCHE, *Les pauvres sont difficiles à compter : et pourquoi ?* (En ligne). <http://www.pagesdegauche.ch/index.php?option=content&task=view&id=207&Itemid=25> (page consultée le 30.06.06)
- PAGES DE GAUCHE, *Sans logement, sans arguments pour en retrouver un !* (En ligne). <http://www.pagesdegauche.ch/index.php?option=content&task=view&id=136&Itemid=25> (page consultée le 30.06.06)
- SAUMIER, A. *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* (En ligne). [www.college-em.qc.ca/prof/asaumier/msh/default.htm](http://www.college-em.qc.ca/prof/asaumier/msh/default.htm) (page consultée le 20.06.05)

## **XII. Annexes**

Annexe I : réponses aux sondages. Graphiques.

Annexe II : entretiens personnes SDF

Annexe III : Classement des données des entretiens des personnes SDF

Annexe IV : Entretiens professionnels

## Réponses au sondage :

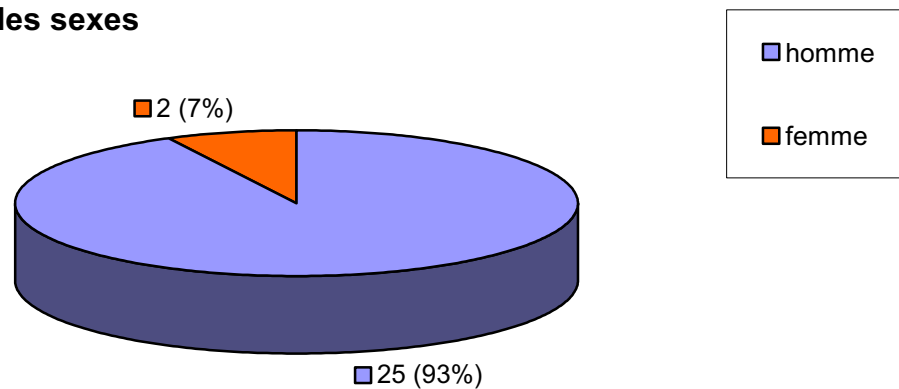
Nous avons reçu 27 sondages, remplis, de différents lieux d'accueil de Lausanne fréquentés par des personnes sans domicile fixe. Tous n'ont pas répondu à toutes les questions.

**Ce sondage n'a pas la prétention d'être quantitatif, notre désir était d'avoir un aperçu des besoins de ces personnes.**

### *Données personnelles et contexte... - Qui a répondu à ce sondage ?*

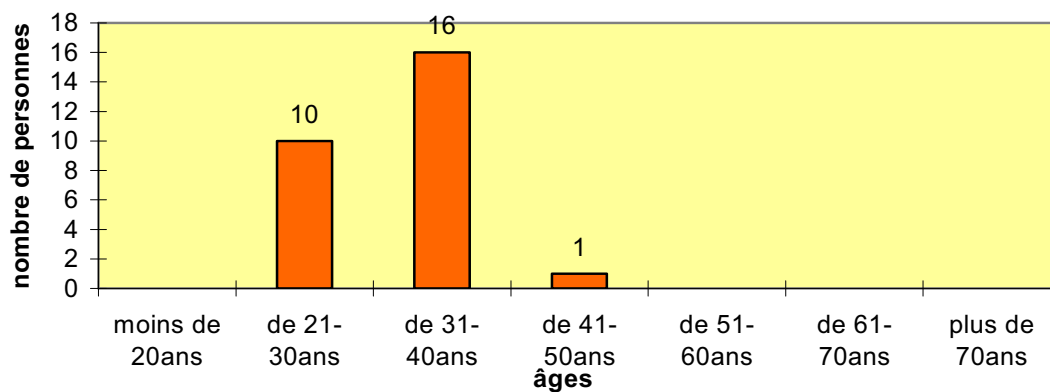
#### Question 1 :

##### Répartition des sexes

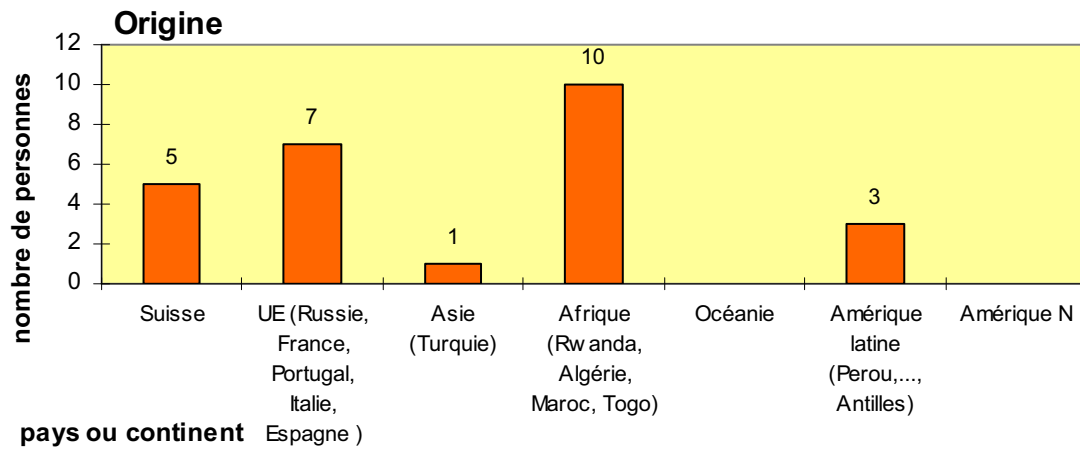


#### Question 2 :

##### Ages des personnes SDF ayant répondu

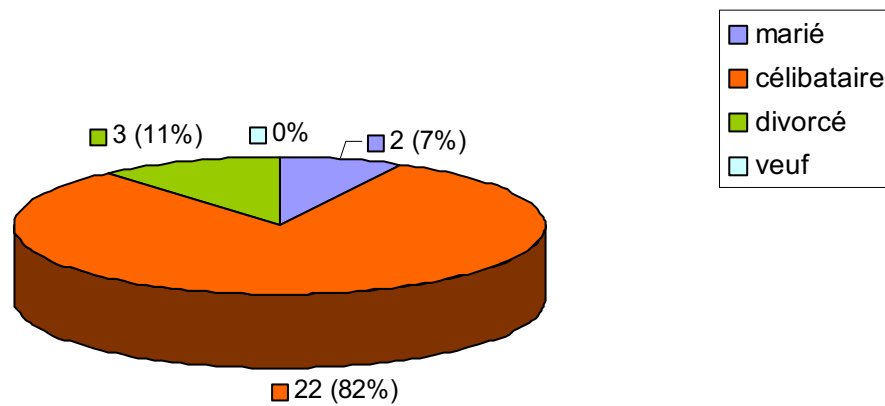


**Question 3 :**



**Question 4:**

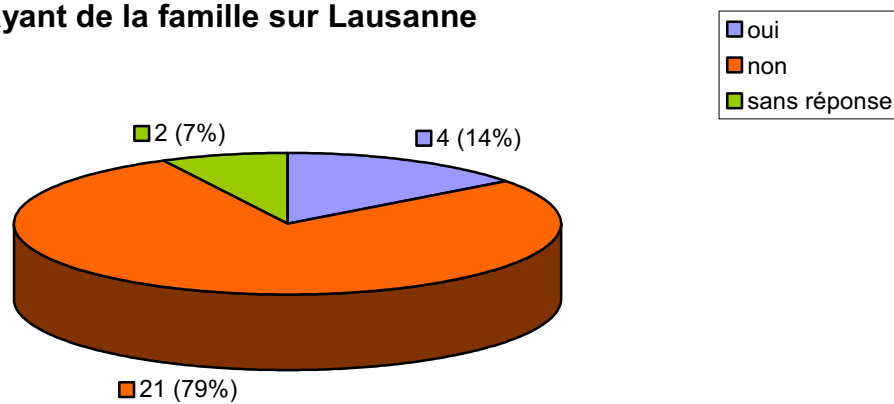
**Etat civil**



*Parmi les 2 personnes mariées qui nous ont répondu, l'une était séparée.*

**Question 5 :**

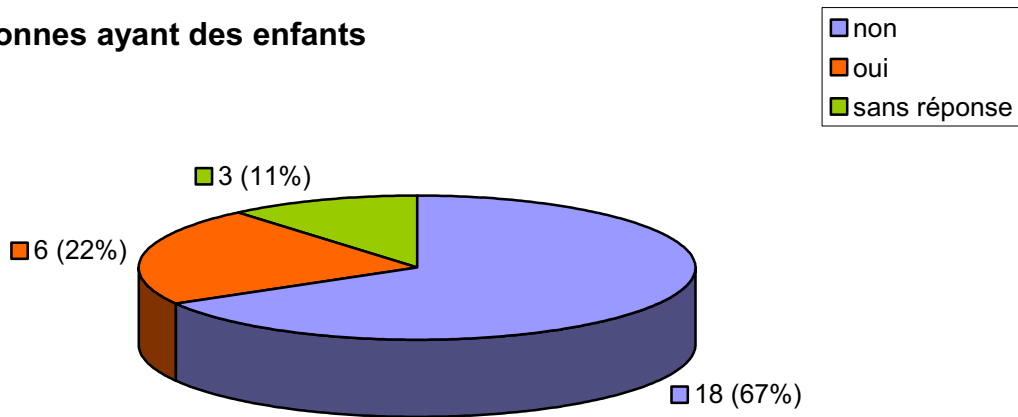
**Personnes ayant de la famille sur Lausanne**





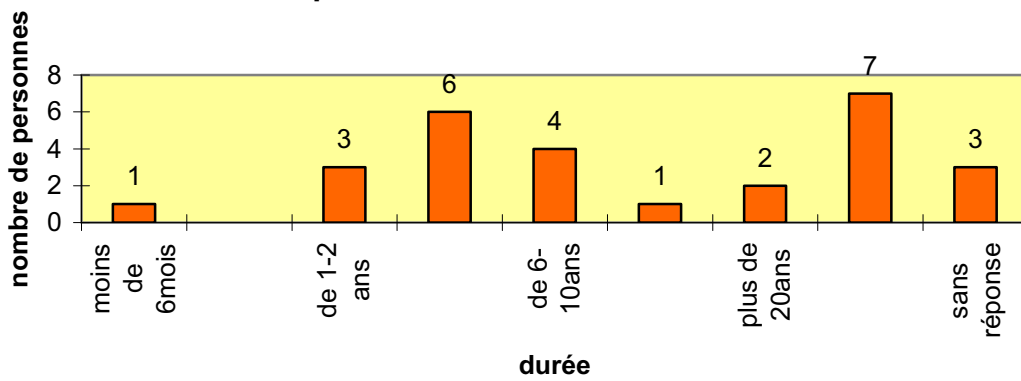
**Question 6 :**

**Personnes ayant des enfants**



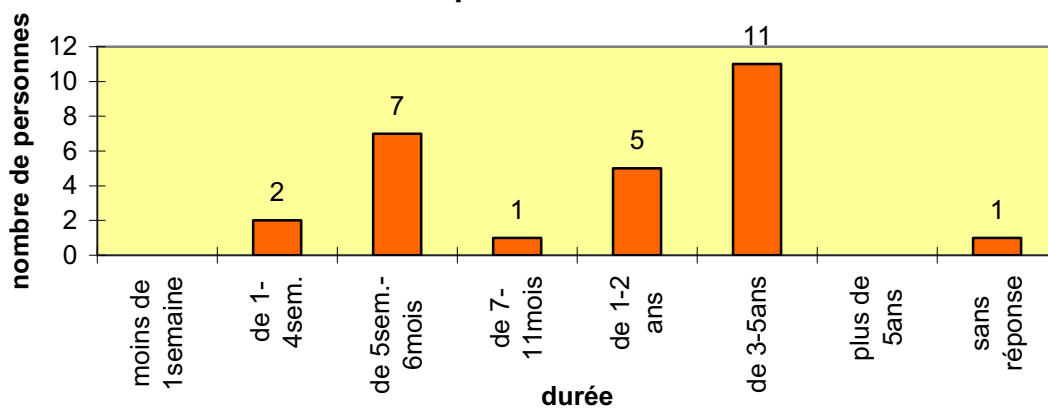
**Question 7 :**

**En Suisse depuis...**



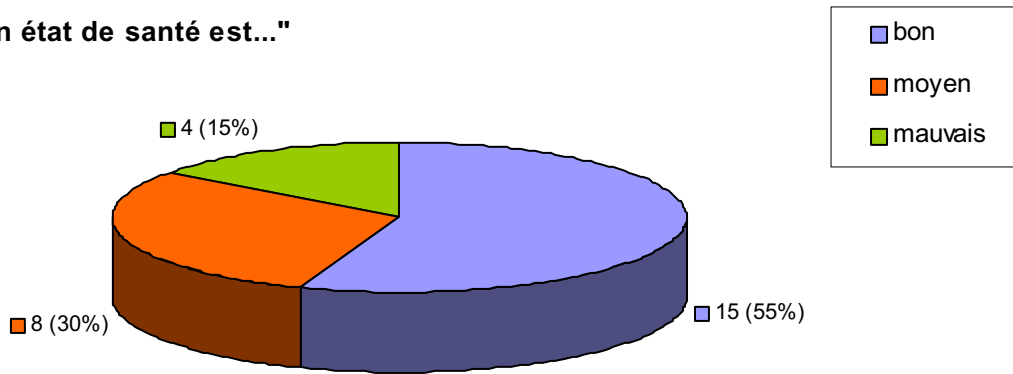
**Question 8 :**

**Sans domicile fixe depuis...**



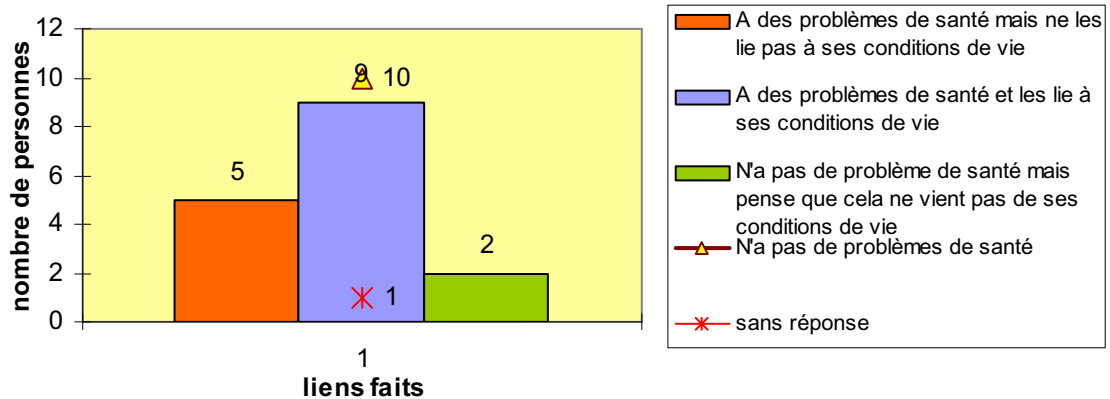
**Question 9 :**

**"Mon état de santé est..."**



**Question 10 :**

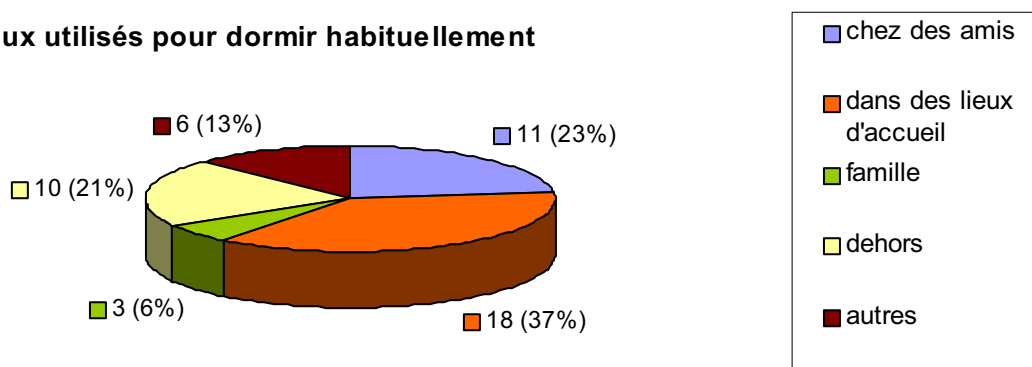
**lien entre la santé et les conditions de vie**



***Dormir, se reposer***

**Question 11 :**

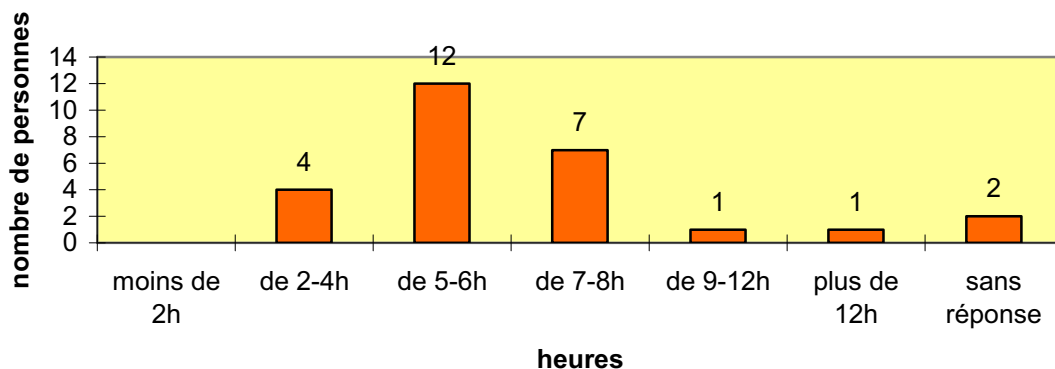
**Lieux utilisés pour dormir habituellement**



On remarque dans les sondages que les lieux utilisés ne sont pas toujours les mêmes pour la même personne, d'où plus de 27 réponses (48 lieux). On peut voir certaines personnes dormant habituellement chez des amis, et d'autres être tantôt dehors, tantôt dans des lieux d'accueil, ou encore ailleurs. Des 3 personnes dormant parfois chez des membres de la famille, deux étaient les seules femmes ayant répondu au sondage. Les « autres » sont : location de chambre chez un particulier, hôtel, pension ou caravane.

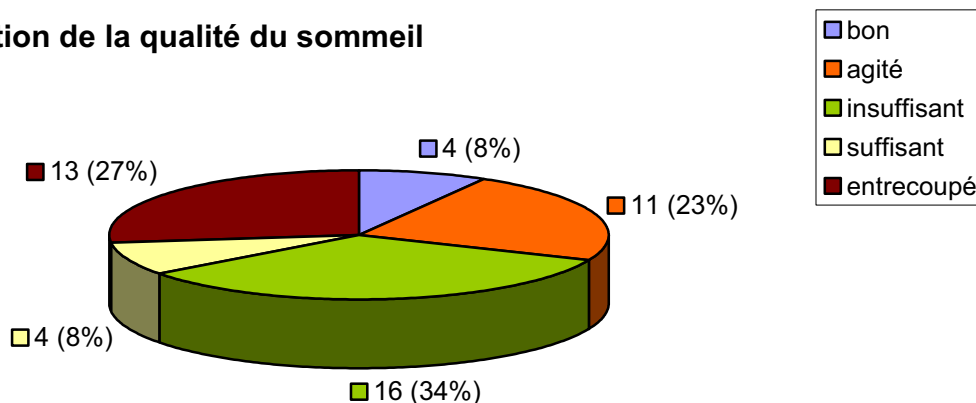
**Question 12 :**

**Nombre d'heures de sommeil par nuit en général**



**Question 13 :**

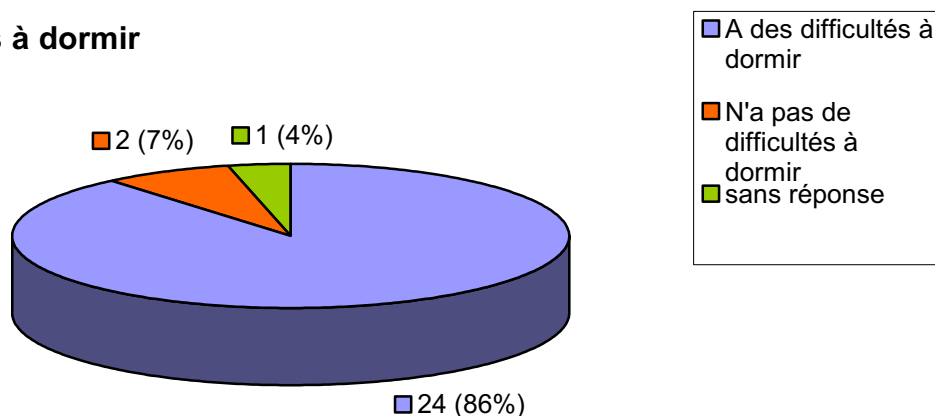
**Estimation de la qualité du sommeil**



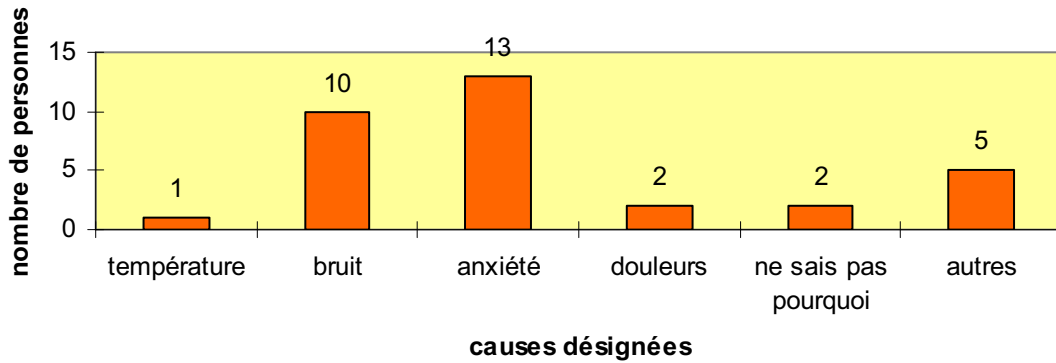
Les personnes qualifiant leur sommeil de bon et suffisant dormaient soit chez des amis, soit chez de la famille ou dans une chambre louée.

**Question 14 :**

**Difficultés à dormir**

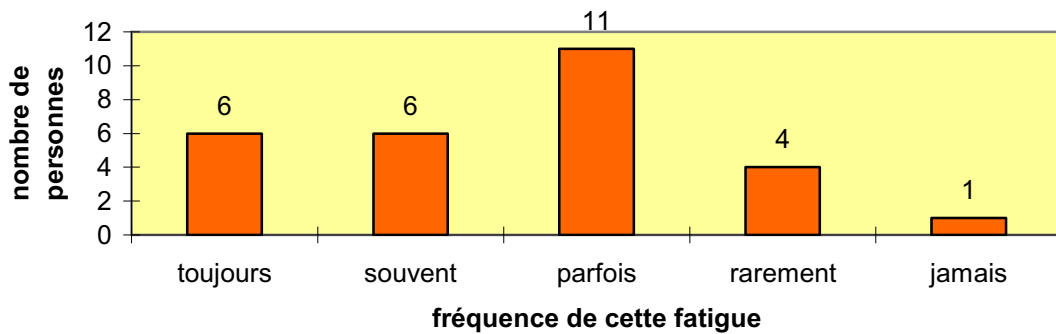


### Pourquoi ces difficultés ...



Dans les autres : Insécurité, angoisses, problèmes de vie, problèmes affectifs, administratifs, de santé, les mauvaises odeurs, l'habitat, les matelas et sommiers en mauvais état, et le manque (drogue) ont été relevé.

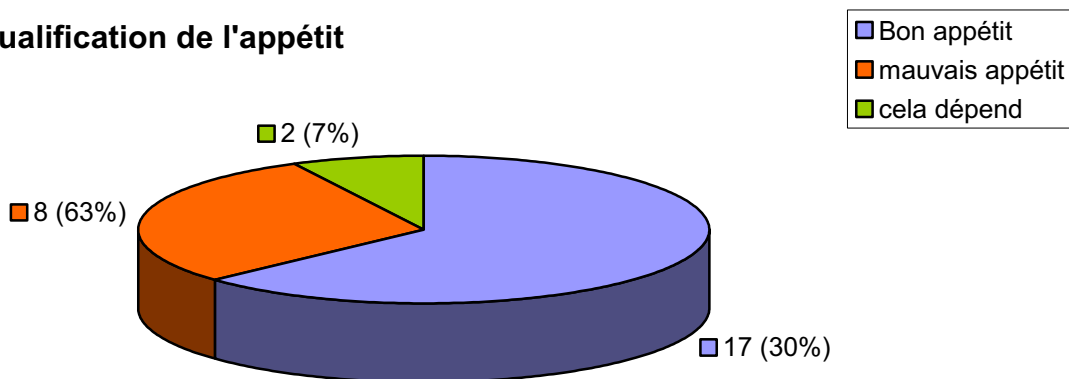
### fatigue journalière



## XIII. Boire et manger

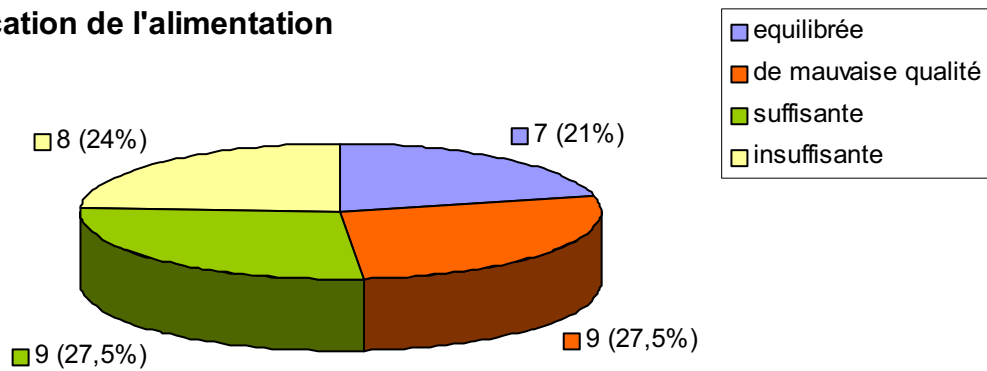
Question 15 :

### Qualification de l'appétit



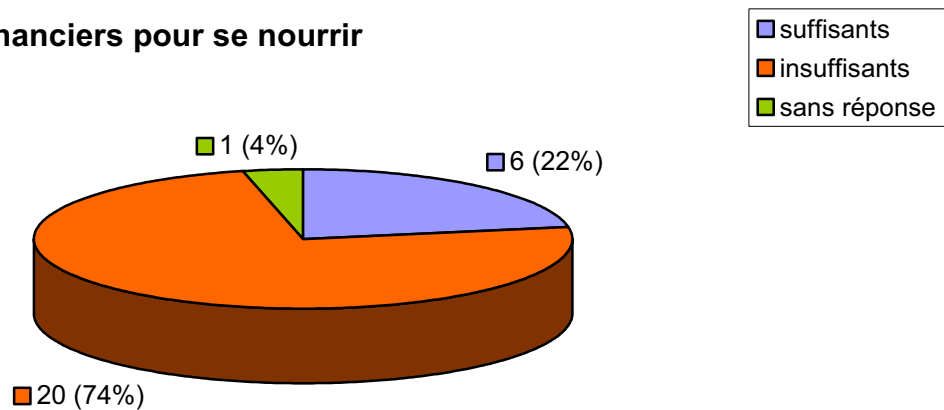
## Question 16 :

## Qualification de l'alimentation



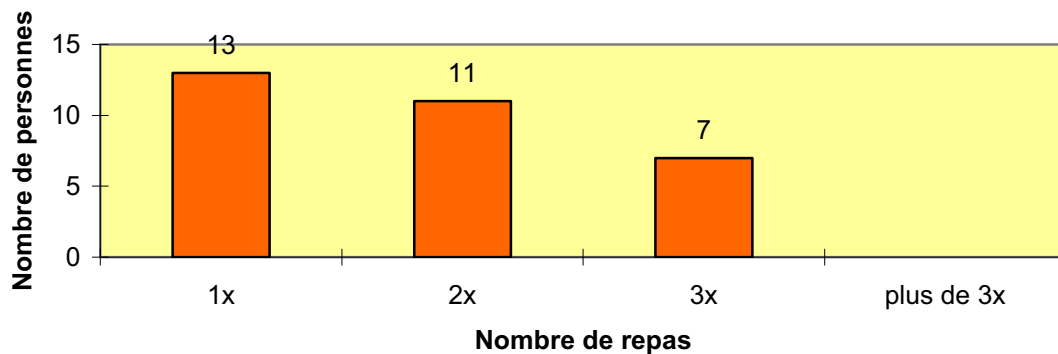
## Question 17 :

## Moyens financiers pour se nourrir



## Question 18 :

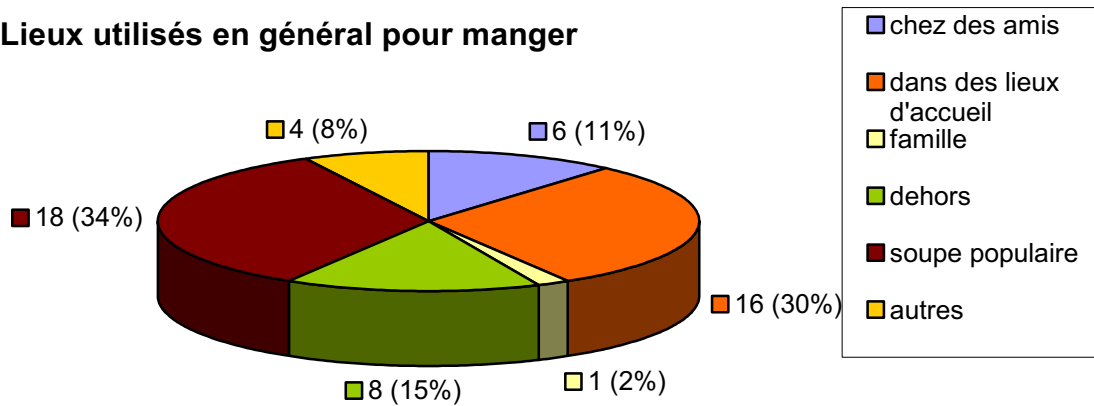
## Nombre de repas par jour



A noter que certains ont coché deux cases, ce qui donne 31 réponses au lieu des 27 « attendues ».

**Question 19 :**

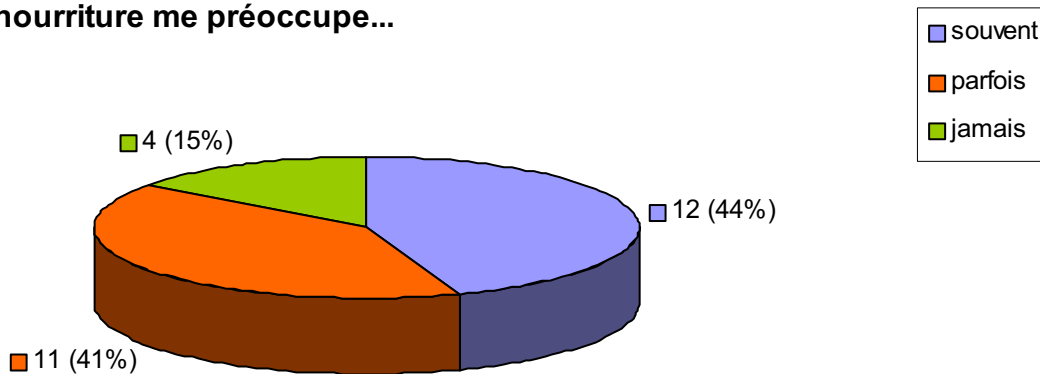
**Lieux utilisés en général pour manger**



Tout comme les lieux utilisés pour dormir, les lieux utilisés sont nombreux et variables, sur 27 sondages, il y a 54 réponses. Dans les autres lieux il y a : la Pastorale avec des cornets à l'emporté, les poubelles, les centres chrétiens, et dans une caravane.

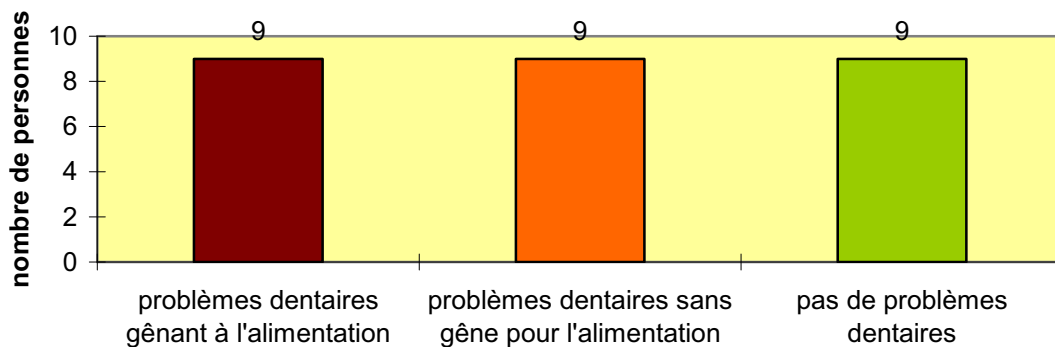
**Question 20 :**

**La nourriture me préoccupe...**



**Question 21 :**

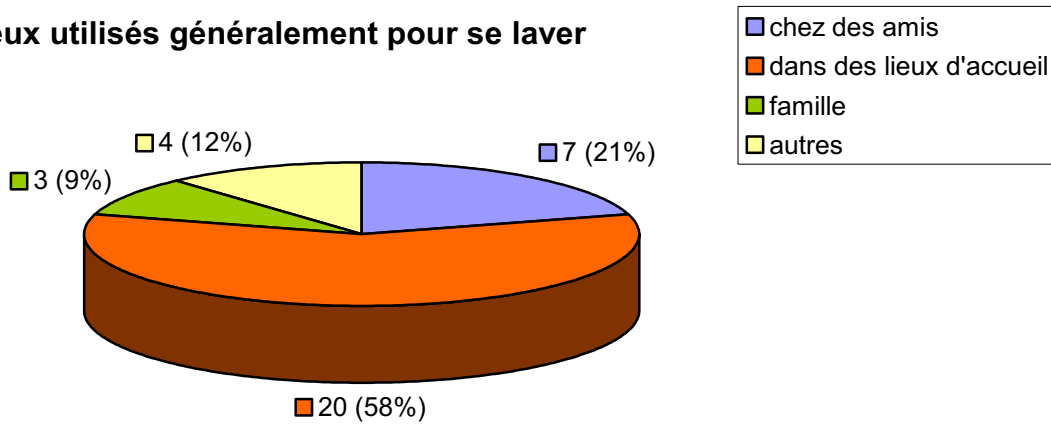
**Etat dentaire et conséquences sur l'alimentation**



## XIV. Hygiène, soins

### Question 22 :

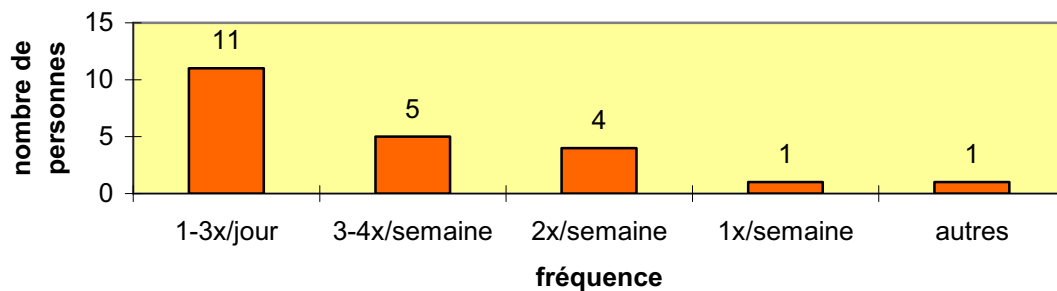
#### Lieux utilisés généralement pour se laver



Sous « autres » il y a : douche dans la chambre louée, à la bibliothèque, à l'hôtel, les toilettes du camping.

### Question 23 :

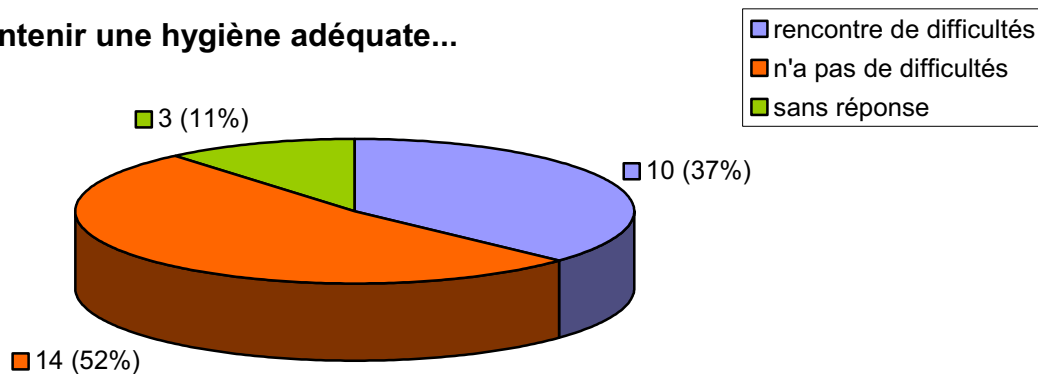
#### Fréquence avec laquelle les personnes interrogées se lavent



Autres : parfois.

### Question 24 :

#### Maintenir une hygiène adéquate...

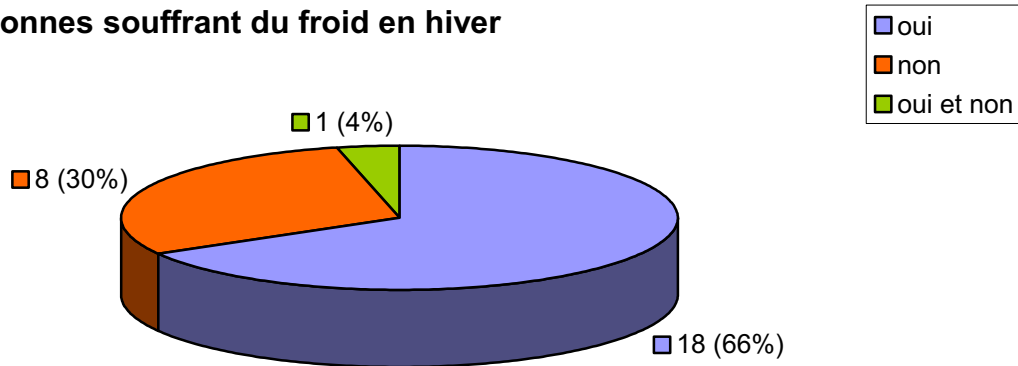


Les difficultés relevées sont : le manque de lieux adéquats pour les sans-abri, des difficultés à être propre, le fait de devoir « marcher pour se doucher, le shampooing et le savon nul et l'eau plein de calcaire et qui provoque que tu grattes », difficultés pour laver ses vêtements, l'absence de douche, shampooing et savon.

## Maintenir sa température

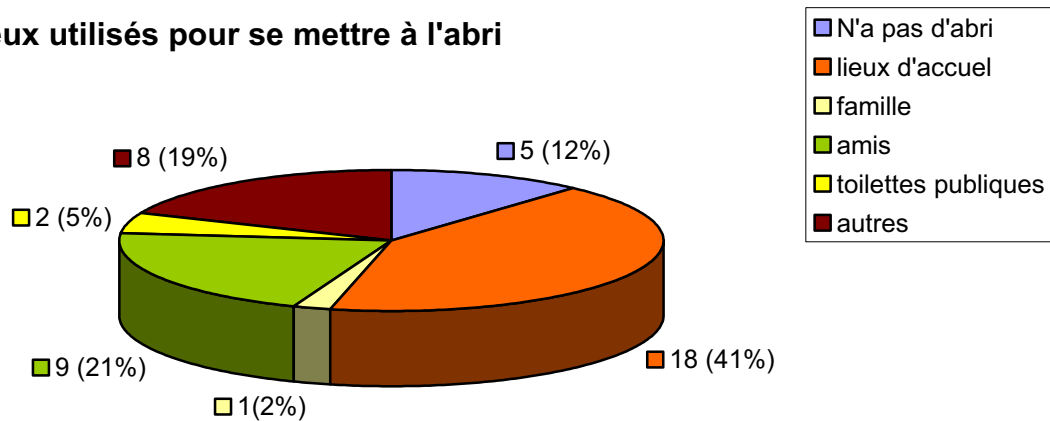
### Question 25 :

#### Personnes souffrant du froid en hiver



### Question 26 :

#### Lieux utilisés pour se mettre à l'abri

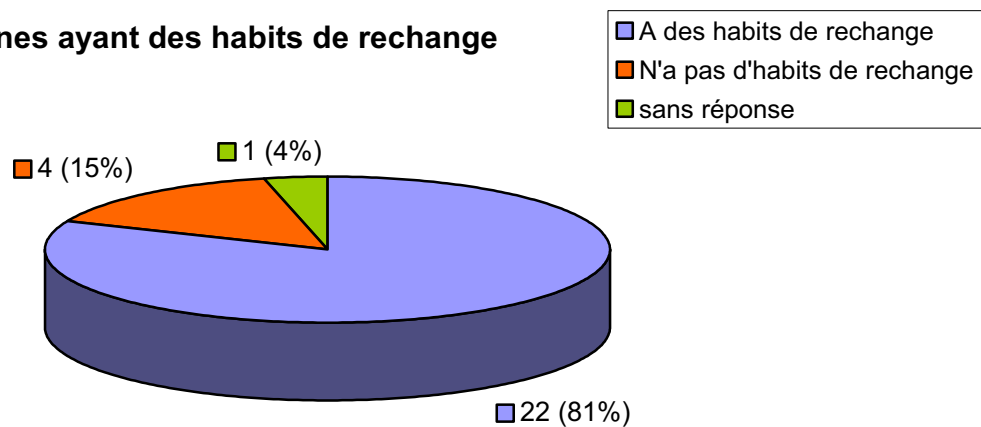


Dans les personnes n'ayant pas d'abri, l'une d'elle a écrit ce commentaire : « *mais plus un problème pour moi, je me suis organisé donc ce n'est plus un souci car n'importe quel lieu me fait office de lit, mais non enfermé car pas de comptes à rendre.* »

Dans les autres, il y a : des greniers, dans les gares, caravane, et que la terre est grande.

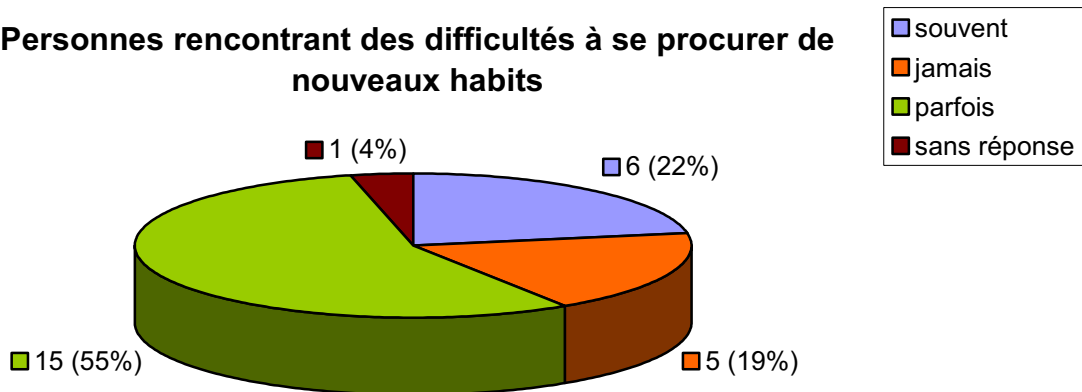
## Se vêtir



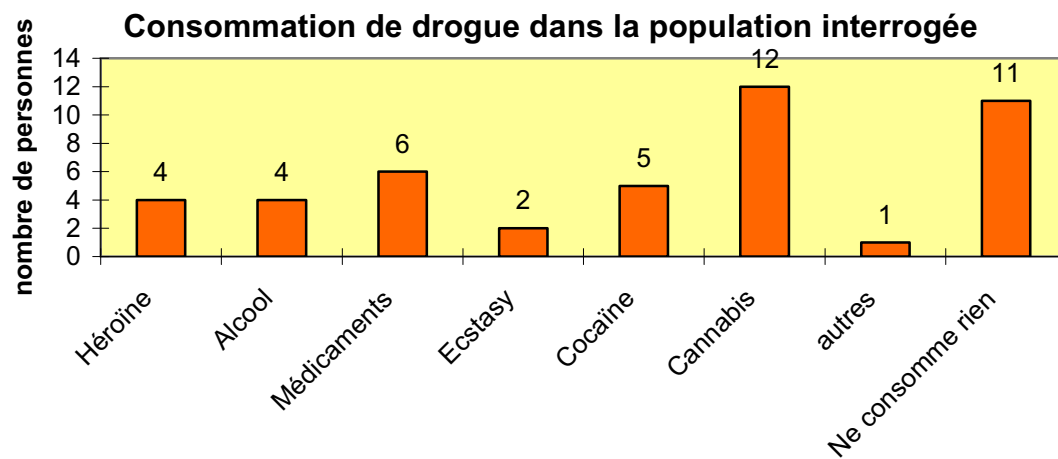
**A. Question 27 :****Personnes ayant des habits de rechange**

## Question 28 :

## Personnes rencontrant des difficultés à se procurer de nouveaux habits

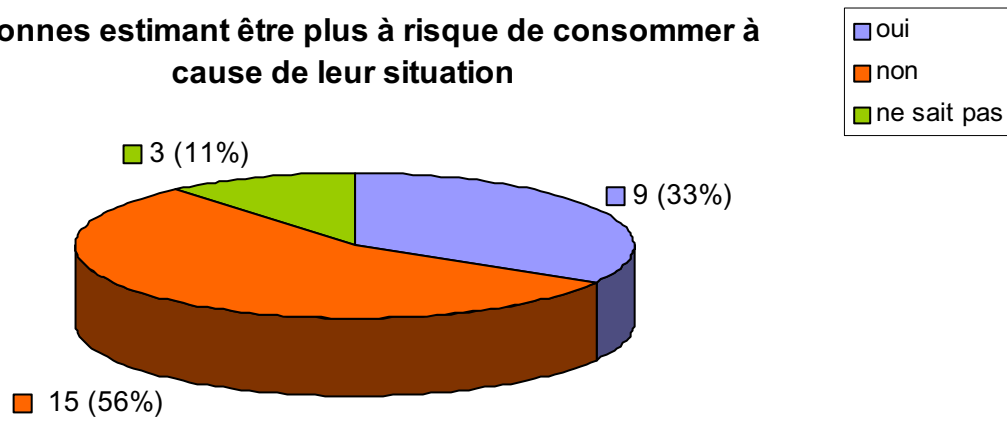
*Eviter les dangers*

## Question 29 :



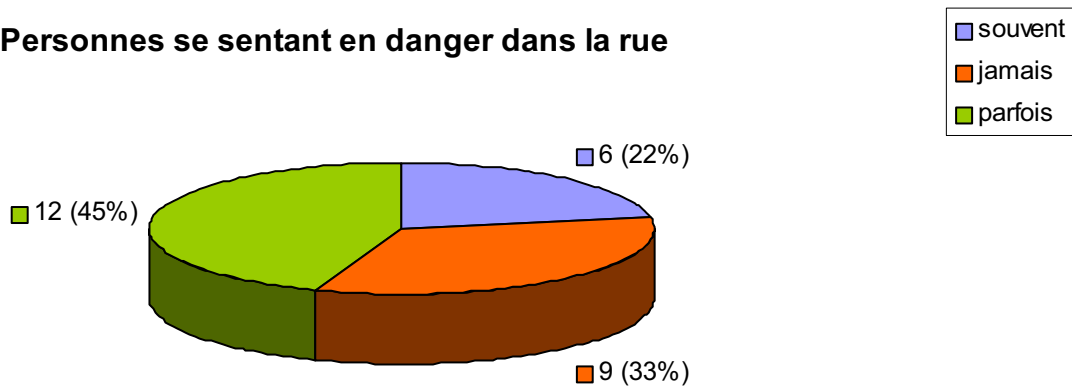
Autres : sniff

La plupart des personnes consommant sont polytoxicomanes. Nous avons pu constater que les personnes ne consommant rien sont, **dans ce sondage**, des personnes sans papiers (Amérique Latine, Maghreb, Rwanda, Togo).

**Question 30:****Personnes estimant être plus à risque de consommer à cause de leur situation**

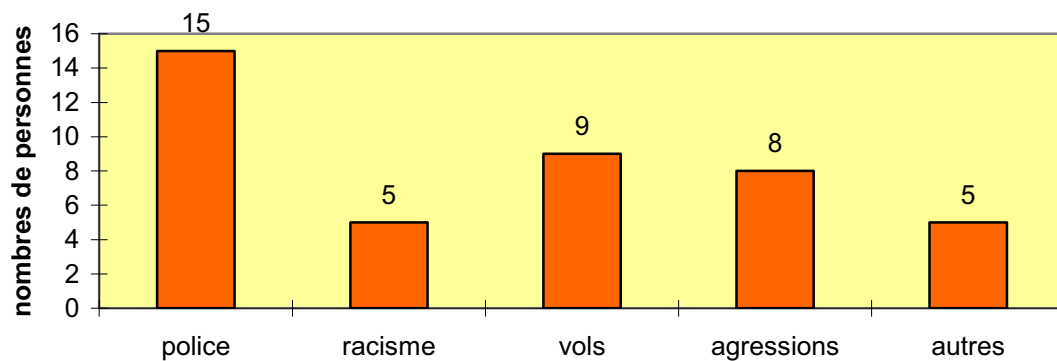
## Question 31 :

## Personnes se sentant en danger dans la rue



Dans les personnes ne se sentant jamais en danger : « La rue est mon domicile, de plus les gens me respectent car ils me connaissent de longue date ».

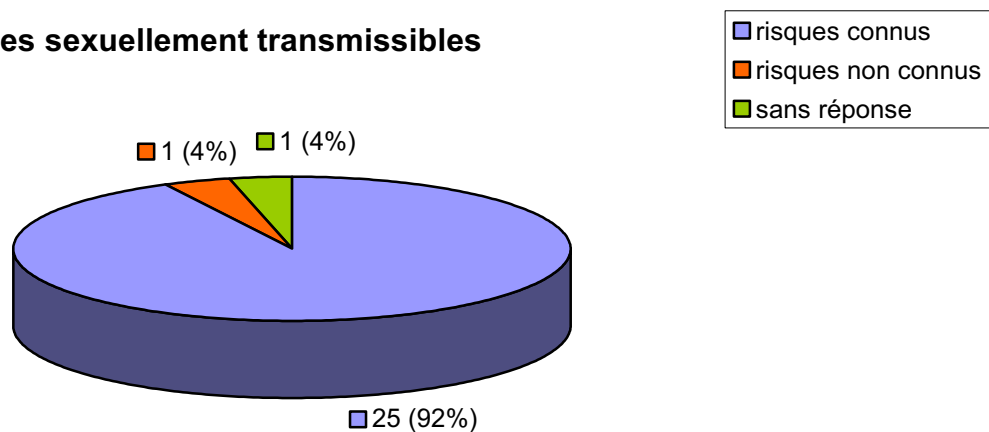
## Sources de ce sentiment de danger



Autres : gouvernement, intolérance, drogue, raisons personnelles.

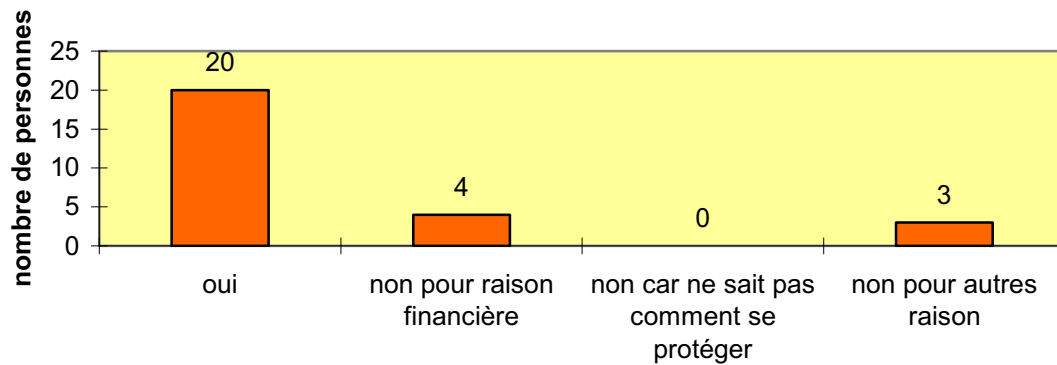
## Question 32 :

## Maladies sexuellement transmissibles



La seule personne ne connaissant pas les risques lié aux MST, ne fréquente que rarement des lieux d'accueil et est d'origine marocaine.

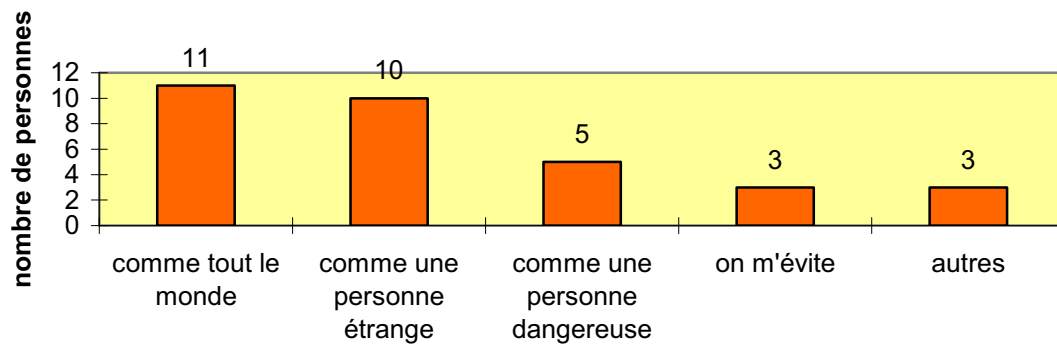
### Personnes ayant les moyens de se protéger



Dans autres, une personne a écrit : « Pas besoin ! »

### Question 33 :

#### Comment ces personnes ont l'impression d'être perçues par la population lausannoise

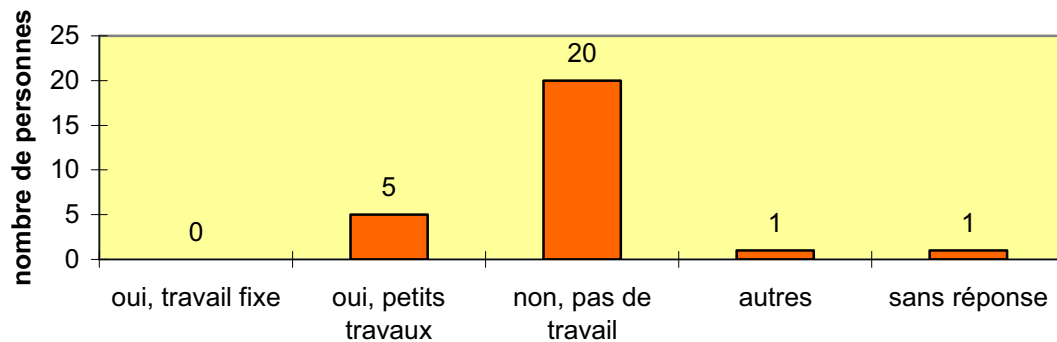


Autres : « rien, j'm'en fous ! », « Je sais pas ! », « comme un adolescent »

### *S'occuper/communiquer/apprendre/valeurs*

#### **B. Question 34**

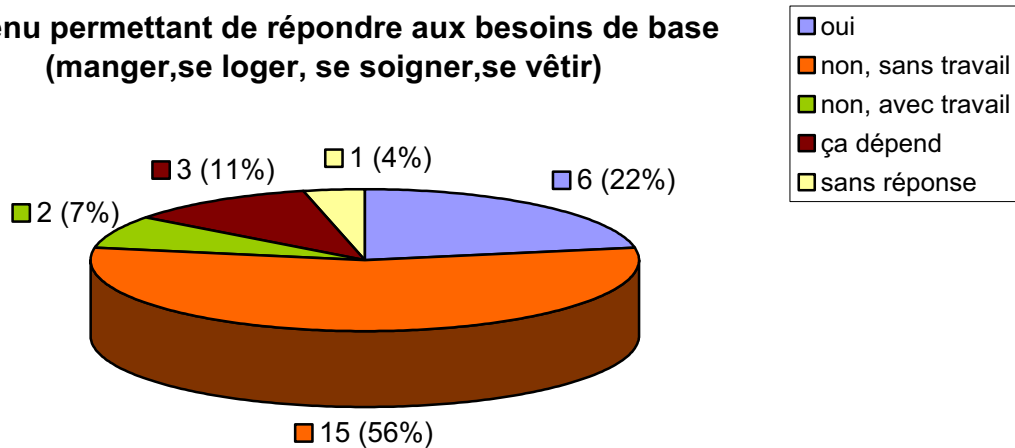
#### Personnes ayant du travail



Petits travaux: Bénévolat, ateliers protégés.

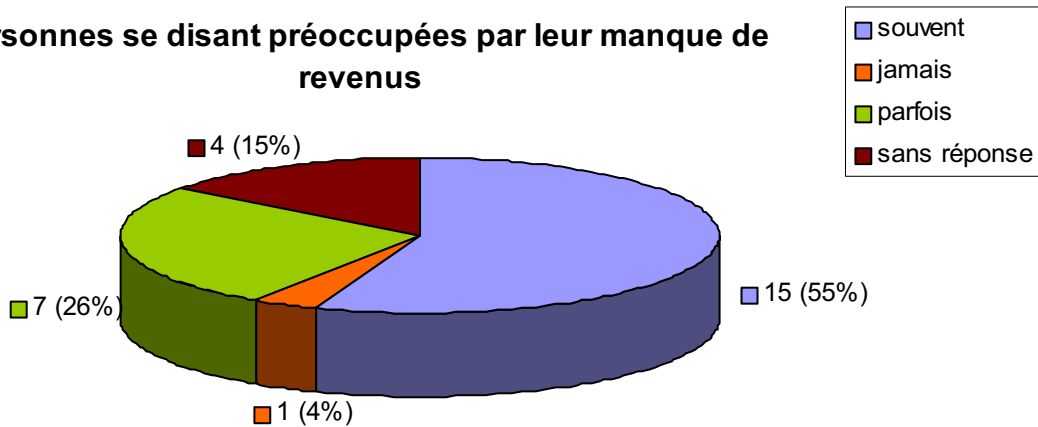
**Question 35 :**

**Revenu permettant de répondre aux besoins de base  
(manger, se loger, se soigner, se vêtir)**



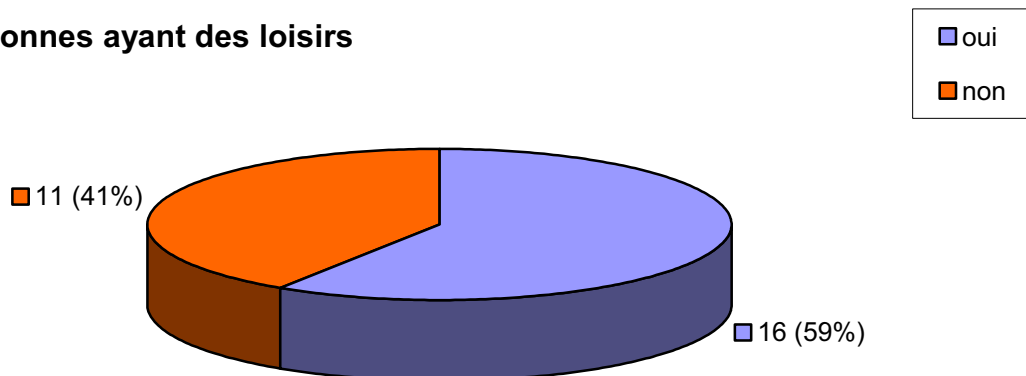
**Question 36 :**

**Personnes se disant préoccupées par leur manque de  
revenus**



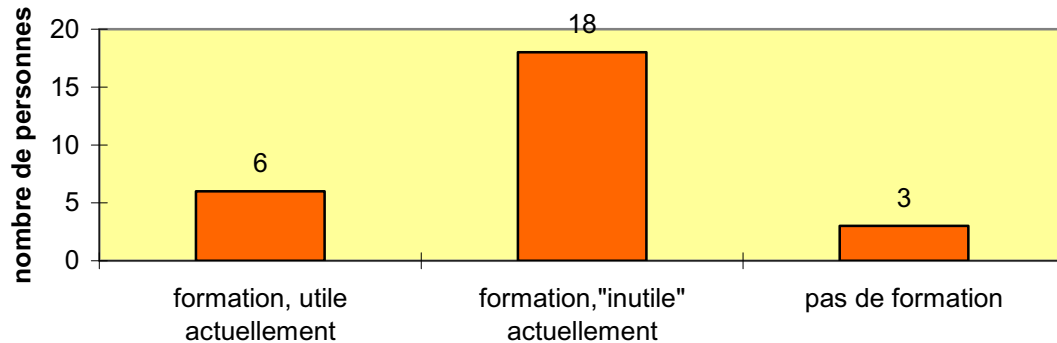
**Question 37 :**

**Personnes ayant des loisirs**



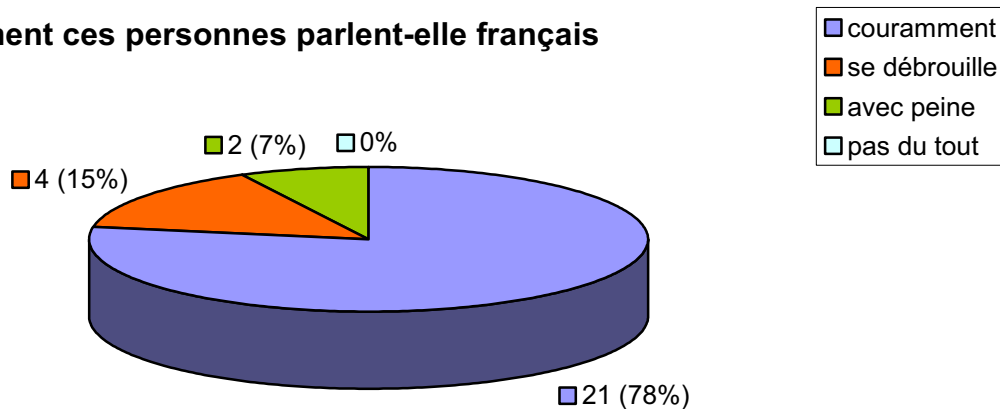
## Question 38 :

## personnes ayant suivi une scolarité ou appris un métier



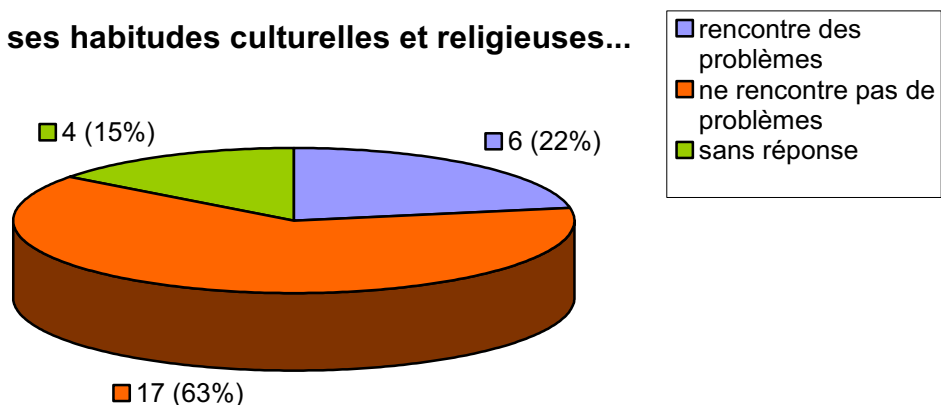
## Question 39:

## Comment ces personnes parlent-elle français



## Question 40 :

## Conserver ses habitudes culturelles et religieuses...



« Pas de maison, alors difficile de prier ou quoi que ce soit »

« El sistem de vida, no permite un desplante con la Religion de uno. Merci. Gracias. »

« A Lausanne je n'ai pas de problèmes de « religieuse », je pratique l'islam comme en Algérie « libresss » ».

« Etant dans un pays d'accueil, la tolérance prime et tant que le respect de l'un et de l'autre, je crois que les gens peuvent vivre ensemble par amour ».

---

### *Commentaires généraux*

- C'est dur !
- Bonne continuation pour vos études et merci de vous intéresser à nous !
- Ayant aucune ressource, argent, habillement et logement, si j'ai quitté la France, les problèmes sont le racisme, l'incivilité et leurs politiques. Je suis polyglotte.
- Il y a des questions un peu indiscretes et où la réponse est logique. Autrement, c'est bien de faire un sondage mais il est un peu limite.
- Il serait temps de se rendre compte que la misère est dans ce pays comme partout ailleurs, et il ne s'agit pas de problèmes d'étrangers, il y a suffisamment d'argent ici... quand vous cesserez de donner toujours aux riches et moins aux pauvres et que vous donnerez l'occasion aux jeunes d'avoir des subventions pour diverses activités tout le monde se portera mieux. Ecoutez les jeunes, faites leur confiance, ce pays est magnifique et les gens civilisés, alors foncez et prouvez-nous que nous sommes vraiment en démocratie et non pas dans un régime semi-communiste.
- La santé c'est un trésor dans certains cas (situations). Je veux dire : c'est la santé qui mène vers le bon chemin, vers le travail et gagner sa vie. Sans domicile fixe, on peut rencontrer tous types de gens, toxicomanes, des maladies transmissibles. Alors il faut se protéger avec une certaine compréhension pour les malades.
- La Suisse s'occupe un peu trop de son image de marque pour l'étranger et cache la merde de son pays !!!
- Je vous remercie beaucoup pour votre intérêt pour les gens sans domicile fixe, et j'espère que vous donnez des bonnes statistiques pour l'état de santé de ces gens.



---

## Entretien n°I

### Quel âge avez-vous ?

« J'ai 40 ans. »

### D'où venez-vous ?

« Du Cameroun. »

### Etes-vous issue d'une grande famille ?

« Oui, une très grande famille, mon père avait 5 femmes. Je suis d'une famille où ma mère avait 7 enfants: 2 garçons et 5 filles, mais on a perdu un petit frère, donc on est resté à 5... non à 6 : un garçon et 5 filles. Moi-même, j'ai 2 enfants, 2 garçons. Mes sœurs aussi ont accouché dans une grande famille. »

### Avez-vous de la famille en Suisse ?

« Non, ici, je n'ai pas de famille, que des compatriotes. »

### Est-ce que vous avez des papiers maintenant ?

« Je n'ai pas de papiers justement... je suis là, seule, je n'ai pas de papier et c'est même D. (*infirmière*) qui m'a aidée ; elle a fait beaucoup pour moi. »

### Vous avez donc « un statut de clandestine » ?

« Oui, je suis sans papier, comme on dit. »

### Pour quelle raison êtes-vous venue en Suisse ?

« Ho... je suis seulement venue à l'aventure comme ça, fuyant la pauvreté, tout ça. Quand on est en Afrique, on se dit que, peut-être, arrivé ici..., vous allez m'excuser parce qu'il y a des fois, quand je parle, il y a des larmes qui me viennent... »

Je suis venue comme ça à l'aventure, j'ai atterri ici et puis, ce que j'attendais... c'était pas ça. Quand je suis arrivée, il y avait aussi une amie que je connaissais comme ça, j'ai passé par la France et je suis arrivée ici, je peux pas vous raconter tout ça, beaucoup de calvaire... je suis arrivée et j'étais vers Valence là-bas, après on m'a dit que je ne pouvais pas rester là éternellement, j'ai fait presque 1 mois chez elle.

Moi, je ne savais pas comment les gens vivent ici, je me disais que peut-être arrivée ici, je vais trouver une société, peut-être je vais à l'usine travailler, avoir un peu d'argent pour aider ma famille.

Parce que quand ils arrivent chez lui, ils disaient rien, oui peut-être ils arrivent là, ils font un peu de bien, ils disent pas ... [*B. parle ici des personnes qui reviennent en Afrique depuis l'Europe et qui encouragent les gens à venir gagner leur vie ici et en profitent ensuite.*]

Vous n'imaginiez pas comment c'était !

Oui ils nous disent même rien... oui, et pis ils m'ont emmené ici, ils m'ont emmené ici à Lausanne, ils m'ont emmené là-bas à l'avenue de Morges, (soupir), C'était la situation que je devais me prostituer, qu'est-ce que je devais faire ? Je devais faire ça !

Et puis j'étais arrivée, j'étais mal ! J'avais commencé à avoir mal au visage, j'avais des bouffées de chaleur, j'avais j'avais...ils appellent ça chez nous.... Ils m'ont dit que c'était la fièvre Typhoïde, il y avait des examens, mais on m'avait pas dit de faire le test de VIH un jour, on m'a fait des examens et je tenais des traitements, de longs traitements. »

**Mais vous avez fait cela en Suisse ?**

« Non, il y a 7 ans j'étais encore au Cameroun.

J'ai pas vu de soulagement mais je vivais avec je... je...je luttais, je travaillais, j'avais ma forme comme vous voyez là, ronde et tout, je faisais le petit commerce que je faisais, je faisais de petits travaux mais j'avais une fatigue, des fois il y avait des moments de... que c'était vraiment aigu, que je n'arrivais pas à supporter.

(...) donc arrivée ici, ils m'ont emmenée là-bas, une maison que c'était très difficile, c'était un salon, 2 chambres, on était peut-être à 10 d'ici et on travaillait à la rue de Genève. J'arrivais ici, sans moyens, je n'avais même pas des habits, rien pour se mettre en route, c'était vraiment tellement difficile et c'était comment, euh...il fallait payer Fr.250.- la semaine, c'était vraiment dur pour moi très dur. »

**Vous deviez payer le loyer ?**

« Le loyer oui, on était presque à 10 comme ça. Une femme prend une maison comme ça, vous êtes là-dedans, vous allez dans la rue chaque jour, vous prenez des hommes, vous venez travailler, ils vous paient 50fr.-100fr. C'était vraiment dur pour moi, d'abord j'étais malade, je n'arrivais pas, je suis...d'abord le climat (...) j'avais mal...j'avais mal...les genoux...je n'arrivais même pas à porter mes bottes.

Quand je suis arrivée ici, ils m'ont mise dehors, je crois le mois d'avril, voyez il faisait froid ! C'est pas notre climat ici, j'avais les articulations qui me faisaient mal, je ne pouvais même pas supporter le dehors. C'était tellement difficile pour que je paie la maison, même pour manger, mais comme c'était des compatriotes, ils comprenaient ma situation. Vous voyez j'étais venue, j'avais des dettes pour payer... pour payer mon billet d'avion, pour mon voyage et tout ça. Il me fallait tout ça (...). »

**C'était un grand stress ?**

« Oui j'étais très très stressée. Donc... non seulement ça que je n'avais pas de temps et pis le travail tout ça, tout ça, donc j'étais vraiment malade.

Des fois, j'arrivais dehors, je m'assois même par terre, je m'asseyais même, j'étais tellement mal...

Des semaines, je ne payais pas tout ça..., tout ça..., tout ça. Et pis une fois ça allait vraiment mal, les copines me donnaient des petits comprimés tout ça, et pis j'ai vu une compatriote, je lui ai demandé si je peux pas aller à l'hôpital, quelque part, je me sens pas bien, bien sûr, et je me sens pas bien, j'ai le corps qui me chauffe, je me sens mal, j'ai les ..., c'est comme palu [paludisme] j'ai les courbatures, je me sens mal partout ...

Et on est monté là, elle est venue me montrer le Point d'Eau, j'ai dit...que je... elle m'a donné les heures, les horaires et j'ai rencontré D. et pis j'avais mal à la poitrine, c'était comme s'il y avait un couteau là, ça me faisait mal, elle m'a donné... elle m'a posé des questions, j'ai bien expliqué tout ça, elle m'a donné des médicaments : rien. Plusieurs traitements : rien. J'avais toujours mal, MAL. Après j'ai commencé à avoir mal au bas-ventre, elle m'a fait des traitements : rien, rien, rien. Comme elle voyait, j'avais toujours..., je revenais toujours, elle me donnait des rendez-vous : je venais, on n'avait pas d'idées ; elle m'a demandé si elle pouvait me faire le test ; j'ai dit oui, parce que je sens mal, je sens pas bien, je suis d'accord, je sais pas pourquoi j'ai..., on m'avait dit chez nous : « *ah tu vois, déjà, peut-être la ménopause* » J'ai dit : « *si c'est la ménopause, ça n'a qu'à, pardi !, ça me laisse tranquille, pourvu que j'aie la santé* ». Et comment que j'ai des brûlures, vraiment des brûlures.

On a fait faire le test, on a découvert vraiment, comme c'est trop dur..., je portais tout, c'était atroce, j'ai pleuré chaque jour, chaque nuit, chaque minute, chaque temps, quand on a découvert que j'étais séropositive, c'était vraiment dur pour moi. »

« Il fallait faire quoi ? Me traiter, avoir l'assurance, c'était vraiment dur. Là, même, j'ai ...euh... essayé de supporter. Là où j'habitais, ça n'allait pas vraiment, le travail, ça n'allait pas... J'étais mal déjà que avec les résultats, les... tout ça, c'était vraiment (soupir), c'était vraiment très dur.

Et puis, je restais, il n'y avait que D. qui me supportait, me conseille, me console, qui m'aidait jusqu'à on a fait avoir les assurances sociales, tout ça. J'ai dit : « *j'peux pas* » et elle m'a dit comment, et... j'ai eu l'assurance. Et puis je suis quitté à Vevey, je suis quitté ici, je suis allée à Bulle, je n'ai pas fait...je ne pouvais plus travailler. J'étais mal et..., mais je le disais à personne parce que vraiment avec les Africains... (soupir) ..., ils n'y a pas...c'est parce que si tu dis à un Africain que tu es séropositive, elle va même plus te saluer, oui je me disais que si je dis... parce que jusqu'à aujourd'hui je n'ai jamais dit , puis je vis avec eux comme ça...

Ils font des commentaires : « *bon si quelqu'un a le SIDA, vraiment, je peux pas manger avec lui, je ne peux pas boire, tout ça...* »

C'était vraiment ... quand ils parlent comme ça, vous pouvez imaginer, mal... j'étais mal. Par terre je pleurais ma vie, la nuit je pleure, je pleure, je pensais à mes enfants, je suis tout pour eux, leur papa m'a abandonné, je suis tout pour eux, puis...vraiment j'étais...mal...

Je suis allée là-bas, j'ai resté quelques mois, et j'avais, même, de la peine quand j'avais des rendez-vous au CHUV d'arriver, j'avais des problèmes d'arriver...peut-être...à là-bas même qu'il y avait des infirmières qui me donnaient des fois l'argent du train, l'argent du bus... (Pleurs...) Je venais à tous les rendez-vous.

Je suis quitté là-bas après que j'ai vu une compatriote qui avait un petit appart qu'elle a libéré, elle m'a... je suis allée là-bas habiter. Je venais là-bas, j'allais à tout les rendez-vous. Une fois, D. m'a donné l'argent pour le train. Quand j'avais des rendez-vous je venais au CHUV. »

### **En fait c'était D. surtout qui vous aidait ?**

« Oui la seule aide, vraiment... »

### **Vous l'avez connue après combien de temps après votre arrivée en Suisse ?**

« Je crois 2 mois.

Elle m'accompagnait, c'est elle qui écrivait, demandait. J'ai d'abord demandé l'assurance, on m'a refusé, elle a encore écrit, on a dit qu'elle devait payer 350, sans travail, on est parti à la commune, elle a demandé les subsides, c'est elle qui a tout fait. Oui, c'est vraiment elle qui a tout fait. »

### **Mais vous aviez déjà mal quand vous êtes partie du pays ?**

« Oui, oui. J'avais mal. Mais je savais pas. Je me sentais mal. Je vivais avec, je savais pas. J'avais des bouffées de chaleur, j'avais des vraies brûlures, j'pouvais faire un mois sans me sentir mal, et un matin comme cela ça commence. J'avais le froid, comme un froid qui sort des os. Mais je savais pas de quoi il s'agissait.

Donc j'allais à Vevey, puis je suis restée là-bas, je sais pas, je crois que je suis arrivée en juin, je suis rentrée vers novembre. »

**C'était chez une amie alors ?**

« Oui, j'ai une... je venais toujours ici. Je disais...euh... D. m'a demandé que je peux faire comment pour avoir même des lettres, ma copine voulait même pas que je donne l'adresse, elle ne voulait pas de problème. Comme ils ont toujours peur que...alors qu'elle pouvait bien donner l'adresse... »

**Peur de la police ?**

« Oui, peur de la police, que elle héberge...Donc je fais comme ça.

Le jour que j'ai quelque chose à manger, je mange tout ça. Je vivais comme ça... Là, c'était quand, c'était quand même une charge, j'étais seule, j'étais quand même seule, j'étais...mais y'avait pas... je dormais quand même bien, mais avec tous les problèmes, j'étais seule. Comme ça, quand t'as des problèmes... le soir je partais au bord du lac, je restais seule, comme ça. Puis je suis revenue ici... quand je suis revenue en mars, j'avais rendez-vous avec D. J'savais toujours pas que mon assurance était bien venue, elle me dit : « *mais tu étais où depuis ?* »Euh... je suis quitté, j'ai fait trois mois à Bulle, j'ai rentrée encore à Bulle, parce qu'on devait libérer l'appartement. Là-bas à Bulle, j'ai fait trois mois, chez une compatriote, c'était... là-bas j'ai dormi au salon. Pas beaucoup de confort. J'avais à manger, je faisais avec, je devais faire comment ? Il y avait pas de choix. Je devais l'aider à garder ses enfants et puis elle me donnait à manger. »

**C'était votre travail?**

« Oui. Garder les enfants, leur donner à manger, les voir dormir. Et puis là, quand j'avais une angine, je voyais que c'était... Il fallait que je dise que non, il fallait que je revienne sur Lausanne. Là, je peux venir même ici à pied. Pour l'évolution de mon dossier. Donc je suis venue ici. Quand j'étais de compatriote à compatriote, comme cela..., c'était vraiment pénible, l'emploi, logement... c'était... j'étais même chez des hommes, même je dormais sur le canapé, je dors. Un peu de repos pour dormir, j'étais là-dedans, c'était ma vie comme ça et j'ai eu l'assurance, on a commencé à me faire des examens et ils ont dit qu'ils ne peuvent pas me donner le traitement, j'ai encore fait neuf...huit mois, avant qu'ils ont commencé le traitement... en octobre l'année passée. »

**Et maintenant comment qualifiez-vous votre état de santé ? Par rapport à avant ? Il s'est amélioré ?**

« Oui, elle a amélioré. J'ai... Avant j'ai commencé à maigrir, j'ai récupéré, j'étais même plus, j'ai même perdu cinq kilos quand j'ai commencé le traitement, c'était vraiment... les quatre mois, c'était vraiment atroce. Je ne supportais pas, je mangeais pas, le ventre était ballonné... J'étais mal, j'avais le vertige. C'est après 4 mois que j'ai commencé à voir un peu de changement, ça va un peu, mais j'ai encore le froid qui reste comme ça, j'ai froid, mais j'ai pas de problèmes avec le traitement. Je prends les comprimés sans douleurs. »

**Et le suivi ?** « Oui, ça va, on me donne des rendez-vous. On a commencé à me faire... avant chaque mois, après deux mois et maintenant trois mois. Ils ont dit qu'ils vont me faire comme d'habitude. Ils vont me faire le bilan en septembre. »

**Et avec les infirmières comment ça va ? Vous allez au CHUV ?**

« Oui, ça va, je vais au CHUV, ils m'apprécient. Donc quand j'arrive, avant d'aller faire la prise de sang, je leur donne une liste avec chaque heure comment je prends [les médicaments] le matin, comment je prends le soir, ils m'apprécient beaucoup et je les remercie... »

**C'est un soulagement que d'être prise en considération ?**

« Oui vraiment. Très sympa. Ils font dix jours avant le prélèvement... avant de voir le médecin, et puis quand je vois, je vois, moi, je trouve qu'elle a déjà donné tout le compte rendu. Il est content que je prends le traitement bien. Ils m'ont dit que tout va bien. »

**Vous n'avez plus de douleurs ?**

« J'ai des douleurs, j'ai encore ces brûlures-là, j'ai, tu vois, un froid, le froid me quitte pas et des frissons, oui. Et ça peut me prendre quatre heures de temps comme ça, et ça passe seul, après je transpire, pas beaucoup, je transpire un peu... ici, un peu mouillé là, puis c'est fini. Des fois, j'ai mal à la tête, et ils donnent toujours des Dafalgan® quand j'ai mal comme ça. Des fois, des courbatures... des fois ça peut aussi me prendre quatre jours comme ça et j'ai mal, mal, mal partout. Et quand ça me laisse, je suis fatiguée... »

**Quels étaient vos besoins en arrivant en Suisse ?**

« En arrivant, je me disais que je pouvais avoir une petite chambre, j'peux mettre même un lit. Pas besoin de confort. Si je peux trouver un petit travail, et une situation... je savais pas que j'allais rencontrer tous ces malheurs comme ça... »

**Pensez-vous que si vous aviez tout de suite trouvé un logement, vous auriez eut moins de problèmes de santé ?**

« Euuuuuuuuuuuh... puisque je me dis déjà, que j'étais déjà malade... Peut-être que ça allait beaucoup me soulager. Oui, parce que j'avais beaucoup de difficultés, tu vois, tu es chez quelqu'un : tu peux pas toucher ses affaires... Chez les Africains, c'est un peu difficile, pas toucher, même n'importe qui... tu ne peux pas, quand tu es chez quelqu'un... tu as toujours peur, tu ne peux pas faire comme chez toi... Même pour manger, il faut attendre qu'ils te donnent... faut... Tout ça c'est difficile. Mais je faisais avec, je n'avais pas le choix. C'était très très difficile. Y a le problème aussi de, des finances, je n'ai pas de travail, aujourd'hui j'ai un petit ménage et il faut payer 10% du traitement qu'on me donne. Y a des fois, ça me... j'ai de la peine à payer... »

**Et votre logement actuel... ?**

« Je suis chez une compatriote, qui est vraiment sympa. Elle est calme. Elle dit qu'elle a beaucoup souffert, elle n'a pas été malade... euh... »

**C'était déjà une amie avant ?**

« Euh non... de bouche-à-oreille comme ça. Les Africains sont quand même solidaires. Elle dit qu'elle aime m'accueillir comme ça chez elle, elle m'apprécie comme ça... »

**Votre compatriote est aussi dans une situation de clandestinité ?**

« Non... elle avait fait un mariage et puis son mari est mort, elle avait déjà ses papiers. Elle a donc trouvé du boulot. Mais elle a un copain, des fois, de temps en temps, son copain à Neuchâtel, des fois, et elle n'est pas là à la maison. C'est quand même... par rapport aux autres situations... quand tu es chez quelqu'un, c'est que tu es chez quelqu'un... »

**Vous ne vous sentez quand même pas chez vous ?** « Oui, je me sens pas chez moi, c'est comme ça. Et moi, je suis calme de caractère, je ne bavarde pas beaucoup, je ne cause pas toujours, je connais, comprends ma situation, et je reste dans mon coin. Je ne la mêle pas. Elle est calme, quand elle trouve un petit job à quelque part aussi elle me dit... Quand il y a à manger, on mange, quand on a pas... voilà... »

**Là, vous n'avez pas travail ?**

« J'ai des petits boulots, comme ça...des petits ménages, c'est pas régulier... Des fois, j'peux faire un mois, deux mois, ça s'arrête, y a plus... Donc là quand je suis vraiment coincée, je demande de l'aide aux compatriotes, je demande de l'aide des fois comme ça. »

**Comment voyez-vous l'avenir maintenant ? Vous avez des projets, envies ?**

(Rire) « Je, j'ai... c'est pas facile... depuis que j'ai commencé le traitement.. Parce que, comme je pleurais beaucoup, je voulais... comme je pleurais beaucoup, D. m'a envoyé à une association : Arc-en-ciel. Je sais pas si vous savez laquelle je veux parler ? **Non ?** Je suis allée ...je sais pas comment vous décrire... les séropositifs se rencontrent là-bas, il y a des conseils, et on vous donne à manger... Je suis allée. Je pleure beaucoup, beaucoup... Puis le monsieur, là, il est venu, il m'a trouvé... il m'a dit : « *il faut te calmer, ne pleure plus ! Là tu me vois...* » Il avait la quarantaine. « *Comme tu vois-là, ça fait 20ans que moi, je suis séropositif. Mais moi je fais du sport, la vie devient importante* » Je le regardais, je m'étonnais... « *Tu as la chance de venir en Suisse, on va te traiter, ...Ils peuvent te régulariser ta situation...et puis tu peux envoyer tes enfants dans des bonnes écoles* » Et puis, ça m'a fait... ça m'a touché. Ça m'a donné le courage. Il était le premier qui m'a vraiment encouragé. Et puis quand je suis sortie, après, j'avais une force de me battre ! Je...Je ne l'ai jamais oublié ! Je suis allée là-bas le remercier. Quand je suis sortie là, c'est comme un saint esprit qui entrait en moi, j'ai eu un peu de paix. Bien sûr que j'étais pareille, bien sûr que j'avais mal...

Quand D. me disait : « *Ne pleure pas ! J'ai ma copine qui a 15 ans qui a ça ! Tu vas te faire traiter ! Tu ne me crois pas ?* » Je ne la croyais pas. Chez nous, les gens meurent. Ça... nous on est mal informé. On comprend rien dans ça, on pense que le sida ça tue, dès que tu as ça tu meurs, et puis moi je savais même pas qu'il y avait un traitement, que quelqu'un pouvait vivre avec....tout le monde mourrait c'est tout ; comme ça je ne savais pas, non, il a été vraiment le premier qui m'a beaucoup encouragé et après ça, j'ai commencé le traitement.

Des fois, ça avait de la peine à mâcher... maintenant je mâche quand je fais quelque chose j'ai la force, la fatigue m'arrive rarement. Des fois, j'oublie même que je suis malade ! Et je suis contente vraiment, c'est comme si c'était une nouvelle vie ! Comme si je découvre une nouvelle vie, je suis contente que je vais voir mes enfants grandir. Même si on m'ajoute déjà 10ans, c'est déjà quelque chose et puis... si je ne venais pas ici, moi, je me dis que je serais déjà morte, moi je me dis comme ça, parce que quand ils ont commencé le traitement je sentais mes forces m'abandonner... j'avais des vertiges, j'arrivais pas à mâcher, je dormais pour dormir, comme ça.

On m'a dit que les séropositives pouvaient aussi faire l'avenir, une vie amoureuse, mais je sais pas comment... parce que je cause, D. c'est déjà mon amie, j'ai rendez-vous avec elle, elle se « moque » de moi et me dit « *tu es amoureuse ?* » Je dis non... Elle me dit : « *tu peux te marier, tu peux faire...* » Mais, moi, je lui explique que les gens sont comme ça, tu vois, moi je suis responsable... et je me dis que... et que les hommes ils sont terribles... ils ne veulent pas faire l'amour, ils commencent avec toi un mois, deux mois et après ils te disent qu'ils veulent faire l'amour sans préservatif et moi je peux pas accepter. »

« Même qu'on m'a dit que maintenant je peux plus contaminer quelqu'un...mais moi je ne peux pas... Et tu vas expliquer comment à un homme comme ça ? Et d'autre part comme ça, celui-là t'engage vraiment... et quand tu lui dis que tu ne peux pas, lui, il te fait le chantage qu'il parte. Moi je préfère qu'il parte. C'est vrai que ça c'est difficile. Comment lui dire que comme tu me vois-là je suis séropositive ? La réaction ? Je sais pas comment ?

Quand il me regarde, il dit : « *tu es belle, tu n'es pas malade !* » Je dis : non ! Qui te dit que je ne suis pas malade ? Non je ne suis pas d'accord ! Il fait le chantage, il part, après 2 mois il te rappelle encore, il recommence, il te pose encore...et puis quand il voit que tu cèdes pas, il part pour de bon. Je préfère lui pas céder...

Je dois me méfier des gens bien sûr, on me traite déjà, il faut pas que les gens me rajoutent encore d'autres maladies. »

### **Avez-vous une idée de comment votre statut va évoluer ?**

« Je ne sais vraiment rien, je suis là comme ça. Je pense seulement à mon traitement : chaque matin je dois boire, et le soir je dois boire...Le matin quand je me lève, je sais qu'à telle heure je dois boire. Je fais ça pour mes enfants. »

### **Quelles sont vos préoccupations durant votre journée ?**

« Quand je nettoie... je sors pas beaucoup... »

### **Vous n'avez pas trop d'occupations ? Des loisirs ?**

« J'ai des loisirs, mais pas le courage d'aller... D. me donne toujours des adresses, mais je ne veux pas. »

### **C'est de la gêne ? De la peur ?**

« Non c'est pas de la peur... j'ai le moral bas... »

### **Et comment vous voyez-vous ? Le regard des autres ?**

« Puisque les autres ne savent pas que je suis malade, ça me gêne pas, je ne sais pas... ça ne me gêne pas... Quand je discute avec des compagnons de temps en temps, je dis non ce n'est pas comme ça, ce n'est pas comme ça, moi je leur donne des idées, des informations, je dis : non ce n'est pas comme ça ! Je discute déjà de vive voix avec eux, alors qu'avant je ne pouvais pas, avant de commencer mon traitement, avant d'être informée, je... j'avais mal, je ne parlais pas. Mais maintenant, je dis : « vous êtes bêtes, ce n'est pas comme ça ! Vous racontez quoi ? C'est pas comme ça ! On se contamine pas comme ça ! Les gens séropositives accouchent et ont une vie normale ».

Chez nous, quand tu as... tu es déjà presque mort... ta vie est finie...Maintenant j'ai envie de m'habiller, de vivre et pis c'est comme ça et je suis contente. Je suis vraiment contente. J'aime moi-même, parce que je me dis vraiment, que si j'étais chez nous, c'est que je serais morte. Je remercie vraiment beaucoup la Suisse, si je venais pas...je sais pas, j'ai dit si c'est Dieu, je ne sais pas, je remercie chaque jour, chaque matin, vraiment le bon Dieu d'être venue ici. Parce que même ma famille ne connaît pas, D. m'a demandé, j'ai dit que si je disais, ça serait la catastrophe, et peut-être ils vont mourir avant moi... parce que, comme je vous le dis-là, ils savent que quand quelqu'un a ça, c'est fini. Tu vois, j'ai préféré, je les connais, je peux pas leur dire... Et personne ne connaît, à part vous. Moi, j'ai pas peur de parler... »

**Quelles sont vos principales difficultés maintenant ?**

« J'ai de difficultés pour le loyer, le travail, tout, peut-être les papiers aussi. J'ai pas de moyens. Je fais avec le peu que j'ai. Les gens me donnent, peut-être en hiver comme ça, je viens au Point d'Eau, ils m'ont donné des pulls. Les gens me donnent, des compatriotes me donnent... »

**Vous avez encore des contacts avec vos enfants ?**

« Oui, je leur téléphone chaque matin, car on a des cartes ici, moins chers, dix francs, je tiens peut-être 40min. Et je cause avec eux. »

**Ils ont quel âge ?** « L'aîné... l'aîné a 19ans, le dernier a 10ans. »

**Et ils pensent venir une fois vous rejoindre ici ?**

« Oui ! Ils me demandent : « *Maman...Bientôt tu as dis... tu rentres quand ?* » Là une fois quand j'étais gravement malade, j'appelle mon enfant au téléphone, l'aîné... celui qui comprend déjà... je pleure... Et même je lui ai dit que si je meure, il faut qu'il garde mon enfant. Vous voyez à quel niveau c'est arrivé ! Quand je...J'avais commencé le traitement, j'étais mal... J'étais très mal. Je croyais que le traitement allait me tuer. Et quelquefois je pleurais, je n'arrivais pas à supporter.

Après un mois comme ça...ça commençait à me lâcher un peu...J'ai commencé à voir le mal que j'ai fait (rire) parce quand tu dis à ton enfant que tu vas mourir, (rire) tu vois... ça m'a encore fait mal... j'ai de la peine.

Quand j'entends leurs voix, et que je suis abattue : ça me donne de la force.

Quand les compatriotes repartent au pays, je leur donne des habits pour mes enfants.

C'est difficile de pas voir ses enfants, ne pas les voir grandir. »

**Ça fait combien de temps que vous êtes ici en Suisse ?**

« Euh... je vais faire au début de l'année prochaine, ça va faire 3ans. »

**Est-ce que vous avez peur que la police vienne, vous découvre...**

« Oui (soupir), bien sûr. C'est un stress permanent. Je me dis que s'ils me renvoient, ils vont arrêter le traitement, je... tout le virus va revenir... je vais mourir... J'ai vraiment peur de ça... Des fois la nuit, je me réveille et je tremble tellement j'ai peur. »

**Vous dormez bien la nuit ?**

« Oui. Je n'ai pas de problèmes. »

**Vous aimeriez rajouter quelque chose ?**

« C'était très dur le traitement. Maintenant je vois que j'ai la santé, même comme si... à moitié. (Rire) Et que ça va. »



---

## Entretien n°II

« Bonjour micro ! »

**T'as quel âge ?**

« 40 ans »

**T'es de quelle origine ?**

« Française »

**Tu as de la famille en Suisse ?**

« Des amis... »

**Autrement tu as tout quitté en France ?**

« Oui, oui, définitivement ! »

**Pourquoi êtes-vous partis de la France ?**

« Politiquement incorrect, (silence) euh y a trop de racisme, y a pas assez de parts sociales, euh... je viens de passer à la télévision sur France 2, y a quelques mois en arrière et c'était de savoir qu'il y avait trop de gens qui traînaient dans les rues avec leurs enfants et que il y avait peu de structures aussi bien l'hiver que l'été... et euh quand on a connu la grande chaleur de 2003, la France n'était pas préparée à ce coup de chaleur et alors automatiquement y a eu des morts, y a eu des enfants, y a eu des personnes âgées, ça a eu un impact. Quand on a accusé certains politiciens... les politiciens, c'est pas eux qui font la pluie et le beau temps, faut pas oublier ! Mais par contre, ils sont surtout brigüés par le porte-feuille, être vus par les citoyens et les « cons de citoyens » et euh... à cela... bon... c'est inadmissible de savoir que la France... on dit qu'y a la sécurité sociale ! Et que par contre il y a aucune structure, on crée plus de chômage qu'on ne crée d'emploi. C'est pas une histoire de 35 heures, c'est toute une histoire d'économie, tout est à refaire de toute façon... la structure !

Et en plus, quand ils disent liberté, égalité et euh... laïcité et fraternité... à mon avis ça n'existe pas, c'est des mots qui ont bien été coloriés et c'est un mensonge extraordinaire. C'est comme le mot précarité, précarité cache le mot véritable : l'hiver. ...Moi je suis en train de faire un bouquin qui s'appelle « misery », tu vois qu'est-ce que ça veut dire ? C'est une autobiographie et je compte bien tout dire... mais global.

Et mon projet, c'est de construire un restaurant musical au plus haut de la montagne en Suisse, avec une histoire d'hébergement pour les sans-abri, avec une structure en association avec la Croix Rouge, Médecins du Monde et les Resto du coeur. Mon but c'est de faire jouir à des gens qui n'ont pas eu l'occasion de savoir, ou, dans leur vie, de faire de la patinoire ou de la natation. Faire découvrir un peu la nature, ce que c'est... et l'environnement... et le respect, chaque individu doit se respecter pour pouvoir respecter son prochain, si on ne passe pas par là, y a aucune façon de pouvoir travailler !

Je fais du Yoga, je fais des arts martiaux, je pratique tout ça, j'adore ça, je suis polyglotte. J'aime ce que je fais, je le fais avec passion aussi, il faut que ça aille toujours du bon côté des choses, positif. »

---

**Donc en fait tu t'es retrouvé dans cette situation parce que tu as quitté la France (il m'a coupé la parole)...**

« Ben j'ai quitté la France parce qu'on m'a licencié abusivement voilà ! Et je ne touche aucune ressource. »

**Tu vis de quoi ?**

« De faire la manche. »

**Tu vis où ?**

« Chez un ami oui... oui, j'amène la nourriture, c'est moi qui fais la vaisselle. »

**Tu l'as connu ici ?**

« Oui, oui, et euh... il m'héberge... alors automatiquement j'ai le droit de contribuer un peu à ce que la maison soit propre. Je sors son chien, euh... voilà ...et pour moi c'est important. »

**Ça fait combien de temps que tu vis chez lui ?**

« Y a très peu de jours... mais maintenant, on va dire 4 jours grosso modo. »

**Avant tu étais dans la rue ?**

« Ah oui ! Je dormais dans les bois... je dormais à droite, à gauche, j'ai pris des amendes. » (Rire)

**Tu consommes quelque chose ?**

« Ouais, bien sûr, ben... je vais pas mentir là-dessus : psychotropes, neuroleptiques, canabis, haschich, héroïne, ecstasy, acides, je me drogue... mais à part ça tout va bien. »

**C'est une ressource par rapport à ta situation ?**

« Ben, disons... que ça permet de m'évader ! Mais ça ne m'empêche pas d'écrire, ça ne m'empêche pas de rester logique... mais d'être sur un petit nuage, pour éviter tout ces vacarmes, ces brouhahas, et euh...ces gens qui ont les moyens de vivre correctement et qui se plaignent encore. Moi, je vis de rien... et en plus je ne me plains pas, alors ! Quand les gens ils vivent avec, euh..., avec les moyens même au-dessus et encore ils se permettent de râler... C'est inadmissible ! Moi je suis issu d'une famille bourgeoise campagnarde, et ben...je suis plutôt royaliste que républicain voilà, non... royaliste anarchiste. »

**Donc, en fait, tu ne reçois pas du tout d'aide par rapport à ta situation ?**

« Aucune. »

**Mais tu as quand même des institutions qui t'aident comme par exemple le Passage ?**

« Je viens au Passage, je donne des coups de mains, on fait des tirages au sort, des fois c'est moi qui fais la cuisine, je suis content parce que j'ai gagné des tickets repas. »

**Et tu vas dans d'autres institutions ?**

« Ben écoute... je vais à celle-ci, je vais à d'autres aussi, à Caritas, euh...j'étais aussi à St Laurent, j'ai toute une panoplie d'endroits où je peux rencontrer des gens avec qui discuter, moi ça m'avance dans ce que je fais, j'écris, j'écris, j'écris, j'écris... de temps en temps, je vais au casino à Montreux jouer les quelques francs que j'ai gagné en faisant la manche... en espérant gagner plus. »

**Ça marche ?**

« Non (rire), j'ai plus de chance avec les femmes qu'avec l'argent, mais j'aimerais bien avoir les deux et avoir des enfants pour partager tout ça. »

**Vous êtes mariés, vous avez des enfants ?**

« J'ai une fille, mais ça fait 15 ans que je ne l'ai pas revue, on va dire bientôt 16 ans. Elle va avoir 18 ans bientôt. »

**Mais vous avez été marié ?**

« Jamais, mais c'est vrai qu'avec cette personne-là le but était de nous marier... mais bon les aléas de la vie veulent que ce soit autrement. Et y a aussi toujours les parents qui s'opposent, c'est eux qui n'arrivent pas à couper le cordon ombilical, c'est ça qui est malheureux. Après ils disent ; tu dois être responsable, bien sûr que je suis responsable ! Et après dès que tu fais quelque chose « *Ah ! Mais tu peux pas le faire... tatati tatata* » et « *Oh ! Vous savez ce que vous voulez là, faut couper le cordon là cloc cloc cloc, cloc, cloc y faut le couper hein !* » C'est ça la question ! Je peux plus discuter avec mes parents, je suis fâché complètement y a qu'avec mes frères avec qui je pourrais avoir une conversation, mais avec mes parents c'est terminé, je peux pas !

Ma mère, elle est cardiaque, mon père a des problèmes de prostate, tous les deux sont malades et c'est moi qui dois encore subir les influences de la maladie, non, je ne suis pas d'accord ! Moi, j'ai envie de vivre en bonne santé... même si j'abuse de certaines choses, je m'en fous c'est ma santé ! C'est la mienne !

De toute façon, j'ai rien au poumon ! Pourtant j'ai fumé dès l'âge de 9 ans, ça fait 31 ans que je fume, mon premier verre d'alcool... c'est à l'âge de 6 ans, mes premières drogues... c'est à l'âge de 17 ans, la première fois que je suis entré en boîte de nuit j'avais 18 ans, j'ai bossé dans la restauration à l'âge de 17 ans, à l'âge de 11 j'ai commencé à bosser, j'ai fait les fêtes foraines, les bazars, je faisais des confectons, j'aime ça... j'adore le contact humain. »

**Pour revenir à tes besoins, est-ce que tu as des moyens pour subvenir à tes besoins comme l'hygiène, la nourriture ?**

« Ouais... ben heureusement que j'ai encore une brosse à dent... euh... ouais, ouais... heureusement. »

(Silence)

**Où tu passes tes journées ? Qu'est-ce que tu fais ?**

« Je me promène, je fais la manche, j'écris, je m'assois sur un banc, je réclame une clope ou 2, les gens me donnent 3, 4, c'est sympa, s'ils veulent pas me donner l'argent, faut pas taper, c'est pas sympa ! Je discute avec les gens et après j'étale ça sur mes pages blanches et je commence à donner des couleurs... »

**Quelles sont tes occupations ?**

« Ben... le yoga, le kung-fu, l'écriture, la musique, la littérature, je vais souvent à la bibliothèque... le plus possible. »

**T'as des petits jobs ?**

« Non aucun, mon seul job c'est d'écrire mon bouquin... »

**Comment tu te sens psychologiquement, émotionnellement ?**

« Ben, je suis quelqu'un de très émotif, d'émotif... je suis généreux, je suis gentil... »

**Mais par rapport à ce que tu vis ? Est-ce que tu te sens déprimé, comment tu te sens ?**

« Ça dépend des jours, c'est pas tous les jours... ça dépend des jours, si tu penses à des choses qui te touchent profondément... Oui, ça m'arrive de pleurer, toute façon je ne vais pas me cacher. Un homme c'est comme ça...hein..., y a quelque chose de sensible en soi et pis on a tous une part de féminité, je suis un mec (.....) donc y'a des gens qui se trompent pas quoi. »

**T'as de la difficulté à assumer ta situation, le fait de faire la manche ?**

« Ben c'était pas un choix, c'était pas un choix, c'est une fatalité, (silence) *fatalita* mais c'est pas grave, voilà on s'en sortira toujours la tête haute. Ça fait trois fois que je tombe dans le ruisseau la tête dans l'eau, à chaque fois j'ai toujours relevé la tête hein ! Personne va me dire ; écoute ceci... nana ni non non non, je veux pas qu'on me plaigne. Moi-même, quand je vois un handicapé, je vais pas le plaindre hein ! C'est pas sa faute certes, mais je vais pas le plaindre, du reste si tu commences à le plaindre, c'est là qu'il va t'envoyer chier. Moi je prends un mec je dis : « *ho putin !, tu fais chier avec ta chaise roulante, tu traînes !* » si on commence à s'apitoyer sur les uns sur les autres, laisse tomber hein ! Si t'habitais au 10<sup>ème</sup> étage, tu te jettes par la fenêtre ou tu te pends avec un élastique, tu crèves, t'as fait durer ta peau, c'est pas grave... »

**Comment tu qualifies ton état de santé ?**

(Grand silence)... « Bon, pas dire... moyen, pas dire trop bon, bon. »

**Qu'est-ce que c'est la santé pour toi ?**

« La santé c'est euh...pour moi c'est une question de moral, c'est avoir toujours le moral au beau fixe, tous les jours être positif. Même si y a quelque chose de négatif faut en retirer quelque chose d'avantageux, c'est comme le ying et le yang, le noir et le blanc, c'est ... Freud...c'est une osmose, voilà. »

**Donc pour toi la santé c'est plutôt psychique, mental ?**

« Mental... ben plus t'es bien dans ta tête, mieux c'est. »

**Tu te considères en bonne santé ?**

« Ouais, ouais, à part que, ...un coup de bar à mine, 8 points de suture à vif, coup de ventilateur, coup de boule, un rocher derrière la tête, un platane dans la tronche, un bout d'oreille arraché euh..., paralysie faciale, traumatisme crânien, coup de couteau, des balles, normal quoi, le quotidien ! »

**Et autrement quels sont tes besoins actuellement ?**

« Avoir une femme (éclats de rires), c'est une question d'équilibre, une femme... c'est important chez un homme et c'est vice-et-versa. C'est... y a une bonne entente. »

**Et par rapport à la santé ?**

« Je suis pas syphilisien, pas d'hépatite... enfin je touche du bois (touche la table). »

**Mais tu n'as pas d'attente par rapport à la santé ? Sexuellement ? (Grand éclat de rire)**

**Non par rapport... (il m'interrompt)**

« Même si j'étais atteint d'une maladie et après quoi ? Tant pis je l'ai eu, on va pas refaire le monde hein ? Je suis désolé, maintenant faut faire avec, voilà. Moi, mon ami il a eut le sida, mais... mais, fait chier qu'il l'a, c'est pas pour ça qu'il me répugne au contraire je l'aide, je l'aide. »

**Est-ce que t'as besoin d'aide pour rester en bonne santé ?**

« Oui...de temps en temps je vais à l'hôpital pour des petites bricoles, normal, normal on a conscience quand même de son corps humain. »

**Donc tu sais où aller quand tu as besoin de soin ?**

« Oui ! Moi, j'ai une panoplie d'adresses. »

**Est-ce que tu as des appréhensions quand tu vas à l'hôpital ou chez quelqu'un "d'autre te faire soigner ? Par rapport à comment ils vont te percevoir etc....**

« Des appréhensions...ouais toujours. »

**Est-ce que tu pourrais te dire ; ouais j'y vais pas ?**

« Tout dépend de la façon d'être soigné, j'ai peur des aiguilles, voilà. »

**T'as plutôt peur du soin que du regard des soignants ?**

« Je fais confiance à la médecine, autrement je n'irais pas à l'hôpital. Si je devais calculer le nombre de fois que je suis allé à l'hôpital entre septembre 2005 jusqu'au début de l'année 2006 : y'a Montpellier, Perpignan, Médecin du Monde, Croix Rouge, euh... y'en a beaucoup. »

**Qu'est-ce qui est le plus difficile pour toi maintenant dans ta situation ?**

« Le plus difficile pour moi, c'est que les gens ne s'acceptent pas comme ils sont, et ils ont un manque de respect envers l'individu qu'ils ont en face d'eux et ils le prennent pour un moins que rien, ils vousoient, ils sont hautains, ils sont snob et puis... euh...même si vous faites la manche et que vous êtes bien habillés, les gens sont encore étonnés de savoir « *ha mais vous êtes bien habillé* » et ben quoi ? Attendez ! Je vais pas me déguiser en clochard pour faire pitié non ?! J'ai aussi une hygiène de vie à respecter. Les gens font comme ils ont envie, en tout cas moi... je reste correct et poli avec les gens, c'est tout ce qu'il faut faire. Si on commence à devenir agressif envers les uns et envers les autres... L'agressivité, ben, si on la transmet c'est comme un aimant, alors donc faut éviter de transmettre la colère envers les autres, faut éviter d'envenimer les histoires qui n'ont ni queue ni tête. »

**Et quelles sont tes préoccupations ?**

« Oulala... je crois qu'il y a un manque de discernement... je crois. Si je peux faire la différence entre la Suisse et la France c'est que en Suisse, les gens sont beaucoup mieux suivis qu'en France. En France c'est une espèce de « j'menfoutisme » grandiose. Quand on parle de chômage en France, qu'on parle de structure de soin, d'urgence ou de clinique...mais ça va mal... parce que il y a un manque d'effectif, la France n'écoute pas ! La France avait des ingénieurs, de grands, grands, ingénieurs, ils sont tous partis à l'étranger, pourquoi ? Parce que la France ne veut pas investir, ils ont peur, c'est comme les petits chiens, ça aboie mais ça pisse pas loin... alors automatiquement c'est une préoccupation. La France est malade ! »

**Mais est-ce que tu as des préoccupations en lien avec ta situation et par rapport à ce que tu vis dans la rue ?**

Non, non, non ! Si je commence à m'apitoyer sur mon sort ça va pas aller! »

**Et bien merci beaucoup, je sais pas si t'as envie de rajouter quelques chose ?**

« Merci micro (rire) »

### Entretien n°III

#### Comment tu t'es retrouvé dans cette situation (absence de domicile et toxicomanie) ?

« (Rire) Ben c'est une succession de choses, c'est long hein, je veux dire euh... en gros... ben, disons que je suis tombé dans la toxicomanie très tôt.

Bon là, j'ai 38 ans et pis j'ai commencé les drogues dures, donc à snifer à 15 ans, donc c'était très long de parti... et puis à peine j'avais mes 18 ans, donc mes parents ont une ferme, m'ont dit : « *c'est pas un hôtel* », et pis à l'époque y avait pas encore vraiment la méta (méthadone), des substitutions vraiment valables et tout...

Donc le premier jour, j'étais malade, j'avais pas d'argent, j'étais en apprentissage, fallait dealer, donc je partais le soir, je revenais, c'était la catastrophe, pis ils m'ont dit « *soit tu bosses à la ferme ou tu pars quoi !* », je veux dire ils en avaient marre. Ils ont appris là que j'avais dit : « *mais ça fait 2 ans !* ». »

« C'était pas très crédible parce que... J'avais une boule à l'estomac, c'était la première fois que j'avais plus eu de boule à l'estomac depuis que je me souviens ... donc très vite j'ai chuté, et pis bon j'ai fait de... voilà depuis l'âge de 17 ans jusqu'à 28 j'étais dans la rue, je dormais chez des copines, j'ai même dormi dans l'entreprise où je faisais mon apprentissage tout ça, et puis en 90 à peu près... bon en 96... ce qui s'est passé c'est que j'ai fait une chute, ça c'est important parce que y a une coupure dans ma vie, une énorme chute du 3<sup>ème</sup> étage en faisant un cambriolage et je me suis brisé le genou, près de l'os tibial, j'ai eu 2 ans les béquilles. »

« J'étais mis dans une maison de repos, là j'ai refait le con, je me suis pendu 7 fois de suite, pour faire la pharmacie, à la chéneau avec une jambe pétée à 12 mètres du sol. Je me pendais à la chéneau, j'avais fait une entaille dans le plafond pour pouvoir me balancer à la chéneau, parce qu'ils fermaient pas la fenêtre de la pharmacie vu que c'était tellement haut, et pis je rentrais dedans, je prenais les médicaments, les benzodiazépines hein, ...et pis un jour ils se sont quand même rendu compte et pis ils m'ont mis pour un sevrage forcé à Perreux à Neuchâtel. »

« Donc, là, c'est le début de mon premier arrêt... Non le premier sevrage j'en ai fait un au Locle, c'était sur 2 semaines où tu fais un traitement et après au revoir. Mais c'était la première fois qu'il y a eu un suivi, ils m'ont gardé là... même (soupir) pour le sevrage, 17 jours enfermé ensuite... je suis resté 4-5 mois à (l'hospice salon) et pis après... autant au Levant : pas de bagues, pas de lettres, pas de téléphones, sans rien... isolement, casser la personnalité de la personne... si vous aviez les cheveux longs, ils vous les coupaient, si vous les aviez à la skinhead, ils vous les faisaient pousser... vraiment ils vous cassaient la personnalité, donc pas de bijoux, pas d'habits noirs, pas de slogans, tout ça. »

« Moi je suis arrivé avec une valise et un sac de sport et quand on m'a fait la fouille j'avais plus qu'un sac de sport, la valise elle est partie à la censure (rires).

Et pis là ça a fait une année, j'ai bien réussi. Il fallait être abstinent hein, pas de méthadone rien du tout à l'époque, vraiment ...j'étais « top top » et après, j'ai fait 5 ans d'abstinence en comptant les 12 mois du Levant... »

« Et pendant les 4 mois que j'étais dehors je me suis marié, j'ai dit à ma femme que j'étais toxicomane, mais elle venait du milieu du Brésil et elle voyait quelqu'un de bien, quoi, je travaillais, je gagnais bien ma vie, je vivais dans le petit appartement qu'on a maintenant là et pis voilà. Vers 1998-99, ça a commencé à aller très mal, on a appris qu'on allait pas avoir d'enfant tout ça, et pis ma femme a fait une décompensation psychotique, elle a dû aller à Cery et comme moi j'ai mal vécu la psychiatrie, le sanglage au lit tout ça... j'ai dû l'amener parce que j'avais pas d'autres solutions... elle voyait le mur se refermer, elle me disait qu'elle avait tué le bébé, des choses qui étaient... ça fait peur quoi, moi je pouvais pas... je travaillais, je pouvais pas !

Alors...C'était horrible quoi, quand elle griffait la... la porte vitrée là ; « *non non laisse-moi pas* ». J'ai cru que j'avais fait la pire chose de ma vie quoi ! Et pis là, moi, ben j'ai commencé à déprimer... et pis aussi de culpabiliser... parce que c'est moi qui ait cette stérilité d'accord ? Donc j'ai culpabilisé, je me suis mis à la « rotter », je sors plus le samedi..., j'ai fait une compensation de la drogue sur le travail, mais à fond à fond. Je ne voyais plus ma femme, je pouvais presque plus la regarder quoi..., tellement j'avais honte et pis ce qui devait arriver est arrivé... mon dos a claqué, une hernie discale et pis voilà quoi... je veux dire depuis euh...quoi, j'étais 2 ans à l'assurance-maladie et pis depuis 1<sup>er</sup> euh 10 janvier 2003 j'ai fait ma demande AI.

J'étais au Levant, mais c'était plus la même chose, avec médication..., j'étais à des fortes doses de médicaments en mg... je vais pas donner en CC parce que entre canton ça change, donc en mg [il réfléchit à haute voix]:j'ai 150 ça fait 300, 375, [il réfléchit] 375 mg. Ça fait 150cc de méthadone. »

### **Tu consommes quoi en fait ?**

« Je consommait de tout avant hein ! J'étais poly-toxicomane, mais de tout... alcool, tout... et pis en 99 j'ai appris mon hépatite C, j'ai stoppé l'alcool du jour au lendemain, je bois plus une goutte d'alcool, mais pas une goutte hein ? L'héroïne, j'ai arrêté au Levant et j'ai pas recroché à l'héroïne, mais j'ai croché à la métha. Parce que l'héroïne quand je suis sorti, une drogue que j'ai croché en 99, c'était plus de l'héroïne, c'était rien ; les gens devaient rajouter des médicaments pour sentir quelque chose, moi quand j'ai vu ça j'ai dit : *non ! Non !*, et pis j'ai eu des gros problèmes avec la cocaïne, ça a été la cocaïne le gros problème... et la cause du divorce après 9 ans. »

### **T'as reçu de l'aide par rapport à ta situation ? Et de qui ? T'avais cité le Levant tout à l'heure...**

« La cure au Levant m'a appris, m'a donné les moyens maintenant de ne plus consommer, j'ai les moyens de ne plus consommer si je veux. Pour l'instant je suis obligé de prendre une médication parce que je souffre d'autres problèmes qui sont dus à mon enfance un peu ...ouais mon père n'était pas très tendre, je vais pas rentrer là dedans, c'est quelque chose dont j'ai plus envie de parler, mais euh... j'en avais tellement peur que c'est resté...

Maintenant je suis une..., le Levant m'a appris le premier... m'a appris le respect, j'avais plus de notion du bien, du mal... tout ça... de respecter une hiérarchie tout ça. Ensuite le travail m'a remis dans le coup et le deuxième Levant, qui était...ouais... folklorique je dirais, m'a quand même appris quelque chose : c'est la tolérance, parce que y avait des cas plus grave que moi du point de vue diagnostic, on dit double diagnostic, mais on était jusqu'à des quintuples diagnostics. »



« Moi je me considère comme... j'ai en tout cas 3 diagnostics psychiatriques prouvés donc euh... voilà. J'ai appris la tolérance envers ces gens qui devaient prendre des doses de médicaments qui les... qui un moment me rendaient fou, pis là j'ai appris à vivre et pis, j'étais 36 mois là-bas hein ! »

« La deuxième fois, je suis sorti qu'en novembre 2004 donc j'ai vu beaucoup de gens passer. Je les ai vu arriver, certains sont repartis dans le même état... même pire, certains... sont morts et ceux qui sont repartis bien, ben j'ai appris à les connaître bien et c'est là je me suis dit : *j'ai jugé trop vite* et ça, ça m'a appris beaucoup de choses... et pis point de vue travail... bon là j'ai pas pu avoir l'aide voulue parce que je peux pas me présenter au chômage ! »

« J'aurais le droit, j'ai travaillé toute ma vie, je veux dire, j'ai 2 CFC hein ! Un de menuisier, un de parqueteur... mais je peux pas... parce que je peux pas... je peux pas me dire... s'ils me disent ; *« on a un travail pour vous »* je peux pas dire oui ! Je peux pas travailler plus en tout cas que... actuellement disons 20% ,je peux travailler 20% après je suis... mais raide, je peux plus, c'est fini je veux dire ! J'ai 38 ans physiquement, mais dedans... j'ai eu un check-up y a pas longtemps, la doctoresse elle a dit : *« vous avez les organes en état, mais dans l'état d'une personne d'une cinquantaine d'années ... Vous avez des problèmes, c'est normal votre cœur a pas de cholestérol beaucoup, mais il en a. donc vous avez... » »*

### **Tu penses que c'est lié à quoi ?**

« Ben a la vie que j'ai eu, je veux dire (rires) quand on vit dans la rue, vous faites des trucs complètement fou, la prison bon, là je vais passer par-dessus mais j'ai pris 7 ans hein ! Entre 90 et 96, je suis passé en psychiatrie une année et demi aussi ...et là alors c'était plus euh... sous la tutelle c'était en carcérale je revenais de B. où j'avais fait une overdose, je veux dire c'était tout ça qui m'a usé... pis la violence, l'excès parce que euh... par exemple, à l'époque, y avait des somnifères qui s'appelaient Rohypnol qu'il fallait prendre au lit parce que sinon vous vous endormiez en allant au lit, et ben moi j'en prenais 30 en me levant pour pouvoir affronter la journée... Donc voyez l'excès ! Donc automatiquement les reins prennent un coup, le foie... j'ai une hépatite C et pis j'essaie de ne plus toucher... à me piquer.

J'ai 22 ans de toxicomanie et pis je suis content de moi (montre ces bras ainsi que ses veines) j'ai bien tenu le coup quoi ! Mais intérieurement et psychiquement j'ai laissé des plumes comme on dit. »

### **Et t'avais quoi comme moyen pour subvenir à tes besoins ?**

« Alors, j'ai... alors, jusqu'à... euh... janvier euh... jusqu'à... je suis rentré en juin 2002, j'ai eu euh... non ! On dira jusqu'au 31 décembre 2002, j'ai eu euh... un travail... voyez l'assurance maladie, 2 ans d'assurance maladie parce qu'il fallait... j'ai eu une année, ce qui est normal... on a droit à une année normalement... pis après ils vous envoient un papier, y faut vous inscrire à l'AI, et là ils vous continuent de payer une année. Donc, j'ai eu 2 ans de... on peut dire que jusqu'en fin 2002 j'ai reçu mon salaire de parqueteur. Et après bon c'est le SPASS... »

### **Et maintenant ?**

« Maintenant c'est l'aide sociale, le RI maintenant... depuis... depuis le 1<sup>er</sup> janvier ça s'appelle le RI, je pense que vous savez... »

**Je ne connais pas !?**

« Non ? C'est plus l'aide sociale vaudoise c'est le RI en fait ce qui change surtout c'est plus remboursable, on a plus besoin de rembourser mais par contre c'est beaucoup plus sévère et les jeunes de 18 à 30 ans ils vont devoir faire euh... passer par des ORP, ouais c'est que... ils doivent trouver du travail, pas tout de suite passer à l'aide sociale et pis l'AI. Autrement y voient que y a des gens depuis l'âge de... qui ont jamais touché au travail, ils ont fait leur école, ils ont fait un semblant d'apprentissage, ils ont raté leur apprentissage et se sont retrouvés sans emploi et ils sont devenus toxicomanes, ils sont allés à l'AI, à l'époque ça marchait... et puis ils ont reçu l'AI à vie quoi... à 100% et ça, ils veulent plus quoi.

Donc maintenant ils essaient de lutter et je trouve que c'est bien parce que moi je me retrouve... ben 38 ans dans ce cheminement-là mais j'ai l'impression que c'est... c'est un garage, c'est un tunnel fermé quoi je veux dire on vous met là, on vous donne 2, 3 sous pour vivre, c'est sympa hein ! Mais bon... moi je suis jamais venu demander, j'ai jamais fait la manche, bon c'est vrai que je faisais du trafic euh... bon c'était pas le trafic interplanétaire mais c'était du trafic pour survivre pour me payer des doses et tout ça, c'est clair quoi... mais on m'a quand même toujours aidé. »

**Comment tu te sentais à l'époque émotionnellement psychologiquement ?**

« À quelle époque ? »

**Quand tu étais dans la rue ?**

« Ah ! C'est le stress ! Moi je suis quelqu'un qui souffre d'angoisse généralisée hein, c'est un des symptômes... même qu'y a rien je suis angoissé. Je suis bileux, c'est-à-dire que quand je pense au travail... j'ai jamais dormi un dimanche de la nuit du dimanche au lundi... jamais à cause du stress. Je vis déjà la journée du lendemain le dimanche je suis au travail déjà, et j'ai jamais réussi à dormir bien du dimanche à lundi donc je... ça a rajouter le stress de savoir... parce que quand on vous met dans une pension et qu'on vous dit pendant 15 jours vous avez droit à ça, sur 15 jours..., ouais ok les 15 jours c'est hohoho ! Et pis c'est fini... et y faut trouver autre chose et ça je l'ai vécu comme...

C'était dur parce que j'avais l'impression que... j'étais toxicomane, mais j'avais donné, j'ai payé mes impôts (bon ben à la fin j'ai plus pu, je veux dire quand c'était tout les 2 ans... j'avais gagné 84'000 francs l'année, la dernière année et je payais 7000fr. d'impôt alors que j'avais plus de revenus, c'était un peu fou quoi !) donc ouais ça jouait plus, alors je me suis senti un peu abandonné vu que mes parent euh.... »

**Ils ne t'aidaient pas ?**

« Ils m'ont aidé ! Heureusement ils m'ont aidé à la fin, vraiment quand c'est devenu euh... l'hiver et pis que c'était le mois de février 2005... j'étais 15 jours euh...

En fait, c'étais juste avant que j'aie à la pension Cédric... j'étais dans un studio d'une copine, c'était son copain qui l'avait, pis sa copine l'a pris chez lui mais ça a pétié entre les 2, il est revenu un soir, bon ben voilà quoi... elle m'a foutu dehors, alors elle m'a quand même gardé par terre, je dormais par terre un moment...

Mais un jour voilà quoi... j'ai téléphoné à ma mère parce que ça pouvait pas continuer, elle est venue avec la voiture, elle a... on a trouvé la pension Cédric à Béthusy, c'était pour une durée très courte de 15 jours... oui, de 15 non, 25 jours c'était 25 jours où j'avais le droit d'avoir le prix fort, le mec y m'a fait payer 1600fr. pour 25 jours pour une chambre ! Il m'a vraiment taxé mais c'est le dernier recours. »

« Et pis durant cette période-là, j'ai cherché, cherché, cherché... et le seul qui était d'accord c'était « studio moderne » mais il ne travaille plus du tout avec le social, je trouve aberrant ! Eux, ce qui veulent, c'est qu'on leur apporte l'argent du 1<sup>er</sup> loyer et une garantie de 1000fr. sur la table en argent... et à ce moment là ils vous font le bail et c'est avec le bail que les sociaux vous donnent l'argent... donc c'est impossible, vous allez vers les sociaux leur dire faut m'avancer 1000fr je vais vite chez lui et je reviens dans une heure avec le le bail, ils disent : « *non ! Nous on peut pas fonctionner comme ça, il faut le bail* ».

Et pis vous allez vers lui, vous lui dites : « *écoutez vous me donnez le bail je cours au sociaux je reviens, j'ai l'argent ils vous disait la même chose, non nous on fonctionne pas comme ça et c'est impossible* » »

« Et là, ma mère a dit à ma grand maman, ils se sont arrangés, parce que ils sont pas très riches hein ! Et pis mes parents se sont mis à payer 1000fr. j'ai signé un papier comme quoi chaque mois je remboursais sur mon... mon revenu 100fr, et pis ma grand maman la même chose... donc ils ont mis 1750fr sur la table... et pis on a été directement après à l'aide sociale.

Là on a rempli les papiers que c'était eux-mêmes qui versaient les 100fr. par mois, et pis c'est comme ça que j'ai pu avoir une cellule où j'avais la clef. »

« C'était vraiment une cellule où on a la clef et pis les toilettes n'étaient pas visibles... La seule différence, c'est que j'ai fait une dépression... vous pouvez pas vous rendre compte c'est... être seul dans cette chambre en plus y avait un tapis vert plus foncé que les feuilles d'arbres... les murs en velours rouges foncés... et vous êtes tout seul.

Vous êtes en divorce, ça me...ouais je ne regardais même plus la télé, bon j'avais pas la télé en plus (petit rire) mais j'aurais pu en avoir une... mais ça ne m'intéressait pas, j'avais mon chien... je ne pouvais pas le prendre... il a dû rester chez ma femme, j'étais seul ! Seul ! Seul ! Seul ! J'allais chercher ma méthadone à St Martin, je rentrais... je restais sur le lit qui était le canapé en fait... c'était un canapé hein ! C'était pas un vrai lit... c'était un canapé, et je restais comme ça, [reste immobile sur sa chaise] et j'attendais le soir... et le matin... et ça a duré 2 mois et pis ma femme, elle aussi, commençait un petit peu à aller mal.

Une décompensation recommençait parce qu'elle voulait retourner au Brésil d'où elle venait et pis elle m'a dit : « *écoute euh... j'arrive plus à payer le loyer c'est dur !* » Et ben... j'ai dis : « *je viens comme sous-locataire pis on paye chacun la moitié du loyer* », et pis elle a dit : « *bon ok on fait comme ça alors* » mais alors c'était bien séparé hein ! Sa nourriture, c'était la sienne... parce que elle me connaissait, elle avait pas confiance hein ! Neuf ans avec un toxico...enfin 9...4 euh... 5 ans avec un toxico, elle sait que j'étais capable de bouffer sa bouffe si j'avais faim quoi... Donc on a tout séparé, on a mis les noms sur le frigo, sur les trucs et pis ça c'est très bien passé jusqu'à maintenant...

Pis après, elle est partie au mois de septembre en sachant pas vraiment si elle rentrerait, elle avait 6 mois hein ! Avec le permis C ...et pis là, ben, elle rentre le 30, lundi prochain, je suis content (sourire) mais c'est pas pour se remettre ensemble ! C'est cassé... mais il y aura quelqu'un et en plus y aura sa nièce... que je connais très bien, parce que je suis allé plusieurs fois au Brésil, qui vient faire un cours de langue, et pis c'est sympa ...donc elle dormira dans le lit qui est le nôtre quoi... et moi j'ai le salon... un bon canapé-lit, donc c'est super ! Y aura du monde, un peu de vie dans cet appart quoi ! »

« Mais je dois dire que depuis... ben au mois de novembre, j'avais plus touché à rien... ben le tranxilium®, j'avais tout arrêté déjà depuis plusieurs mois, j'ai tout arrêté, j'ai pas repris et pis la coke ça fait presque une année que j'ai... ouais presque une année que j'avais fait... en une année j'avais fait une boulette donc un shoot en une année... et pis au mois de novembre j'ai ...ouais mais elle était partie le mois avant je pense... j'ai refait une dépression, et là comme pour lutter contre la dépression j'ai dis : « *mais qu'ils aillent tous se faire foutre, je paie pas le loyer, je paie rien du tout !* » et c'est vrai que novembre-décembre j'ai pas payé une facture, et je me suis envoyé mais alors une quantité de cocaïne, je bougeais même plus de chez moi, c'est le gars... le...le dealer qui venait chez moi tous les jours m'amener 5, 10 grammes, j'avais un billet de mille que je gardais pour le loyer... pour finir ben allez,... ouais, pour finir j'avais une tasse, tu sais une tasse chinoise remplie... j'ai pas arrêté, j'ai pas arrêté, j'ai pas arrêté... jusqu'au 6 décembre 05, on peut dire depuis le 6 novembre jusqu'au 6 décembre Et pis là, ils sont venus me couper l'électricité, et là j'ai été franc quoi, j'ai été aux Sociaux et j'ai dit : « *voilà, j'ai merdé, j'ai plongé* ». »

« Ma référente, euh... je crois qu'elle a apprécié le fait que j'ai pas cherché une excuse. Ils se sont arrangé et pis ils m'ont payé 3500fr. de facture, ils m'ont envoyé une lettre comme quoi... exceptionnellement, euh...ça pouvait arriver, que peut-être j'avais pensé que, ils savent très bien que c'est pas vrai... mais ils fallait qu'ils justifient pourquoi ils ont fait ça, que j'avais peut-être pas très bien compris que l'électricité, le loyer tout ça étaient compris dans ce que je recevais. Ils m'ont bien marqué en bas en gros que si ça devait se reproduire des sanctions seraient prise sur ce que je reçois, voir même me supprimer carrément le social quoi... mais ils ont pu payer ça et là ça m'a...soulagé ! Parce que j'avais arrêté et j'ai pas passé par... ouais, j'ai pas passé par une grosse ...parce que souvent après une grosse consommation de cocaïne y a une... la même euphorie qui a dans la cocaïne, on a la même dépression en force... donc j'aurais dû être très fortement secoué et le fait que... G. le copain-là et un autre D. qui a une veste bleue et blanche et un autre ami qui habite près de chez moi, je veux dire c'est des amis, y'a pas... c'est pas un qui dépasse plus les autres non, par exemple... un était malade... moi j'étais en état, bon il a été franc, il a dit : « *j'ai fait le con avec ma métha je suis en manque et tout* » alors je lui ai donné une dose juste pour pas qu'il soit malade (en manque) pour qu'il tienne jusqu'à demain matin. Mais y'a qu'avec eux... c'est impossible avec les gens de faire ça. C'est qu'avec ces 3 personnes, on peut pas faire ça avec quelqu'un d'autre ! C'est impossible ! »

### **Et maintenant tu consommes quoi ?**

« Alors maintenant je consomme plus rien, ma métha et mon tranxilium®, 2 tranxilium® et demi et un anti-dépresseur bien sûr. Je suis ce qu'on appelle bipolaire, et pis borderline c'est-à-dire toujours prêt...enfin j'ai fait une tentative de suicide au Levant... mais avérée... parce que y'a de ceux qu'ils appellent des tentatives de suicide comme des appels au secours... parce qu'on en a parlé, parce qu'on a fait pour qu'on voie... et pis y a celles qu'on appelle avérée... et là, c'était avéré parce que j'étais au studio... personne aurait dû passer avant minuit, jamais personne passait me voir avant minuit ! »

« Et j'ai pris 200cc de méthadone et 10 de tranxilium® donc c'est radical... J'veux dire euh... après le truc c'est que vu que le médicament est très puissant et qu'on est dans un sommeil euh... parce que j'étais tombé, ma lampe de chevet... moi je sais pas ce qui s'est passé, mais la voisine du dessous... j'étais déjà allé 2 fois à l'hôpital euh.....ces derniers jours-là parce que j'avais fait des appels au secours mais...mais là j'avais cassé la clef dans la serrure vraiment tout était prêt... j'étais sur mon lit ben et pis elle a eu... quand elle est montée, qu'elle a vu que c'était fermé tout ça, elle a couru au bureau, ils sont venus, ils ont même pas essayé d'ouvrir, ils ont défoncé la porte et puis j'avais 12 pulsations minutes donc j'ai failli y rester.

Et pour eux ça été une alerte c'est pour ça que maintenant je suis suivi par 3 médecins, un psychiatre, une infirmière et une personne qui travaille beaucoup sur la violence et l'agressivité, parce que dans un suivi comme ça, y a de l'agressivité aussi...

C'est que... je sais pas comment expliquer... Je crois que ce jour-là, j'ai regardé à droite, à gauche, devant derrière... y avait pas une petite lueur, y avait pas... on voit toujours normalement au moins un petit truc qui va... un p'tit truc qu'on se dit : ben ça va pour ça ! Mais là y avait plus rien, ma femme partait euh... ouais... je venais de faire le divorce devant le tribunal, ouais... ouais je suis passé d'un gars qui bossait, qui avait une voiture, un appart, une femme et tout d'un coup je me suis retrouvé sans rien et pis là j'ai réalisé que tout était...mais pourquoi je suis là quoi ?

Mais je suis content qu'ils m'aient sauvé. »

### **Qu'est-ce que c'est la santé pour toi ?**

« Je la vois maintenant alors complètement différent qu'avant, jusqu'à l'âge de....

Dans les premiers temps pour moi la santé n'avait aucune importance, je pensais de toute façon que...l'an 2000, jamais j'ne verrais ça quoi ! Avec toutes les conneries que j'ai faites... je ne pensais pas arriver là... et je n'en avait absolument rien à foutre parce que j'étais malheureux, j'étais malheureux quoi ! Ma famille m'a rejeté, on s'est pas vu hein, pendant 9 ans, on s'est pas du tout revu, pas parlé !

J'étais en prison ils sont pas venus, j'ai fait 4 mois à l'hôpital physique à cause du genou, et après à la maison de repos et pis après à Perreux... jamais un coup de téléphone, y savaient où j'étais, mais jamais y sont venus, jamais une carte, jamais un truc quoi...

Même s'ils m'avaient écrit pour me dire : « *t'es un con !* » au moins ils m'auraient écrit...ouais... rien, comme si j'existais pas, c'était horrible !

Alors maintenant la santé pour moi... c'est très important, et c'est pour ça que j'ai jamais utilisé la seringue de quelqu'un, j'ai jamais couché avec une inconnue euh... sans préservatif... à part avec ma femme dans les années 70... et au début de ma vie sexuelle... on parlait pas des maladies dangereuses comme le sida et tout ça quoi... et pis voilà quoi, je fais attention.

Et pis maintenant pour moi la santé c'est ... c'est important pour moi, et c'est important de le dire aux autres pour essayer de dire : « *mais nom de Dieu regardez... !* » Parce que moi... je vois des jeunes qui tombent en quatre ans ! Mais y sont ravagés... mais dix fois comme moi que j'étais à 22 ans.

Et c'est ça qui me... ça me fait mal au cœur. »

**Dans ton cas, être en mauvaise santé c'était dû au fait d'être à la rue et de toucher à la drogue ?**

« Oui... voilà et on n'est pas bien... on risque notre vie à tout moment euh... Non, maintenant, je veux dire non ! J'ai envie de vivre, j'ai envie que... que l'AI se mette en marche pour une fois et pis que... parce que moi, j'ai demandé une reconversion professionnelle... parce que je pense pas qu'à 38 ans j'ai fini ma vie professionnelle, j'ai 2 CFC... j'ai des notions assez ...euh...en informatique j'ai Word le truc là, comment ils appellent ça euh... le niveau euh... le niveau utilisateur et pis Excel aussi j'ai le niveau utilisateur, je pense que... avec des cours, des trucs je pourrais faire quelque chose.

C'est pas parce que j'ai des problèmes... simplement, je sais qu'il me faudra du temps pour arriver à 100% ! Donc il faut que je puisse trouver des gens qui puissent m'aider, qui sont d'accord de me donner une chance, et l'AI aussi... de me donner une chance... parce qu'ils peuvent aussi décider que : « *non, cette fois-ci on va pas vous payer des écoles, des écoles à votre âge et qui servent à rien quoi ! Autant vous payer vos 1000fr et quelques* » et pis voilà quoi. Donc je dois bientôt aller voir un médecin....euh... (Il réfléchit un moment) pour évaluer, un psychiatre qui est le psychiatre de l'AI. Parce qu'ils ont le rapport du psychiatre, mais ils veulent un deuxième avis... »

**Est-ce que t'as vu un changement sur ta santé lorsque tu as eu un domicile fixe ?**

« Ah oui ! Ah oui ! J'ai retrouvé... déjà, j'ai repris mon chien, tous les jours, tous les matins, je viens chercher ma méthadone, je pars de Chailly à pied jusqu'à St Martin, après je viens prendre mon petit déjeuner ici. Donc j'ai repris le goût à voir les gens et c'est aussi grâce à G. et à des amis qui m'ont forcé quoi... parce que je rentrais chez moi tout le temps... je prenais ma métha, pis ils me disaient : « *mais viens, viens manger quelque chose* » et pis depuis qui m'ont amené ici ben voilà. Euh... je mange, bon je fais attention le régime hépatique chez moi, il est très strict... parce que je ne supporte même pas les pâtes aux oeufs pour vous dire ! Donc euh...et pis je suis tellement nerveux que je dois prendre des trucs euh... des compléments nutritionnels liquides parce que la viande, elle reste là... (Montre l'œsophage) parce que le truc qu'on a ici qui ouvre et qui ferme, il est comme ça (montre qu'il est petit avec ses doigts)! »

**Est-ce que tu aimerais rajouter quelque chose ?**

« Non, ça va. »

## Entretien n°IV

### Âge ? Origine ? Famille ?

*Suisse, 50 ans dans une semaine, engagé au niveau du P.I.F. (Pour une injection futé) Veuf d'un premier mariage, sa femme est morte du SIDA duquel son nés deux enfants, aujourd'hui âgés de 26 et 27 ans, il s'est remarié et a eu un fils qui a aujourd'hui 8ans. Il y a de cela environ 4ans il a divorcé et son ex-femme est partie avec son fils en Angleterre.  
A été 18mois sans domicile. Il a retrouvé un appartement il y a de cela 2ans.*

### Comment vous êtes-vous retrouvés dans cette situation (absence de domicile, dépendance) ?

« Plusieurs événements m'ont amené là. Tout d'abord le divorce. C'était tellement dur... Ma femme est partie en Angleterre avec mon fils.

J'ai tué un homme. Son doberman avait attaqué mon fils, à la lèvre, là (*montre sa lèvre inférieure*), j'ai eu le réflexe d'aller rechercher le morceau de lèvre dans la gueule du chien... Ensuite, j'ai ramené le chien à son maître en le tenant par le cou. Son propriétaire m'a insulté et dit que c'était mon fils qu'il fallait surveiller ! J'avais malheureusement fait de la boxe... le coup est parti... il est tombé, mort.

J'ai été condamné à 2 mois de préventive, puis relâché, parce que le juge a dit qu'il pouvait pas garantir qu'il aurait pas fait pareil dans cette situation... J'avais plus de passeport... Je ne pouvais plus quitter la Suisse, et donc voir mon fils, alors ma femme a dit que j'étais un mauvais père, que je n'allais jamais le visiter.

Je n'avais plus de raison de vivre. Je ne payais plus mes factures, mon loyer... J'ai donc perdu mon appart.

Pendant 2 ans j'ai dormi sous le pont Bessière avec un autre. On avait un réchaud et on tirait un drap pour se cacher derrière. Des fois, j'allais aussi dormir chez l'un ou l'autre... »

### Que consommez-vous ? Et à l'époque ?

« Je consommait de l'opium, de la morphine, des amphét. de l'héroïne, de la cocaïne, de la teinture d'op. (Opium). A la naissance de mon enfant, j'étais HIV positif, ma femme négative et ça m'a donné un coup de pousse... J'ai promis à mon fils, j'ai mis mes mains sur son front, il était dans son berceau..., je lui ai promis que je ne toucherais plus à l'héroïne... Je voulais être un bon père...

Maintenant, je prends encore, parfois, de la cocaïne, j'ai de la peine à arrêter totalement, de la méthadone, d'ailleurs au début j'avais commencé la métha. pour avoir un produit de plus... et du cannabis. »

### Recevez-vous de l'aide par rapport à votre situation ? Si oui de qui et sous quelle forme ?

« Je recevais l'AI, 1100.- par mois, mes assurances étaient déjà payées. Les premiers temps, je cherchais pas de travail, après j'en avais marre car physiquement je commençais à être fatigué, mal.

Maintenant je commence à sortir la tête de l'eau, à mettre mes factures à jour... »

### Quels moyens aviez-vous pour subvenir à vos besoins ? (Nourriture, hygiène, logement...)

« Les gens avaient peur de moi... à cause de mon nez cassé... je ne pouvais pas faire la manche... J'allais chercher des cornets de « bouffe » dans différents lieux. Je recevais l'AI, 1800.- /mois. »

« Je dormais parfois à la Marmotte, mais quand je n'avais pas d'argent, ou que c'était tout plein, je dormais dehors... Pour avoir une place, certains algériens viennent avec des couteaux pour passer devant.

Ils menacent les gens avec... Là-bas c'est très dur parce que tu es toujours confronté à la dope. Quand tu sais, tu connais l'Héro et que tu sais que ça te réchauffe, c'est dur !

L'habit ne fait pas le moine, mais en Suisse oui ! Je n'avais pas toujours des habits pour me changer... »

« J'ai trouvé un travail. j'ai fait deux mois durant le concierge dans un immeuble... un bâtiment « dégueu. »... et c'est grâce à cela qu'après ils m'ont « donné » un appart. Quand j'étais là, je ne n'osais pas même demander aux locataires une couverture, ça aurait montré que j'étais à la rue. C'est très humiliant.

Je suis pas quelqu'un de suicidaire, mais là j'y ai pensé... Quand j'allais à la soupe (*soupe populaire*), je voyais tous ces regards méprisants...

J'ai souffert de l'étiquette pendant des années. Avant je cachais que j'prenais de la dope... Maintenant plus... c'est un moyen pour s'en sortir. J'essaie de transmettre mon expérience aux autres... J'ai commencé à travailler avec une médecin, je fais des conférences avec elle et ça m'a redonné confiance en moi. Je ne me sens plus inutile... c'est depuis-là que ça va mieux. »

« Quand tu es SDF et que tu veux dormir dans une chaufferie, tu es éjecté... Tu es obligé d'avoir tes papiers et 10.- sur toi... Ben voilà... C'est dur ! Parce que si tu as de l'argent, tu achètes de la « bouffe » avant une carte d'identité !

Pour me doucher, j'allais à la Marmotte, au Passage, au Point d'eau, aux abris PC (en hiver), au Sleepin, au Parachute.

Il y a assez d'endroits... même pour recevoir des habits gratuits !

C'est surtout l'humiliation de dormir dehors, la peur de « chopper un grosse crève » et de mourir qui est dure.

Heureusement ça n'a duré que 2 ans... mais c'était drôlement long !!!»

### **Où passiez-vous vos journées ?**

« Dans la rue, au Passage... mais j'étais pas fier de ma situation, j'avais peur de rentrer en discussion là-dessus... »

### **Quelles étaient vos occupations ? Aviez-vous un travail ?**

« Durant le jour... je faisais des petits jobs au Passage... ou du nettoyage d'appartement, mais tout passait dans la dope...

Maintenant, depuis que j'ai un appart. j'ai presque rattrapé mes dettes. C'est important de jouer cartes sur table, ça met en confiance et j'ai pu obtenir des arrangements...

Maintenant j'accueille ceux qui ont pas de lieux où dormir, j'peux pas les laisser dehors ! Mais une fois, un gars s'est tiré avec un billet de loterie de 1000.-. C'était dégeulasse ! Je l'avais accueilli 3 mois sans rien lui demander en échange !!! »

### **Comment vous sentiez-vous ? Et maintenant ? (Émotions, pensées, psychique)**

« Je me sentais comme un truc encombrant, inutile, j'me sentais comme un obstacle. C'est la police qui m'a mis à l'AI, j'avais reçu trois balles dans la poitrine, suite à un braquage, il y a 22 ans, il y a encore une balle dedans, ici ! (*montre un endroit sous l'épaule et le trajet de la balle*) Je peux aller faire de scanner, sinon ça chauffe !!! »



**Comment qualifiez-vous votre état de santé ?**

« Fini ! Quand j'étais dans la rue la trithérapie donnait des très mauvais résultats, je consommais... Quand j'ai retrouvé un rythme de vie, ça a pu s'améliorer. Là je n'ai plus besoin de trithérapie, j'ai un taux de CD4 assez élevé, on attend que j'en ait vraiment besoin. »

« J'ai repris des kilos. Je vais bien avec tout ce que j'ai eu !!! Il y a vingt ans que j'aurais déjà dû être mort ! D'ailleurs quand je revois des amis du club de motard de l'époque, ils s'étonnent que je sois toujours là ! Ils essayaient de me secouer... En fait, je ne pensais pas arriver à 30 ans... Et j'aurai 50 ans dans une semaine...

J'ai vécu beaucoup de choses, j'suis allé en tôle 9 ans et demi suite à un braquage, j'suis allé en Thaïlande...

Maintenant je suis en bonne santé. Je pense que d'avoir un appartement stabilise.

Si tu ne crois pas à la trithérapie, elle n'agit qu'à un tiers... Avec les effets secondaires, tu ne peux pas ne pas penser à ta maladie... tu y penses tout les jours ! Maintenant c'est plus supportable, et je n'ai plus de médicaments à prendre.

J'avais une hépatite C qui est partie... comme ça... sans traitement ! On est deux... grâce à la trithérapie à avoir été guéri !

J'ai pu arrêter de courir pour trouver une dose, de l'argent, c'était ça le pire, stresser à cause des flics, avoir peur de se rater...

J'avais promis à mon fils d'arrêter l'héroïne, je l'ai tenu. La cocaïne, c'est plus dur... Les gens viennent vers moi parce que j'ai de bons tuyaux, et... Mais j'ai changé de numéro, je dis pas où j'habite, comme cela ça va mieux.

Le meilleur des médicaments c'est la volonté. Au début avec la méthadone, je voulais juste un produit de plus... La métha, c'est meilleur que l'héro qu'il y a maintenant quoiqu'on dit qu'elle est en train de redevenir plus pure..., mais tu restes lucide avec...»

**Qu'est-ce que la santé pour vous ?**

« Avoir ses facultés. Bien manger. Dormir la nuit... c'est peut-être à cause de mon éducation valaisanne... L'hygiène de vie, c'est vachement important... Avec la coke, des fois tu dors pas... plusieurs jours...

Il faut fuir la zone, pas les renier... mais c'est des complices, pas des amis ! J'ai quelques amis qui ont aussi arrêté. Mais quand on reçoit de l'argent, on évite de se voir pour ne pas s'influencer mal... Avec l'un de mes amis, on ne s'appelle pas à ces moments... parce que rien que le fait d'entendre sa voix, ça peut remettre des idées en tête... »

**Est-ce que votre santé s'est améliorée ou y a-t-il eut une différence lorsque vous avez trouvé un domicile fixe ?**

« L'absence de domicile influence beaucoup la santé bien sûr ! Une fois, j'ai même lancé un caillou dans la vitrine d'une bijouterie pour aller au chaud, en prison... mais les flics ont refusé...

Je sentais mes bronches... des picotements dans les poumons... et j'avais peur ! Je suis un peu hypocondriaque, j'ai peur...

Pour quelqu'un avec le HIV, être à la rue, c'est presque mourir. »

**Quels étaient vos besoins? Et par rapport à la santé ?**

« D'une p'tite piaule, n'importe où... D'un toit ! Pour me nourrir je pouvais venir là (*au Passage*). De pouvoir recevoir mes enfants... Je n'ai jamais eu de famille et j'en ai souffert... Je voulais en construire une...J'ai fait un braquage pour mes enfants... je leur ai donné de l'argent, mais pas le reste... C'était de l'argent sale...j'en suis pas fier. J'avais une excellente assurance, elle payait 8000.- par mois pour la trithérapie... Les flacons passés de date on les envoie en Afrique, et là ils en prennent 2 au lieu de un... parce qu'ils n'ont pas l'argent pour... »

**Où pouviez-vous aller quand vous avez besoin de soins ? Aviez-vous des appréhensions lorsque vous deviez vous faire soigner ?**

« Pour les soins j'avais une médecin super. J'avais son numéro privé. Elle a travaillé à St-Martin et me suis encore, elle a accepté de continuer. Elle connaît mon histoire. On se respecte, il y a un bon feeling... »

**Des appréhensions ?**

« Pas avec la doctoresse... Mais au CHUV... c'est dur d'avouer que tu es séropo ! Des fois, j'y allais pas... Maintenant j'y vais avec ma doctoresse. J'avais peur... peur d'être enfermé, mis en sécurité, comme à Villeneuve où ma femme qui avait un SIDA déclaré est morte. On était ensemble depuis que j'avais 13 ans jusqu'à 39 ans... Elle est morte par overdose... je lui ai amené... car elle allait mal, elle m'avait demandé... sa famille m'a remercié après. J'avais peur de me retrouver dans un de ces « mourir » ! C'était à cause du HIV que j'avais peur... de ça... »

**Comment voyiez-vous l'avenir à l'époque? Aviez-vous des projets ? Et maintenant ?**

« Je voulais quitter la Suisse, voyager pendant qu'elle pouvait, mais elle avait plus la force... »

**Comment avez-vous trouvé un domicile ? Cela a-t-il été difficile ?**

« Par le boulot de concierge... ils avaient téléphoné au Passage pour quelqu'un... j'me suis dépêché d'y aller... Alors quand ils ont eu un appartement de libre, ils m'ont pris... et là je m'en suis sorti ! »

**Qu'est-ce qui était le plus difficile pour vous ? Et maintenant ?**

« Quand tu dis SDF, c'est le mot de clochard qui vient...ça peut t'arriver... Les gens te voient dans la rue... T'es tout seul... t'as plus envie de te faire un repas seul, il faut te reconstruire...

Les gens te disent : « *t'as assez pour ton litre de rouge ?* ». Tu te sens rabaissé... »

**Quelles étaient vos préoccupations ?**

« Voir mes enfants..., payer mes factures j'avais 60000.- de dettes à l'époque..., trouver un logement...

L'âge fait beaucoup je crois... Il y a moins de violence... je ne pars plus au quart de tour, au contraire, j'essaie de rattraper mon image d'avant... Ne pas en avoir honte... »

**Qu'aimeriez-vous encore ajouter, partager ?**

« Si tu as de la force de caractère, c'est possible de s'en sortir... »

## Entretien n°V

« Je m'appelle F. mais en Suisse on m'appelle J. Parce que comme j'ai eu des problèmes dans mon pays, je suis venu avec une autre identité en Suisse. C'est la seule identité que la Suisse me reconnaît, mon identité en Côte d'Ivoire c'est F. D'accord ? »

**Vous êtes donc originaire...**

« De la Côte d'Ivoire. »

**Est-ce que vous êtes venu seul en Suisse ?**

« Je suis venu seul de mon pays jusqu'à la Suisse. Vous voulez savoir les raisons pourquoi je suis parti ? »

Oui...

« Je suis né en Côte d'Ivoire où il y a la guerre. Moi, je suis musulman. Mon village est au nord de la Côte d'Ivoire (donne le nom du village). Pour ceux qui vivent au sud, on est vu comme des rebelles. En Côte d'Ivoire, ma profession, le métier que j'ai appris c'est la mécanique. Mais bon, il y a quelques années, c'est mon père qui m'a fait quitter la mécanique. Je travaille avec lui, parce que lui, il est commerçant de riz. Il vend du riz, des pommes de terre...

Un soir... le 25 Octobre, oui le 25 Octobre, j'ai quitté Adjami, mais c'est Abidjan, c'est une ville... Le plus grand marché de la Côte d'Ivoire installé là-bas, je travaille là-bas. Le soir, 18heures, j'ai quitté là-bas moi et mon frère. Comme d'habitude on retourne à la maison, j'habite à Gogo. Comme on arrive à la maison... comme c'est mon frère aîné qui fait les comptes avec mon père, moi j'ai continué la route et je sors. Donc comme d'habitude le temps qu'ils fassent les comptes moi j'ai salué mon père et après je suis allé voir un copain qui est dans la même commune à Gogo mais dans un autre quartier. C'était vers les 18h20 par là, je suis allé, le temps de me reposer, de bien discuté, de regarder une série, il était 19h20. On a fini à 20h, vers 20h30 par là, j'ai décidé de retourner à la maison.

Arrivé à 100mètres devant la maison, j'ai vu du monde qui était devant notre bâtiment... »

*(Il voit des gens en uniforme devant chez lui et demande aux gens du quartier ce qu'il se passe. Il apprend comme ça que son père et son frère ont été arrêtés et on lui dit de ne pas rentrer dans la maison, mais lorsque les gens sont partis, il rentre tout de même et voit que tout est saccagé. A ce moment-là, il contacte le plus grand ami intime de son père, qui lui demande pourquoi ils ont été arrêtés. F. répond qu'il ne sait pas. Quelques jours plus tard, il apprend qu'ils ont été envoyé dans un camp de formation dans lequel ils ont été tués parce qu'ils étaient accusés d'être des rebelles.*

*Il a donc quitté le pays pour éviter d'être tué à son tour.*

*Le 1<sup>er</sup> Novembre, il a pris l'avion pour l'Italie, là un ami l'a mis dans un train pour Milan, puis pour Lausanne. A la frontière, à Chiasso, il se fait contrôler et éjecter en Italie parce que ses papiers ne sont pas en ordre. De retour à Milan, il téléphone à l'ami qui l'avait fait passer, celui-ci le fait reprendre un train jusqu'à Genève, il était malade à cause du froid... Il a fait 12jours là-bas (où ?) pour se soigner. Puis, est allé à Vallorbe pour se faire enregistrer (Il nous montre ses papiers), il leur cache qu'il a été appréhendé à la frontière. Lors de son deuxième entretien, ils lui ont montré tout son dossier, et se demandaient ce qu'il avait fait durant ces 12 jours, entre le moment où il avait été vu à la frontière et celui où il s'est annoncé. Ils disaient qu'il était en Italie. Ils ont donc refusé sa demande d'asile.*

*Lui, il venait demander l'asile, parce qu'on lui avait dit qu'il y aurait de l'aide... Il a quitté le centre pour faire recours, il avait 24h pour cela et 10j pour quitter la Suisse. C'est comme cela que le 6 Décembre, il est arrivé au Point d'Appui que lui avait conseillé un ami.*

*Actuellement F. dort à la Marmotte, au Sleep-in. Il va à la soupe populaire et passe régulièrement ses journées au Point d'Appui où il fait une sieste.*

*Le 22 Janvier, il est allé voir un ami sur Renens. Lorsqu'il a voulu rentrer sur Lausanne, il n'y avait plus de bus. Il devait prendre des petites ruelles, pour ne pas se faire arrêter le long de la grande route. Il s'est perdu, et s'est arrêté pour regarder les panneaux afin de retrouver son chemin. A ce moment, une voiture est arrivée à toute vitesse et s'est arrêtée devant lui en l'éclairant de ses phares. C'était une voiture de police banalisée. Il ne savait pas que c'était la Police. Il a entendu qu'on lui criait : « Halte ! ». Pensant qu'il s'agissait de personnes lui voulant du mal, il a prit peur et s'est enfui en courant. Il couru environ 20mètres et vit un chien, un berger-allemand le suivre. Il sauta derrière un arbuste pour le semer, mais a été attrapé à la jambe, il est tombé, sa tête a frappé le goudron et s'est ouvert au niveau du front. Le chien a continué de le mordre au bras... (Il nous montre ses cicatrices). Il se débattait et ne savait toujours pas que c'était la police.*

*Lorsqu'il l'a su, il a demandé pourquoi ils avaient lâché le chien alors qu'il n'avait rien fait de mal. Les policiers lui ont répondu que les noirs étaient tous des voleurs. Il a protesté qu'il n'était pas un voleur en Côte d'Ivoire et qu'il n'allait pas le devenir en venant ici !*

*Ensuite il a demandé si le chien n'était pas malade, il avait peur d'attraper quelque chose. Les policiers ont répliqué qu'ils avaient plutôt peur pour leur chien !!)*

### **Il nous explique l'interaction qu'il a eue avec la police :**

« En Afrique, on essaie que les Blancs aient une bonne impression, on les protège...Moi, arrivé en Suisse, ici, on dit que c'est moi qui contamine le chien ! Chez nous le chien a sa place et l'être humain a sa place. Le chien, il vient après l'être humain. On nous compare à un chien, pourquoi ? « *Tais-toi, sale nègre !* ». Bon, d'accord, je suis pas chez moi, je suis dans un pays qui n'est pas le mien, j'accepte tout... tout ce qui nous arrive ici... L'essentiel, c'est qu'est-ce que vous nous reprochez ? (Exclamation) « *Tu es noir, tu n'as pas de papiers, on t'a prit dans un quartier...* » Mais pourquoi vous me mettez un chien ? Vous m'avez vu un couteau dans la main ? Une arme ? Rien ? Alors pourquoi vous me mettez un chien? Vous êtes venus dans une voiture, c'était pas écrit dessus police, une voiture civile, j'ai jamais su qu'il y avait des voitures de police comme ça ! Moi je vois une voiture où c'est pas écrit police... à une heure tardive... Moi je ne m'attendais pas... « *Non ! Tais-toi !* ». Je dis quoi ? Chez nous, j'ai affaire à des autorités en attendant la mort... Depuis chez moi j'ai cette idée en tête, donc arrivé ici j'ai affaire à des policiers, j'ai encore la peur... Après je me suis tu. »

« A Renens, ils m'ont mis à genoux, la police de Renens est venue avec une voiture écrit police dessus. Ils m'ont prit, ils m'ont envoyé au commissariat de Renens. Ils m'ont mis tout nu, fouillé, prit les habits, et pis quoi, après ils m'ont laissé me rhabiller. Après à la police cantonale, vers la Blécherette, là-bas, ils m'ont envoyé, ils m'ont encore refouillé, poser des questions, taper sur l'ordinateur. J'ai dit : « *Vous pouvez regarder vos fichiers, j'ai jamais fait d'infraction ici en Suisse, même le bus... Je m'arrange toujours pour payer le bus, où je vais, si j'ai pas les moyens, je marche. Mais... depuis que je suis ici, j'ai jamais eu de problèmes, j'ai jamais volé. Non jamais ! C'est pas dans mes habitudes chez moi, c'est pas en venant ici que je fais ça !* »

**Vous êtes allé vous faire soigner à la PMU ?**

« Ben non...pas tout de suite. Ils m'ont mis dans une cellule jusqu'au matin. Ils ont prit mes empreintes, fait des photos, à gauche, à droite, devant... Enfin ils ont fait ce qu'ils devaient faire.

J'étais là, je les regardais comme une statue. On m'a jamais fait ça chez moi. Moi déjà... Bon l'essentiel que Dieu fasse ce qu'il a dans les mains, quelque soit le traitement qu'ils vont me faire. C'est pas grave ! C'est Dieu qui a voulu ça. Moi je m'attendais pas en partant de mon pays de souffrir encore comme ça. C'est pas grave tout est dans la main de Dieu. Pour finir ils m'ont mis dans un petit bureau, écrit dessus le mot auditoire. Ils m'ont posé des questions, il a fini toutes ces questions, bon. Ensuite il a fait un petit papier comme quoi je devais me rendre à Genève, dans mon ambassade, pour aller chercher mes papiers qui prouvent mon identité. Quand tu vois que quelqu'un pour aller à Genève, ici-Genève c'est 20.-, moi, ici, en Suisse, je gagne même pas assez quoi... pour pouvoir payer pour les transports communs... Ils disent : « non, va à la gare ! Y'a les policiers qui vont te déposer à la gare, et vont te payer le billet de transport. » Moi, ils m'ont prit, ils m'ont envoyé derrière le bâtiment blanc, ils m'ont dit : « Il y a une rue qui monte tout droit, après Saint-François, derrière l'Hôtel... » (il essaie de nous expliquer le chemin) « La gare est en face : Va ! ». Je leur dit : j'ai pas les moyens pour aller à Genève. »

**Alors ils ne vous ont pas du tout donné de moyens de transport ?**

« Non. Ils m'ont laissé comme ça. Quand tu vas à Genève, c'est que tu as les moyens pour t'y rendre. Moi j'ai pas les moyens de me rendre à Genève. Pour finir je suis directement allé au Point d'Appui. Et là, ils m'ont envoyé à l'hôpital. A la PMU. Là-bas je suis allé, ils m'ont soigné. »

**Ils ne vous ont pas soigné avant ?**

« Non. Le CHUV m'a fait les antitétaniques, antibiotiques. Là ils ont commencé à me soigner. Ils m'ont dit que si ça allait pas, il fallait revenir. Je suis revenu, au fur et à mesure ça s'est amélioré. Je suis allé prendre les résultats... Grâce aux médicaments, j'ai, je suis guéri.

Au Point d'Appui, ils ont appelé SOS racisme. Enfin ça c'est du racisme, de mettre un chien contre un homme et de continuer... La loi suisse est dure, dure, mais c'est pas écrit dans la loi suisse qu'il faudrait attraper un homme comme ça. On m'a dit, ici tout étranger a le droit d'être ici quand il y a la guerre dans son pays... »

**Est-ce que le fait de pas avoir de domicile ici, est quelque chose de difficile à vivre pour vous ?**

« En tout cas, hé ! De pas...avoir quelque part pour manger, dormir... »

**Vous avez froid ?**

« Il fait TRES froid ! Je commence à m'habituer un peu... Mais au début, vraiment... Le froid me fait mal au coccyx, là... J'ai eut un accident dans mon pays... Tu vois je sens les douleurs, je suis obligé de prendre ça comme ça... »

**Votre état de santé en général ?**

« Quand t'es pas dans une bonne situation, stable, j'ai pas eu... on va pas trop bien, on sait pas où on va dormir, et pis le social... on connaît pas ! Tu vas parler de ta santé à qui ? Je suis là comme ça... Dieu m'a fait tomber chez les bonnes personnes pour m'aider. Je remercie les gens du Point d'Appui en tout cas... »

« En tout cas, c'est bien qu'il y ait des gens comme cela ! Si je les connaissais pas, encore, ici en Suisse, je pense je serais en train de faire une bêtise aussi comme les autres dans la rue. »

**Quels moyens avez-vous pour subvenir à vos besoins ?**

« J'ai quelques vêtements... C'est eux [Point d'Appui] qui me donnent 10.-, 20.-... »

**C'est le Point d'Appui qui vous donne de l'argent quand vous avez besoin ?**

« Voilà !

Souvent, je vois mes frères, je leur explique le problème, je leur demande quelque chose... Te renseigner... Au fur et à mesure tu arrives..., ils t'expliquent aussi leurs problèmes et là tu te dis ouf, je suis pas le seul dans cette situation, ils te soutiennent, tout... Alors en tout cas, le Point d'Appui... merci Dieu en tout cas, parce que des bonnes personnes, bon., je serais pas là sinon...

Je vois beaucoup de Noirs, je suis pas le seul à venir ici... Chacun vient avec ses problèmes. »

**Vous pensez que le fait de ne pas avoir d'endroits fixes où dormir fait que votre santé aille moins bien ?**

« Ah, que moi..., vraiment, ...ça peut pas aller.. Je suis obligé de faire avec... Pour quelqu'un qui a fait l'accident du genou qui a été déboîté, quand il fait froid de manière que tu sens les douleurs... Là-bas tu vas où t'asseoir ? Pour t'asseoir [au chaud], ici, en Suisse, il faut aller boire un café... et pis il faut 2 ou 3.-, si t'as pas, tu peux pas... T'es obligé de te balader dehors, dans la nature. (...)

J'ai la chance de quitter [la Côte d'Ivoire], mais j'ai pas de travail, rien... »

**Vous pensez que vous êtes peut-être à risque de consommer à cause de votre situation ?**

« Je bois pas, je fume pas. »

**C'est pas un risque ?**

« Je prie Dieu de pas me faire tomber dans cette pente... On dit, tu connais ton aujourd'hui mais pas ton demain. Mais je prie aussi mon Dieu à ma façon, pas qu'il me guide sur ce chemin-là ! »

**Qu'est-ce que la santé pour vous ?**

« (Rires) physiquement ça va pas tellement...

D'être... actuellement, quand je marche, et je vois un chien, je m'arrête, le chien va passer devant, je me rappelle : je me dis que peut-être il va me mordre. Bon, une fois, il y avait une dame qui avait un chien et je me suis arrêté, elle m'a dit : « *Non, il va pas te mordre !* » Je dis : le chien va me mordre, finalement ça devient comme un jeu... Elle a dit : « *Non, mon chien n'est pas comme ça !* » Et je fais : Hé ! Le chien de la Police n'ont plus n'était pas comme ça, mais quand on lui donne l'ordre il fait ! Le chien, il réfléchit pas comme l'homme, c'est à toi de savoir tenir ton chien ! »

**Vous pensez avoir un bon ou mauvais état de santé ?**

« J'ai pas les moyens de me soigner... si j'ai les moyens de me soigner... Le minimum c'est d'avoir un toit, après vient la santé ! »

**Vous avez d'autres préoccupations ?**

« D'abord, mon premier problème : comment dormir. Quand il commence à faire nuit actuellement : où je vais rentrer aller dormir ? »

**Quels sont vos besoins actuellement ? D'avoir un endroit où dormir vous avez dit, mais sinon ?**

« Comme tout homme, je suis jeune... (Gêné) Avoir des amis aussi... comme tout jeune... Chez moi j'étais à l'aise avant que la guerre arrive. J'ai pas besoin quoique ce soit ! Avant qu'il y ait la guerre en Côte d'Ivoire, j'avais jamais de problèmes... J'ai jamais demandé rien à personne, on se suffit là-bas ! On va pas aller taper à la porte de quelqu'un et de donne-moi à manger ! Mais arrivé ici, pour moi j'étais comme le mendiant. Ca c'est une autre vie ! »

**Vous avez l'impression que les gens dans la rue, mis à part la police vous voient négativement ?**

« Les gens dans la rue... Je salue quelqu'un, quand je salue... ils ont l'impression que je demande de l'argent. Quand je m'approche, je dis : « *bonjour Monsieur, je veux me faire des amis, ils se disent, peut-être c'est un noir, il veut me vendre de la drogue, peut-être il veut m'agresser, il veut me faire...* » Mais mes frères noirs ne peuvent pas me repousser. »

**Et comment vous voyez l'avenir, vous avez des projets ?**

« L'avenir... ? Mon souhait c'est que la guerre est terminée dans mon pays et que je vais retourner... Moi j'ai prié Dieu, que j'approfondis la mécanique, travailler, vivre bien ici, contribuer comme les autres, mais on me donne pas l'argent... Mon dernier espoir c'est que la guerre finisse dans mon pays ! Parce qu'ici en Suisse, on peut pas me voir ! Je peux pas rester indéfiniment en Suisse... »

**Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous maintenant ?**

« Pas de logement, on me veut pas ici... Moi, j'ai un métier que je connais, en Afrique on ne fabrique pas de voiture, en Europe on fabrique des voitures. Moi je voulais approfondir ça, on me donne pas l'opportunité... T'as pas de papiers, tu peux pas avoir de travail ! Peut-être, si Dieu fait que j'aie la chance de tomber sur quelqu'un qui veut t'aider, du travail au noir ou quoi... Je prie que je puisse avoir au moins quelque chose ! Tu vois quand même... des jours je veux pas venir ici : je suis un musulman. « *Faut pas te sentir gêner !* » (Parle du Point d'Appui, lieu accueil chrétien) Pour pouvoir me défendre, manger avec... sans toujours passer mon temps à venir, mendier... C'est pas dans mes habitudes : toujours tendre la main à quelqu'un ! Moi, je suis un homme ! Je sais le travail ! Mais j'ai pas la possibilité de travailler... Je suis obligé de mendier... (Silence) C'est pas facile en tout cas ! »

**Et vous avez quel âge ?**

« Moi je suis né en 1979, mais sur mes papiers c'est écrit 1987, quand j'ai commencé l'école il fallait diminuer mon âge sinon je ne pouvais pas... »

**Comment vous sentez-vous au niveau des émotions, des pensées ?**

« Ça va mal, à cause de demain... Comment je vais faire pour m'en sortir ? A chaque fois, tu dois te reposer, tu penses à ta vie, tu as peur. Chaque matin, je dis : Dieu aide-moi pour que j'ai pas de problèmes avec la police, que la situation s'améliore. Je vois même des frères qui deviennent fous... Dans cette situation, tu deviens soit fou, soit intelligent, on m'a dit. Tu n'as jamais de solutions. »

« Autrement je suis fatigué. Je viens ici pour dormir. Je dors très mal la nuit. Il fait froid, tu dois te lever tôt... Je fais avec...  
Quand tu gardes dans ton cœur, tu as la haine contre tout le monde. Au moins, il y a des gens qui écoutent... Il faut parler... ça apaise ta colère... C'est plus facile en tout cas ! »

**Vous aimeriez rajouter quelque chose ?**

Non, merci !



---

## Entretien n°1

### Qui sont les gens qui viennent chez vous ?

Il y a plusieurs sortes de sans-abri :

- Ceux qui dorment sous un pont ou autres endroits
- Ceux qui dorment à la « Marmotte » ou au « Sleep-in »
- Ceux qui habitent chez des amis et qui changent d'endroit quand leurs amis sont trop fatigués et qu'ils deviennent un poids.

Mais après... il a aussi ceux qui ont un abri, mais qui se retrouvent dans des situations catastrophiques ou très difficiles. Par exemple, trois familles (20pers.) qui habitent ensemble dans un 2 pièces...

### Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents chez les personnes qui viennent ici ?

- le manque de sommeil car ces personnes dorment mal.
- les problèmes d'hygiène, par exemple les mycoses des pieds
- les problèmes de nutrition, liés aussi au fait qu'ils n'ont pas d'endroit où préparer des repas.

Il y a beaucoup de problèmes de santé de type fonctionnel (la maladie est décrite ainsi que des symptômes, mais les examens ne donnent aucun résultat dans ce sens). Comme exemple, il y a de nombreux maux de tête, de dos, de contractures. Face à cela le pire est de dire que ce n'est rien, mais il s'agit plutôt de les rassurer, d'agir avec eux. Les maladies psychosomatiques sont très présentes également. Il y a toujours une composante psy dans toute maladie, ou état de santé. Certains sans-abris viennent, mais n'ont rien d'autre qu'un besoin de parler et d'un accompagnement. Quelquefois la maladie a un rôle en plus.

### Quels sont leurs principaux besoins selon vous ?

- Avoir une « piaule », un chez-soi, de pouvoir se laver chez soi
- Au niveau de la santé : avoir un lieu où poser ses questions, parler de ce qui les préoccupe, partager, échanger, faire le plein d'énergie « positive », se poser un moment et se ressourcer.
- Bien se nourrir, dormir correctement.
- Se sentir utile (accentué si absence de travail), de faire quelque chose pour la société.

### Avez-vous remarqué un lien entre l'absence de domicile et leur état de santé ? A quoi le reliriez-vous ? (Précarité, dépendance, clandestinité ?)

Le stress engendré par le manque de domicile est comparable au stress que vivent les clandestins, ou les personnes sans travail. Il s'agit d'un stress subit par des besoins fondamentaux absents (manger, dormir, travail, domicile).

Cela peut amener à une dépendance favorisée par la confrontation aux dealers, au fait de se retrouver dans la solitude. C'est un risque. Cela n'arrive pas à tous, mais ça arrive.

---

**Comment ces personnes qualifient-elles leur santé ? que recherchent-elles (absence maladie, bien-être, survivre...) ?**

Les gens disent souvent: « comment voulez-vous que j'aille bien avec ce que je vis ? » Certains sans-abris sont en bonne santé, surtout les jeunes.

Ils recherchent, la plupart, une situation stable (pas tous, certains ont choisit la marginalité), il y a peu de clochards qui ont choisi cette voie-là.

**Dans quelle tranche d'âge se trouvent ces personnes ?**

La plupart sont jeunes, la majorité a entre 16 et 40 ans. Il y a quelques personnes entre 50-70 ans.

En 2004, 58% des personnes venant ici étaient des femmes. Davantage d'hommes sont sans travail par rapport aux femmes. En effet, celles-ci, « peuvent » faire du ménage, se prostituer, travailler dans des cabarets ou alors dans des familles. Elles viennent souvent ici pour envoyer l'argent gagné à leur famille.

**Comment se passe la prise en charge, le suivi de ces personnes ? Y'en a-t-il un ?**

Ici, tout est pris en charge. Un peu comme dans une policlinique. Il y a 5 médecins et un dentiste qui donnent de leur temps. Sinon le rôle infirmier se passe selon le principe du « gate-kipping ». Des bilans de santé sont faits, la gravité ainsi que les risques d'aggravation sont évalués. Il y a une évaluation des ressources propres, de ce qui peut être fait pour améliorer l'état de santé et un traitement est instauré en cas de maladie.

Des dossiers sur les personnes venant en consultation sont tenus, comprenant le nom, le prénom, la date de naissance.

**Que se passe-t-il si ces personnes ont besoin d'une hospitalisation ou d'exams, soins plus poussés ?**

Il y a également un réseau extérieur qui a été créé, comprenant des médecins généralistes, des spécialistes (dermatologue, ORL, etc.) qui acceptent de recevoir un certain nombre de patients par mois gratuitement, moyennant une petite participation selon les moyens des personnes. Ceci pour une question de dignité. La possibilité est offerte de payer plus tard. C'est souvent une grande fierté lorsque la somme a pu être payée.

Le CHUV n'a pas le droit de refuser ces personnes, d'autre part un certain nombre de chirurgiens acceptent de travailler gratuitement et s'arrangent avec une clinique pour que cela ne soit pas trop cher (ex : 50.-/mois).

Les petites interventions (ongle incarné, lipome) se font ici.

Le but n'est pas d'avoir un système de soin à plusieurs vitesses, mais de répondre aux besoins et de trouver des solutions pour ceux qui viendront aussi après.

**Voyez-vous des réticences de la part de ses personnes à consulter lorsqu'elles en ont besoins ?**

Cela dépend... les réticences seraient plutôt à consulter un spécialiste, mais c'est assez rare. Lorsque ces personnes sont envoyées chez un médecin, il leur est expliqué qu'elles ne seront pas dénoncées, et elles partent avec une lettre pour ce spécialiste.

En principe les gens qui viennent ici reviennent toujours, parfois une année plus tard, mais ils savent que la porte leur est ouverte.

Ceux qui ne connaissent pas attendent parfois très longtemps, par peur avant de venir, ou alors d'autres viendront pour des peccadilles parce que c'est difficile au niveau psychique.

**Quelles sont les difficultés dans la relation (confiance, langue, peur, etc. ?) ? et les difficultés par rapport à l'absence de domicile ?**

Il n'y a pas tellement de difficultés au niveau de la relation. Plus les coutumes de la personne en face sont connues, plus vite le soignant est adéquat. Le non-jugement facilite également le rapport.

Le plus handicapant peut être la langue... si la personne parle une langue étrangère et vient sans traducteur, il peut arriver qu'un nouveau rendez-vous doive être fixé le lendemain pour pouvoir faire venir un traducteur.

Ici, l'espagnol, le portugais, l'allemand et l'anglais sont parlés par les gens y travaillant. Un contrat avec « Appartenance » a été fait pour avoir des traducteurs selon les besoins. Il faut parfois gérer de l'agressivité, un manque de sens civil, des personnes malhonnêtes ou méprisantes envers les femmes, par exemple, et cela demande de l'énergie pour ne pas se laisser blesser ou envahir par des ressentis négatifs et quand même soigner ces personnes. Il est dur d'accepter des attitudes qui ne sont pas correctes...et d'expliquer que les personnes ici sont là pour aider.

**D'après votre expérience, comment pensez-vous que les gens se retrouvent dans la rue ? Suite à quoi ? Pourquoi ?**

Il y a peu de Suisses dans la rue, quelques uns uniquement et cela surtout à cause de la précarité.

Les clandestins, de par leur statut, ne peuvent pas trouver de logement. Les services sociaux sont très développés pour les Suisses, mais pas pour les NEM (non entrée en matière) et les clandestins.

Il y a également une crise du logement sur Lausanne qui amène à d'énormes exigences des propriétaires.

Il est, en outre, interdit de loger des clandestins.

**Y en a-t-il qui s'en sortent ? Si oui de quelle manière ? Quelles sont leurs possibilités ?**

Oui, certains s'en sortent... plus ou moins bien. Ceux qui le veulent vraiment y arrivent normalement... mais des fois, c'est long.

Souvent de sans-abri, les personnes passent en cohabitation, où cela peut être très difficile par rapport à l'intimité, les gens sont entassés.

La question qui se pose est « mais quel abri quand ils en trouvent un ? »

Pour un clandestin, il est très dur de s'en sortir...

**Est-ce que les différentes associations travaillent en collaboration entre elles ?**

Oui... on essaie toujours de garder un lien...

**Quelle est la politique par rapport aux sans-abri de la ville de Lausanne ?**

Chaque hiver un abri antiatomique est ouvert sur Lausanne de novembre à mars suite aux luttes du DSB (dispositif seuil bas).

---

## Entretien professionnel n°2:

### Qui sont les gens qui viennent chez vous ?

Leur situation n'est pas toujours connue. Les gens qui viennent ici donnent juste un prénom (qu'ils ne doivent pas changer..). De septembre 05 à août 05, 570 personnes avec un problème de consommation (légale et illégale) sont venues.

Notre mandat est pour les gens ayant un problème de consommation.

80% sont des hommes. Les femmes fréquentent très peu les lieux d'accueil. Les hommes investissent beaucoup les lieux, et les femmes veulent éviter les mêmes conflits qu'à l'extérieur. Il y a également un sentiment de honte, plus fort que pour les hommes, à être identifiée en tant que toxicodépendante, ainsi qu'une peur d'être dénoncée, surtout si la femme a des enfants.

Il y a, alors, un espace femme qui a été ouvert pour travailler sur des ateliers (image de soi, etc.) cela a été mis en route le 28.11.05 pour combler cette lacune. Dans un sondage, les femmes marquaient leur intérêt, mais il est toujours difficile de fixer des rendez-vous. Nous nous donnons un an pour voir si la réponse est positive face à ce temps pour les femmes.

Il y a env. 70 pers./jour qui viennent. La majorité des gens, qui viennent ici, ont entre 25-40 ans, et les extrêmes sont entre 18 (les mineurs ne sont pas admis, rien n'est prévu pr. eux, si ce n'est St-Martin où là le suivi est médicalisé et se fait sous méthadone) et 67ans.

### Quels sont leurs problèmes de santé les plus fréquents ?

- Hépatite C (90% de la population venant ici). Après un an de consommation injectée 50% sont atteints, après 5ans : 90%.
- HIV (les gens sont moins enclins à en parler)
- Des phlébites, et des abcès dus à l'injection de drogues.

Il y a souvent un déni de la consommation...L'objectif est de travailler dessus, comme au-travers de l'entretien motivationnel. Rendre les personnes responsables de leur existence, de leur santé. Travailler d'où ils en sont (il s'agit d'abord d'en prendre conscience...). Ces entretiens sont faits à la demande ou lors de conversation individuelles comme ça.

L'objectif est qu'ils soient responsables de leur vie, de leur consommation. Le but n'est pas la diminution de la consommation.

Du matériel stérile est donné et du travail au niveau de la prévention est fait (affiches)

### Quels sont leurs principaux besoins selon vous ?

L'alimentation est la principale motivation à venir : ils reçoivent un repas chaud et équilibré à midi. Tout un travail est fait en outre sur l'hygiène alimentaire.

La deuxième motivation est le matériel stérile mis à leur disposition, puis les habits de seconde main (un change complet par semaine, culotte et chaussettes 1x/j). L'hygiène corporelle permet la prévention au niveau de la santé, mais aussi une meilleure socialisation.

Il y a encore la possibilité de se doucher que les personnes SDF ou ayant un domicile précaire utilisent.

Ici, environ 53% ont un domicile fixe, 30% précaire, et 17% sont SDF.

A 14h environ, ils partent chercher des produits pour consommer. Cette quête finit vers 19h-20h ce qui fait qu'ils arrivent souvent trop tard pour trouver une place dans les lieux d'accueil de nuit. En outre, ce n'est pas une population très appréciée dans ces derniers.

**Avez-vous remarqué un lien entre l'absence de domicile et leur état de santé ? A quoi le reliriez-vous ? (Précarité, dépendance, clandestinité ?)**

Il y a des liens très nets.

- La mauvaise hygiène : les répercussions se voient surtout au niveau des pieds, il y a beaucoup de mycoses, d'ongles incarnés, d'ampoules, etc.... Ces personnes sont beaucoup debout ce qui amène des difficultés de guérison.
- Toxicomanie : cela amène des problèmes veineux (abcès, phlébites). Ces gens ne viennent pas facilement se faire soigner, car ce serait dire qu'ils sont des injecteurs fréquents et cela est difficile, souvent, à reconnaître. Ils disent toujours qu'ils sont en train d'arrêter. C'est pour cela qu'il est important de travailler la relation de confiance, et créer des liens avec eux.
- Il y a aussi une peur de souffrir, une peur des soins, ce qui amène à les refuser. Les produits sont aussi là pour masquer cette souffrance qui souvent remonte à l'enfance, ils sont là pour y répondre. La cocaïne donne un sentiment de surpuissance et son prix actuellement est quasi égal à celui de l'héroïne.

**Comment ces personnes qualifient-elles leur santé ? que recherchent-elles (absence maladie, bien-être, survivre...) ?**

En général, il y a un fort déni sur leur état de santé, mais elles s'étonnent qu'après tant d'années de dépendance elles soient en aussi bonne santé. Elles n'ont pas conscience que tout peut basculer.

Elles sont souvent anesthésiées par les produits, ou la méthadone, ce qui leur donne une résistance à la douleur importante ainsi qu'une non-conscience de celle-ci.

Leur conscience de leur état de santé est assez médiocre. Ces personnes n'ont plus vraiment de contacts avec le réseau de soin et développent des attitudes paradoxales.

Ces personnes ont un développement affectif bas. Comme dans l'enfance (sans que cela soit péjoratif), là où leurs premières blessures importantes ont commencées. Leur comportement est souvent enfantin, très égocentrique. Elles veulent tout, tout de suite. Elles sont toujours dans l'urgence par rapport à elles-mêmes.

**Dans quelle tranche d'âge se trouvent ces personnes ? Voir question 1.**

**Comment se passe la prise en charge, le suivi de ces personnes ? Y'en a-t-il un ?**

Le suivi pose problème. Les soins de premier recours sont donnés ici, et les usagers sont ensuite réorientés à la clinique de La Longeraie, ou à la PMU (un accord existe avec la PMU, et une infirmière relais s'occupe de faciliter l'accès aux soins de ces personnes et de les faire passer avant ceux qui sont dans la salle d'attente, car l'attente est très mal vécue, et la problématique du manque peut aussi survenir..).

---

**Que se passe-t-il si ces personnes ont besoin d'une hospitalisation ou d'exams, soins plus poussés ?**

S'il y a une hospitalisation, cela se fait souvent en chirurgie septique au CHUV (pour améliorer la prise en charge, il y a eu un échange entre une infirmière de là-bas et une d'ici, cela devrait aussi se faire par rapport à La Longeraie.)

Le plus difficile est de faire des protocoles acceptés par les structures pour favoriser l'accès aux soins.

**Voyez-vous des réticences de la part de ses personnes à consulter lorsqu'elles en ont besoins ?**

Il y a souvent une peur de l'hospitalisation, de ne plus pouvoir consommer, de devoir reconnaître sa dépendance, de la gestion de la méthadone... (il y a une collaboration entre le CHUV et St-Martin pour que les personnes toxicodépendantes reçoivent de la méthadone dans la journée).

A St-Martin, la méthadone est donnée plus par prévention, même si certains consomment encore à côté. Rares sont les gens sevrés de tous les produits. Beaucoup choisissent de garder la méthadone pour une question d'angoisse. Le plus dur est l'abandon du dernier millilitre. Il y a donc un risque de rechute important à ce moment-là.

La dépendance psychique n'est pas traitée, il y a un manque de moyens pour un soutien psychique dans la cure...

Ces gens ont souvent une scolarité très limitée avec un développement intellectuel souvent faible.

Ils ont peur d'une dénonciation éventuelle. Il y a un fantasme dans la zone d'une collusion socio-sanitaire et de la police. Cela est accentué avec la consommation de cocaïne qui suscite des idées paranoïaques.

**Quelles sont les difficultés dans la relation? et les difficultés par rapport à l'absence de domicile ?**

Les relations entre eux sont très complexes. Il y a des histoires d'argent, de trafic, d'arnaques. Les alliances changent perpétuellement. Les problèmes sont autour des produits, mais une certaine solidarité existe. quand même, quand quelqu'un est vraiment dans la « merde ».

Dans le réseau, il y a des personnages-clés qui savent tout du milieu et qui peuvent jouer un rôle d'intermédiaires. Ce sont des gens aux nœuds des communications. L'accès à cette place se fait pour des raisons variées, telles qu'un caractère de leader, un bon contact avec le dealer, ou un trajet de vie marquant. Leur nom ressort dans les conversations. Il faut un certain temps pour les reconnaître.

Ils peuvent changer aussi. C'est un phénomène plus ou moins identique à ce qui se passe dans la société en général.

### **D'après votre expérience, comment pensez-vous que les gens se retrouvent dans la rue ? suite à quoi ? pourquoi ?**

Les produits sont au centre de tout. Quand les produits les dépassent, la désaffiliation sociale commence. Tout l'argent qu'ils ont passé dedans s'ils n'ont pas de tutelle, d'assistant social ou d'aide sociale (AI). Souvent cela commence par la perte de l'appartement (ne paient plus, problèmes de comportement : dénonciation du voisinage à la régie, mise à la porte).

Il est possible que des personnes avec un problème psychique qui viennent dans le milieu (où elles sont mieux acceptées que dans le reste de la société) commencent ensuite à consommer.

Si quelqu'un ne consomme pas, il n'est pas comme « nous ». Il y a le même mécanisme d'entraînement des autres que dans un bistrot.

Les dealers ont plus d'intérêt à ce que les personnes à qui ils vendent leurs produits aient une rente AI.

### **Y en a-t-il qui s'en sortent ? si oui de quelle manière ? quelles sont leurs possibilités ?**

Oui, il y en a. Ce sont des toxicomanes abstinents et jamais autre chose que ceci... ils seront sensibles à vie.

Avec l'âge, ils savent mieux gérer les rechutes. On compte entre 5-6 tentatives d'abstinence pour que cela aboutisse et soit vraiment solide, à moins que la prise en charge se fasse dans la première année de consommation où il y a plus de chances.

La durée de vie dans la consommation très active est de 6-7ans.

Mais ici, il y a une personne de 67 ans qui consomme depuis très longtemps et tient le coup, sans conséquences sur sa vie sociale.

Ils s'en sortent que le jour où il y a une coupure très nette d'avec le milieu. Il leur faut trouver un autre milieu social.

Tous veulent tous les jours arrêter... le travail c'est eux. Ici, il n'y a pas de dynamique d'abstinence. Dans la motivation, la démarche déjà faite, le fait de se poser plus de questions que le fait de seulement dire : « j'arrête ! », c'est ce qui va faire qu'ils sont souvent orientés vers St-Martin, et là un accompagnement plus spécifique est mis en place.

### **Avec quelles associations collaborez-vous? Quelles sont leur spécificités (en général : lieu de soins, d'activité, dormir)**

- Association sportouverte
- Association mère Sofia
- Soupe populaire
- Relais Rel-Aids (travailleurs de rue)
- UNICET unité terrain (mi-sociaux, mi-répressif : cela est mal perçu par tous, c'est un mauvais projet depuis 3-4ans... il tient à cause d'un chef de service plus puissant que la politique...)
- St-Martin
- SIM (suivi intensif du milieu, infirmiers en psy, travail de proximité, créer des liens)
- La PMU
- La Longeraie

---

Cela va continuer d'être développé, entre autres avec le SPJ (service de la protection de la jeunesse) et les services sociaux... c'est la prochaine étape !

**Quelle est la politique par rapport aux sans-abri, sans domicile fixe de la ville de Lausanne ?**

**Il y a :**

- UNILOG qui gère les appartements sociaux de la ville. Il y en a trois types : l'hébergement accompagné (pour personnes toxicomanes entre autres), le soutien léger dans la gestion, et pour les personnes stables.

Il y a toujours un manque de moyens.

- Le Relais , qui a 3 studios avec un fort accompagnement ; un éducateur est continuellement là... Les moyens sont dérisoires.

La ville veut que le canton s'implique dans la politique du logement, entre autres à cause des NEM 's. Elle a conscience du problème, mais les moyens sont limités. La précarité augmente depuis 1990, il y a plus de restrictions au niveau de l'asile, ce qui amène encore une précarisation.

Il y a un paradoxe... Les personnes toxicodépendantes développent une mentalité d'assistés car il y a tellement de structures (et de problèmes de cohérence). Ils mangent à tous les râteliers, ce qui est compréhensible...



---

### Entretien n°3

**Comment se passe la prise en charge des personnes SDF qui viennent à la PMU ?**

« A la PMU, on soigne tout le monde. Pour les personnes ayant des difficultés à payer, un plan de paiement est fait. En général, une participation de 10-20.- est demandée, histoire de responsabiliser les gens. Si le paiement n'est pas possible, une demande de fond est faite, mais si cela est refusé, cela passe dans les pertes de l'hôpital. Pour baisser les coûts, on essaie de trouver des échantillons gratuits de médicaments. »

**Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez le plus souvent ?**

« Les personnes sans papiers ont souvent des problèmes de santé liés au travail, tels que des dorsalgies, ou des problèmes dus au stress, comme les ulcères gastriques. Ces personnes viennent à la PMU pour un problème et souvent ne parlent pas de leur état psychologique. En cas de besoin, il y a l'équipe de liaison en psychiatrie qui peut être appelée.

Quant aux NEM, leurs problèmes sont plutôt d'ordre psychique. Cette différence est liée au statut. En effet, les personnes sans papiers savent souvent à l'avance leurs conditions de vie, qu'ils n'auront pas de papiers, et elles ont souvent déjà de la famille ou du soutien sur place. Par contre, les NEM arrivent dans l'espoir d'un papier, d'une aide et sont souvent isolés, c'est donc plus dur pour eux. »

**Aimeriez-vous rajouter quelque chose ?**

« La population migrante a évolué ces derniers temps, le nombre de sud-américains est en diminution, avec par contre une augmentation de la population africaine et d'ex-Yougoslavie. »