



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Lettre de cadrage

Projet de recommandation de bonnes pratiques professionnelles :

« La prise en compte de la santé physique et psychique des
personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de
réinsertion sociale »

« Points de vigilance et prévention des risques »

Sommaire

1	Eléments de contexte.....	3
1.1	<i>La sémantique et les politiques sociales</i>	<i>3</i>
1.2	<i>Les inégalités sociales de santé.....</i>	<i>4</i>
2	Périmètre de la recommandation	5
2.1	<i>Les destinataires.....</i>	<i>5</i>
2.2	<i>Problématiques et enjeux</i>	<i>5</i>
2.3	<i>Objectifs</i>	<i>6</i>
2.4	<i>Thématiques et questionnements.....</i>	<i>6</i>
2.4.1	<i>Prise en compte des problématiques de santé dans l'accueil des publics</i>	<i>6</i>
2.4.2	<i>L'accompagnement adapté à la mise en œuvre du projet de santé.....</i>	<i>10</i>
3	Cadre méthodologique	12
4	Calendrier	13
5	Premiers éléments de recherche documentaire	13
5.1	<i>Mots clés</i>	<i>13</i>
5.2	<i>Bibliographie</i>	<i>14</i>

L'Anesm a pour mission de valider, ou en cas de carence, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces recommandations ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation.

Depuis 2008, les thématiques des recommandations de l'Anesm se définissent selon 7 programmes : les fondamentaux (1), l'expression et la participation collective (2), les points de vigilance et la prévention des risques (3), le soutien aux professionnels (4), les relations avec l'environnement (5), les relations avec la famille et les proches (6), la qualité de vie (7).

La recommandation portant sur « La prise en compte de la santé physique et psychique¹ des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale » est inscrite au programme de travail 2015-2016 au titre du programme n°3 portant sur les points de vigilance et la prévention des risques.

1 Éléments de contexte

1.1 *La sémantique et les politiques sociales*

Le terme inclusion sociale est utilisé en France depuis les années 2000² sur l'impulsion de l'Union européenne qui a favorisé la diffusion du terme³ en insistant sur la non-discrimination, les politiques actives, l'accompagnement des personnes et la transformation sociale.

Privilégier ce terme à celui d'insertion, c'est éviter de parler seulement de lutte contre l'exclusion (approche réductive) ou d'aide aux exclus (approche discriminante ou simple assistance). C'est aussi éviter la notion d'intégration des personnes qui suggère plutôt une incorporation qui vise à dissoudre la différence (c'est la personne désignée qui doit se transformer). C'est enfin dépasser la seule insertion sociale⁴ : approche limitée qui vise un ajustement pour rattraper « une distance par rapport à une intégration accomplie (un cadre de vie décent, une scolarisation normale, un emploi stable, etc.) »⁵.

Entre l'usage des termes insertion et inclusion deux conceptions s'affrontent plus ou moins explicitement ou cohabitent⁶.

Certains affirment que la population en situation d'exclusion et de précarité représente une population spécifique, distincte de la population générale.

D'autres pensent que cette population présente les mêmes caractéristiques que la population générale. Il n'y a pas de solution de continuité mais simplement un trait en plus qui est la précarité et l'exclusion. Il s'agit d'un trait ajouté qui confère une singularité à leur mode de vie, à leurs difficultés, à leurs pathologies. Mais il ne s'agit pas là d'un trait spécifique qui les sépare de la population générale.

A partir de la première conception, les politiques qui se construisent s'orientent vers des missions singulières, des dispositifs adaptés dérogatoires par rapport au droit commun. Les exclus et les précaires sont les destinataires de cette politique.

A partir de la deuxième conception, la précarité et l'exclusion sont considérées comme des situations aggravantes des difficultés et des dysfonctionnements constatés. Les modalités d'aide et de soins ne diffèrent en rien de celles proposées à l'ensemble des citoyens. La situation de précarité et d'exclusion nécessite seulement une adaptation des pratiques et dispositifs. On parle alors d'une situation aggravante et gênante dans la mise en place par exemple d'un projet thérapeutique.

¹ Le vocable « santé psychique », dans ce document, s'entend de façon large et englobe ce qui est évoqué par les termes de santé mentale et de souffrance psychique

² Les spécialistes anglo-saxons de l'action-sociale l'utilisaient dès les années 1990. Le terme est présent au niveau européen dès 1998 notamment avec la présence de l'association Inclusion Europe qui défend l'égalité des droits et la pleine inclusion des personnes handicapées intellectuelles et leurs familles dans tous les domaines de vie.

³ Traité de Nice (2001), Déclaration de Madrid (2002), Traité de Lisbonne (2007)

⁴ <http://danielgacoin.blogs.com/blog/2011/09/inclusion-sociale-en-difficult%C3%A9-1-2011-annus-horribilis-pour-les-centres-daccueil-pour-demandeurs-d.html>

⁵ CASTEL, R., Les métamorphoses de la question sociale, Gallimard, Folio-essais 1995 pp 675-676 cité In Jaeger M., L'inclusion : mutations sémantiques, mutations politiques, Vie Sociale, CEDIAS, 2015, à paraître.

⁶ PARQUET P.-J. (ss dir.), Souffrance psychique et exclusion sociale, Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, sept. 2003, p.18

1.2 Les inégalités sociales de santé

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁷.

L'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986 complète cette définition et fait de la santé « *une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie* ».

La Charte d'Ottawa examine également les conditions indispensables à la santé : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ». Ce texte traduit ainsi le lien entre la santé et les situations sociales. Les inégalités sociales de santé sont considérées comme de véritables iniquités en santé, c'est-à-dire comme des « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inévitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique* »⁸. Elles sont considérées comme liées à l'inégale répartition des chances au départ.

Dans cette perspective, la notion de santé dépasse le cadre sanitaire (en termes de prévention et de soins) et prend en compte l'ensemble des déterminants sociaux de santé⁹ tels que l'éducation, le niveau de revenu, les conditions de vie, ou encore l'environnement.

Au niveau législatif, malgré les liens établis entre santé et pauvreté (notamment au travers de la loi n°59-912 du 31 juillet 1959 relative à l'équipement sanitaire et social et visant à unifier les secteurs), des orientations distinctes se mettent peu à peu en place entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social et des cadres juridiques distincts sont énoncés¹⁰.

Dans le secteur de l'inclusion sociale, la question de l'accès aux soins se pose clairement à compter des années 1980 avec un tournant lors de la présentation au Conseil économique et social du rapport sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale »¹¹.

Ce rapport formule des propositions pour une politique prospective de lutte contre la misère, prenant en considération notamment les problèmes de santé en définissant les inégalités sociales de santé et des expérimentations pour y faire face.

Un autre rapport, celui du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité¹², précise la nécessité de lutter contre la précarité des exclus du système de santé, en misant sur leur accès aux soins¹³.

A la suite de ces deux rapports, une série de lois incluant le champ de la santé sont adoptées. La loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. De cette loi ont découlé les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (les PRAPS). Ils permettent la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (les PASS), qui s'adressent aux personnes en situation de précarité, visant à leur faciliter l'accès au

⁷ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁸ OMS – Bureau régional de l'Europe, Santé 21 – Introduction à la politique cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'OMS, Série européenne de la santé pour tous n°5, 1998, 38 p.

⁹ Desbiens F., Hyppolite S-R, Comprendre et agir autrement – pour viser l'équité en santé dans la région de la capitale nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé, Québec, 2012.

¹⁰ Convention 71-75 et loi n°75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurances maladie et du régime générale de la sécurité sociale, du régime agricole et des travailleurs non salariés des professions agricoles et les praticiens auxiliaires médicaux pour le secteur sanitaire, Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales pour le secteur social et médico-social et plus tard : loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹ Wrezinski J., rapport sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale, présenté le 28 février 1987 au Conseil économique et social (CES)

¹² Revol J., Strohl H., rapport du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité», Ministère des Affaires Sociales, novembre 1987

¹³ La protection de la santé est garantie par l'article 11 du préambule de la constitution française du 27 octobre 1946.

système de santé et à les accompagner pour les démarches nécessaires à leur reconnaissance de leurs droits. Enfin, la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle est venue compléter les bases d'une politique d'action contre la pauvreté dans le champ de la santé et des soins.

Au niveau territorial, le lien entre la santé et la précarité se traduit dans les volets « santé » des programmes départementaux d'insertion (PDI), dans les politiques de la ville (mise en place d'ateliers santé ville par exemple) ou encore dans les programmes régionaux de santé (PRS).

Les moyens de prévention primaire mis en œuvre localement (éducation à la santé, médecin scolaire, médecine du travail, action sociale) complètent l'action des dispositifs de soins. Mais cette prévention sanitaire ne suffit pas toujours pour les personnes prises dans un processus de précarisation dans lequel les effets de la précarité et de la dégradation de sa santé se conjuguent.

Aujourd'hui, l'enjeu prioritaire est celui de la résorption des inégalités sociales de santé, comme le suggère notamment la stratégie nationale de santé¹⁴. A cette fin, la stratégie préconise un déclouisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et identifie la baisse du taux de renoncement aux soins comme une priorité.

2 Périmètre de la recommandation

2.1 *Les destinataires*

La recommandation aborde la question de la prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) relevant de l'article L 312-1 du CASF 8°.

La recommandation s'adresse particulièrement aux centres d'hébergement collectifs et diffus.

Les établissements et services tels que :

- des « CHRS Hors les murs » proposant un accompagnement au domicile de personnes ayant un logement autonome,
- des services d'accueil de jour,
- des ateliers à la vie active,
- des centres d'accueil pour demandeurs d'asile,
- centres d'hébergement d'urgence,

pourront valablement s'inspirer des recommandations formulées.

2.2 *Problématiques et enjeux*

Les difficultés persistantes à se soigner des personnes en situation de précarité sociale ont plusieurs causes¹⁵ :

- Un état de santé plus mauvais que celui de la population générale¹⁶ ;
- Un taux de non-recours élevé ;
- Des « pratiques professionnelles, absence ou refus de pratiquer le tiers payant, dépassement d'honoraires, manque de disponibilité pour un suivi parfois long, manque d'information et de formation des professionnels de santé »¹⁷ décourageant l'accès à la santé.

Les travaux portant sur le renoncement aux soins¹⁸ montrent la complexité de ce phénomène et notamment son interdépendance avec le niveau des ressources de la personne (ressources financières, sociales, organisationnelles, etc.) ainsi qu'avec ses représentations construites à partir de ses expériences de santé et de soins. Les déterminants du renoncement aux soins sont le fruit de facteurs individuels et contextuels.

¹⁴ Stratégie nationale de santé – Feuille de route, septembre 2013

¹⁵ Lachnitt B., Abjean A., Grand D., Perrier F., Potié L., Tadé K., Pauvretés Précarités Exclusions, Les dossiers de la MRIE, dossier annuel 2011, Lyon, juin 2011, p. 71.

¹⁶ HCSP, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, déc. 2009, p. 34.

¹⁷ Boissonnat A-C., Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier, Thèse de médecine, Faculté de Nancy, juin 2013, pp. 42-43.

¹⁸ Boisguerin B. (ss dir.), Renoncement aux soins, Actes du colloque du 22 novembre 2011, Paris, DREES,

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles s'inscrit dans l'esprit des enjeux énoncés par la section Europe de l'OMS¹⁹ et contribue notamment à :

- Viser l'équité en matière de santé ;
- Favoriser le démarrage dans la vie en bonne santé ;
- Sensibiliser les jeunes aux questions de santé ;
- Favoriser le vieillissement en bonne santé ;
- Améliorer la santé mentale ;
- Faire reculer les maladies transmissibles ;
- Endiguer l'évolution des maladies non transmissibles ;
- Réduire les risques dus aux actes de violence et aux accidents ;
- Garantir un environnement physique sain et sûr ;
- Adopter des modes de vie plus sains ;
- Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme.

2.3 Objectifs

Les recommandations de l'Anesm sont légalement les références utiles à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services. Elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques liées pour celle-ci à la prise en compte de la santé des personnes accueillies dans leurs établissements.

Cette recommandation intégrera la dimension santé dans la démarche d'accompagnement global, en ne la traitant pas « à part », mais au contraire comme faisant pleinement partie du projet personnalisé dans une approche participative visant l'autonomie des personnes.

La question de la santé dans les établissements sociaux renvoie alors à celle du positionnement des intervenants sociaux quant aux parcours de soins des personnes accueillies.

Les recommandations donneront ainsi des pistes de réflexion et d'action concernant :

- l'organisation de l'établissement pour faire face aux problématiques d'accès à la santé des personnes accueillies ;
- le repérage des problématiques de santé, avec une attention particulière pour les problématiques dont la prévalence est la plus élevée ;
- la mobilisation des ressources et des potentialités des personnes, nécessaires à l'appropriation de leur maladie et de leur traitement ;
- le développement/maintien des partenariats entre professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux pour assurer la continuité des soins quel que soit le parcours de la personne.

2.4 Thématiques et questionnements

2.4.1 Prise en compte des problématiques de santé dans l'accueil des publics

Les professionnels des établissements se posent la question des limites de leurs accompagnements. Ils questionnent en cela le périmètre de leur intervention et considèrent les moyens qui leur permettent de répondre aux problématiques notamment celles de la protection de la santé des personnes accueillies.

« La santé est un préalable aussi bien qu'une conséquence de l'insertion »²⁰. L'accompagnement social peut s'orienter sur la protection de la santé de façon générale (développement et le maintien de la santé). La santé est en relation avec tous les champs de l'intervention sociale : le logement, l'emploi, les relations sociales ou encore la culture.

Il s'agit alors de prendre soin des personnes à travers l'ensemble des problématiques ou difficultés qu'elles peuvent rencontrer et non de réduire l'aide proposée à l'accès aux seuls soins médicaux. Ces derniers ne peuvent d'ailleurs que très rarement être présents au sein des établissements sociaux faute de personnel dédié. Il convient alors de se tourner vers les professionnels du secteur sanitaire.

¹⁹ OMS – Bureau régional de l'Europe, Santé 21 – Introduction à la politique cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'OMS, Série européenne de la santé pour tous n°5, 1998, p. 13-24

²⁰ Fnars, Guide méthodologique de l'accompagnement santé, recueils et documents, n°40, dec. 2006, p. 13

D'un autre côté, les professionnels de santé constatent qu'en dehors de cas de maladies graves ou de retard à consulter (se traduisant par une aggravation des situations cliniques observées) derrière la plainte somatique commune et la demande de soins médicaux, les personnes en situation précaire formulent en réalité souvent une demande d'ordre social. Cette demande vise d'une part à protéger leur santé qu'elles sentent fragile et défaillante et d'autre part à demander de l'aide de façon plus générale sur leur parcours personnel.

Cette demande doit être prise en compte dans le même temps ou, au moins, dans la continuité des soins soit en intégrant des travailleurs sociaux dans les dispositifs de soins, soit en coordonnant de façon effective et efficace leurs activités avec les services sociaux les plus proches²¹.

Ces interactions des sphères de vie les unes avec les autres demandent à ce que l'approche de la santé se réfléchisse par territoire²² à travers des réseaux, par le développement de culture commune qui permet la mise en œuvre d'initiatives collectives et coordonnées entre les différents secteurs : sanitaire, social et médico-social. La Commission Européenne des déterminants sociaux de l'OMS recommande également de favoriser la participation sociale et l'empowerment qui représentent la participation communautaire²³.

La santé des populations s'altère avec l'accentuation de la précarité. L'étude²⁴ menée de 1995 à 2002 sur les inégalités de santé et les comportements le démontre. Elle met en évidence que la plupart des indicateurs de santé sont altérés pour toutes les catégories de personnes en situation de précarité : *« les risques relatifs varient de 1,96 pour les femmes en contrat emploi solidarité et de 2,02 pour les hommes chômeurs jusqu'à des valeurs très supérieures pour les sans domicile fixe (hommes RR=5,21, femmes RR=9,54) »*.

De plus cette étude montre que les personnes en situation de précarité ont un plus grand ressenti de mauvaise santé que celui de la population générale. Ce constat est aussi celui de l'enquête Insee réalisée en 2001 : *« 16% des sans-domicile usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel »*²⁵

Par ailleurs, les travaux de l'observatoire de l'Onpes²⁶ montrent que *« les conditions de vie des personnes en situation précaire sont à même d'induire, de déclencher ou de révéler des pathologies latentes et d'expliquer ainsi une plus grande prévalence de pathologies avérées dans les milieux défavorisés »*.

L'ensemble de ces travaux montre que parmi les personnes en situations de précarité, l'état de santé se détériore au fur et à mesure que la précarité s'installe. La diminution des sécurités²⁷ augmenterait donc les risques de non accès à la santé. Le non recours aux soins est plus important avec un gradient qui s'accroît avec la précarité²⁸.

L'accès aux soins renvoie en partie à l'accès aux droits et à la protection sociale ; elle pose la question de l'accessibilité de l'information. *« Ainsi, encore beaucoup de personnes, notamment les jeunes ne font pas la différence entre une complémentaire santé et la sécurité sociale de base, ou n'arrivent pas à déchiffrer un tableau de barème de remboursement de complémentaire santé »*²⁹. Cette information est rendue d'autant

²¹ Chauvin P., Prévention et promotion de la santé auprès des populations précaires et des exclus en Europe, synthèse n°62, Centre de recherche et d'études sur l'Europe, <http://www.robert-schuman.eu/fr/syntheses/0067-prevention-et-promotion-de-la-sante-aupres-des-populations-precaires-et-des-exclus-en-europe>, nov. 2002.

²² Aujourd'hui les projets régionaux de santé (PRS) succèdent aux plans régionaux de santé publique (PRSP) et définissent les objectifs pluriannuels des actions que mènent les agences régionales de santé (ARS) en vue d'améliorer l'état de santé de la population d'une région. Depuis la loi HPST, les projets régionaux de santé se déclinent dans la proximité des territoires de santé.

²³ Moquet M.-J., Potvin L., Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention, In, INPES, Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention, revue la santé de l'homme, juillet-août 2011, n°414, p.8.

²⁴ Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Gueguen R., Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002, in BEH n°43/2005, 31 octobre 2005

²⁵ Rochere (de la) B., La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide, in, Insee Première, avril 2003, n°893

²⁶ Cambois, E., Les personnes en situation difficile et leur santé, 4^e étude, Onpes – Travaux de l'observatoire, 2003-2004

²⁷ Au sens de J. Wrezinski

²⁸ Sass C., Moulin J.-J., Gueguen R., Abric L., Dauphinot V., Dupré C., Giordanella J.P., Girard F., Guenot C., Labbe E., La Rosa E., Magnier P., Martin E., Royer B., Rubirola M., Guerbaud L., Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes, n°14/2006.

²⁹ Lachnitt B., Abjean A., Grand D., Perrier F., Potié L., Tadé K., Pauvretés Précarités Exclusions, Les dossiers de la MRIE, dossier annuel 2011, Lyon, juin 2011, p. 73.

plus importante que les dispositifs « *notamment les modalités de remboursements des frais de santé sont de plus en plus incompréhensibles* »³⁰ autant pour les professionnels que pour les personnes elles-mêmes.

Ces caractéristiques sanitaires amènent à identifier les besoins en santé des personnes accueillies au plus tôt afin de lutter contre les situations de polypathologie rencontrées fréquemment par cette population. Spécifiquement, l'accueil d'une famille avec des enfants en bas âge ne demandera pas les mêmes actions de prévention ou de soin qu'une personne isolée ayant un long parcours de rue où la réduction des risques et l'accompagnement à la prise en charge d'une maladie chronique pourront être prioritaires.

La mise en place des actions de prévention doit pouvoir considérer ces éléments et aussi s'appuyer sur les campagnes nationales de prévention et d'éducation à la santé, sur les constats issus d'études qui identifient des risques de prévalence de certaines maladies pour des personnes en situation de précarité. Cependant, les actions de prévention et d'éducation pour la santé n'atteignent que très rarement la cible de population voulue. « *Prenons l'exemple de la lutte contre le cancer. Les bilans nationaux ont fait ressortir des écarts fortement préoccupants en défaveur des quartiers couverts par la politique de la ville. Les explications sont multiples : les habitants sont moins familiers avec le dépistage, ils sont entravés dans des problèmes sociaux, culturels, linguistiques et donc participent peu aux campagnes de prévention* »³¹. Il s'agit alors de porter une attention particulière sur les modalités des interventions afin d'éviter cet écueil.

L'émergence de la demande de soins est un problème en soi comme le démontre les travaux portant sur le renoncement aux soins précédemment cités. Une approche frontale pourra générer du repli sur soi, un déni du besoin de soin allant à l'encontre d'un échange ouvert sur les besoins potentiels de la personne. Par ailleurs, aujourd'hui, les approches de réduction des risques, notamment celles relatives aux conduites addictives, évoquent des possibilités d'approches de la santé de façon participative avec une prise en charge par les personnes de leur santé.

Questionnement

- Inscription de l'accompagnement à la santé dans le projet d'établissement

> Comment la politique d'admission dans les établissements intègre-t-elle les situations de santé plus ou moins dégradées des personnes accueillies ? Comment l'établissement informe-t-il le SIAO d'une réorientation à mettre en œuvre dans les situations où l'établissement ne peut faire face à la prise en charge de santé de la personne accueillie ? Comment l'établissement s'assure-t-il de la continuité du parcours des personnes accueillies lorsqu'elles sont réorientées vers d'autres établissements ? Est-ce formalisé au sein du projet d'établissement ?

> Quels moyens mettre en œuvre pour identifier les besoins en santé des personnes accueillies ? Existe-t-il un échange territorial autour de ces besoins en santé ? L'établissement partage-t-il ces problématiques avec les partenaires de santé dans le cadre de l'élaboration, des contrats locaux de santé mental (CLSM), des projets régionaux de santé (PRS), des politiques de la ville ou encore des programmes départementaux d'insertion (PDI) ?

> Comment l'établissement mobilise-t-il les actions prévues dans les projets régionaux de santé (PRS) et/ou existantes sur son territoire ? Le projet d'établissement prévoit-il un volet santé ? Comment le projet d'établissement favorise-t-il la cohérence des interventions et la coordination des professionnels sur les questions de santé ? Quelle est la répartition des rôles au sein et à l'extérieur de l'établissement ?

> Un « référent santé » est-il nommé au sein du CHRS ? Comment se caractérise-t-il ? Comment articule-t-il son activité avec le reste de l'équipe ? avec les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux ? Des professionnels sont-ils inscrits dans les réseaux locaux de santé (Femmes et périnatalité, Réseau-ados, Santé-précarité, etc.) ?

³⁰ Lachnitt B., Abjean A., Grand D., Perrier F., Potié L., Tadé K., Pauvretés Précarités Exclusions, Les dossiers de la MRIE, dossier annuel 2011, Lyon, juin 2011, p. 72.

³¹ Dangaix D., Entretien avec Rémi Frentz, directeur général de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) à Paris. « Pour réduire les inégalités sociales de santé, le rôle et les missions des Ateliers santé ville devraient être confortés », In, INPES, Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention, revue la santé de l'homme, juillet-aout 2011, n°414, p.35

> Comment sensibiliser/former les professionnels des CHRS à ces questions : repérage des besoins en santé, prévention et accompagnement aux soins ?

> Comment identifier les partenaires sur lesquels l'établissement peut s'appuyer pour répondre aux besoins en santé de la personne ? Comment intégrer les personnes accueillies dans les échanges inter-partenariaux ? Comment intégrer les associations de santé communautaire dans le réseau d'appui au CHRS et aux personnes accueillies ?

> Comment l'articulation nécessaire entre les différents secteurs (social, médico-social, sanitaire) se traduit-elle : conventions, interventions programmées, formation, supervision, ... ? Des adaptations aux secteurs concernés (addictologie, santé mentale, milieu hospitalier, ...) sont-elles nécessaires ? Lesquelles ?

> Comment le CHRS se mobilise-t-il auprès de ses partenaires (secteur sanitaire, médico-sociale) pour les informer/former aux problématiques de la précarité sociale et des soins ? Quelle est la place laissée aux personnes accueillies (parole d'expert du vécu) dans ces informations/formations des partenaires ?

> Comment les forces de police/gendarmerie sont-elles sensibilisées aux problématiques des personnes cumulant situations de précarité et problèmes de santé ? Comment dans un objectif de protection des personnes accueillies et de respect de l'ordre public, le CHRS travaille-t-il avec les forces de police/gendarmerie ?

> Comment communiquer aux professionnels les éléments du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique –autrement appelé plan bleu-? Comment communiquer ces éléments aux personnes accueillies ?

- Evaluation des besoins en santé

> Quelles modalités de repérage des besoins spécifiques en santé des personnes accueillies mettre en œuvre ? A quel moment réaliser cette évaluation ? Par et/ou avec qui ? Comment recueillir les informations relatives à la santé de la personne ? Comment identifier, à partir des attentes de la personne, les éléments de santé qu'elle considère comme les plus importants pour sa qualité de vie ?

> Existe-t-il des outils de repérage et d'évaluation des besoins en santé ? Leur pertinence est-elle régulièrement évaluée ? Les professionnels sont-ils formés à leur utilisation ?

> Comment recueillir les besoins spécifiques des populations les plus à risque/fragiles : jeunes, jeunes en errance, femmes, femmes victimes de violences, personnes étrangères, personnes âgées ?

> Comment intégrer l'approche de la santé dans le projet personnalisé ? Comment les démarches d'insertion (vers le logement ou l'emploi) incluent-elles les questions de santé ?

> Quelles pratiques respectueuses des droits des personnes mettre en place en matière de transmission d'informations, d'appui en direction des autres professionnels ?

- Prévention, information et éducation à la santé

> Comment élaborer les messages d'information et d'éducation à la santé pour le public accueilli ? Comment délivrer des informations claires et compréhensibles pour les personnes accueillies ? Comment adapter les messages d'éducation à la santé aux personnes accompagnées ? Comment évaluer leur impact ?

> Comment proposer un véritable accès aux dispositifs de prévention et de sensibilisation à la santé (nutrition, hygiène buccodentaire, prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) ?

> Est-il évoqué la possibilité d'information sur l'organisation du système de santé, les remboursements des soins (Cpam, Mutuelle, etc.) ? Comment mettre en place des guichets uniques CPAM, CAF pour l'ouverture rapide des droits insertion et santé ? Existe-t-il des débats largement ouverts sur les questions de santé et de risques sanitaires ? Comment orienter les personnes vers les acteurs de la prévention et du repérage (CPES³², les Camsp³³, la PMI³⁴, etc.) ?

³² Centre de prévention et d'éducation à la santé

³³ Centre d'action médico-social précoce

³⁴ Protection maternelle et infantile

> Comment s'appuyer sur l'aide technique des Csapa³⁵ et Caarud³⁶ sur la question des réductions des risques liées aux addictions ? De la même façon, comment solliciter les EMPP³⁷ pour aider les professionnels à repérer les problématiques relatives à la santé mentale ?

> Comment établir les relations avec la personne et son médecin pour poursuivre au sein de l'établissement une démarche d'éducation à la santé notamment dans les situations de diabète, d'obésité, de maladie-cardio-vasculaire, ... ? Comment s'appuyer sur les réseaux de santé en périnatalité (type SOLIPAM sur Paris) dans l'action des professionnels du CHRS auprès des femmes enceintes (IVG, grossesse et addiction, hygiène des biberons, ...) ?

2.4.2 L'accompagnement adapté à la mise en œuvre du projet de santé

Des enquêtes pointent que pour les populations les plus démunies, « *il existe un cumul de difficultés et de problèmes de santé repérés qui sont, de plus, soignés tardivement* »³⁸. En effet, parmi les individus ayant consulté des centres de soins gratuits, 50% des usagers diagnostiqués avait au moins 4 diagnostics repérés et 20% présentaient une polypathologie (avec au moins 8 pathologies)³⁹.

Selon la Société Française de Médecine Générale, il n'existe pas vraiment de définition de la polypathologie. Cependant ce terme est couramment utilisé pour parler du cumul de pathologies. Souvent on parle de polypathologie dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies. Les patients polypathologiques sont soit des patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit des patients présentant plusieurs pathologies chroniques⁴⁰ (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), soit les deux.

L'enquête Insee⁴¹ précise que « quelque soit la maladie considérée sa prévalence est toujours plus importante chez les sans domicile usagers des services d'aide que dans l'ensemble de la population ». Par contre, l'ordre des maladies est différent. Les maladies déclarées les plus fréquentes chez la population des sans domicile sont les dépressions pour 20 à 30% d'entre eux, les maladies respiratoires (bronchite chronique, asthme, voire tuberculose) pour 14% d'entre eux - soit deux fois plus que la population générale et les maladies du système digestif (10%), du foie (6%) et de désordre alimentaires (9%) qui ont un rapport de trois à cinq fois supérieur à celui rencontré dans l'ensemble de la population.

Concernant la santé mentale, des études, évoquent un nombre élevé de personnes concernées en situation de précarité. En effet, l'étude Samenta⁴² identifie à Paris en 2011, un tiers de personnes sans abris qui souffrent de troubles psychiques graves. Un autre exemple est celui de la Bretagne où un travail mené en 2005 a montré que 67% des personnes accueillies ont effectué des séjours en psychiatrie avant leur admission en CHRS⁴³.

Si certains troubles préexistaient à la perte du domicile, explique l'Insee⁴⁴, les difficultés de vie les accentuent encore. Ce point de vue est confirmé par des travaux⁴⁵ prouvant les répercussions des situations de précarité sur la santé psychologique des personnes qui les ont vécues :

³⁵ Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie

³⁶ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues

³⁷ Equipe mobile psychiatrie précarité

³⁸ Fnars, Guide méthodologique de l'accompagnement santé, recueils et documents, n°40, déc. 2006, p. 8

³⁹ Chauvin P., Parizot I., Lebas J., "Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits", in Joubert M., Chauvain P., Facy F, Ringa V., Précarisation, risque et santé, Inserm

⁴⁰ « Une maladie chronique se définit comme une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. On trouve dans cette catégorie des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, ainsi que des maladies rares comme la mucoviscidose, des maladies infectieuses persistantes comme le VIH ou l'hépatite, ou des troubles mentaux de longue durée ». Boissonat A-C., Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier, Thèse de médecine, Faculté de Nancy, juin 2013, p. 45

⁴¹ Rochere (de la) B., La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, in, *Insee Première*, avril 2003, n°893

⁴² Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006

⁴³ Enquête Santé Mentale et Addictions chez les personnes sans domiciles franciliens – Observatoire du Samu Social.

⁴⁴ Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006

⁴⁵ Rochere (de la) B., La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, in, *Insee Première*, avril 2003, n°893

⁴⁶ Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006

⁴⁷ Furtos, J. (ss. Dir.), Souffrance psychique, contexte social et exclusion, actes du colloque, oct. 1997.

- Manque d'estime de soi (sentiment de ne pas être utile, de ne pas se sentir bien dans sa peau, d'être rejeté ou dévalorisé) ;
- Angoisse et troubles psychosomatiques (incapacité à se concentrer, préoccupation au point de perdre le sommeil, sentiment d'être constamment sous pression) ;
- Incapacité à faire face (incapacité à surmonter les difficultés et perte de confiance en soi).

Le lien entre troubles mentaux et exclusion est clairement énoncé dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Il insiste sur la nécessaire préoccupation de l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social au repérage des détresses psychologiques et des troubles psychiatriques afin d'en réduire l'incidence sur le devenir des personnes. En outre, il propose de réfléchir à l'échelle des territoires pour organiser des accompagnements aux soins articulés entre les différents dispositifs d'accompagnement.

Concernant les maladies somatiques, les données épidémiologiques des enquêtes Abena de 2004 et 2005 confirmées par celle de 2011-2012 montrent que les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire sont confrontées à des risques nutritionnels spécifiques liés aux conditions de vie précaire avec des risques plus importants pour cette population de développer une maladie⁴⁶.

Certaines pathologies sont fortement accentuées et posent des difficultés de santé publique. C'est le cas de la tuberculose dont le taux d'incidence est 4 fois plus important chez les sans domicile fixe que dans la population générale et 8 fois plus importante parmi les populations migrantes⁴⁷.

En fonction de ces caractéristiques, des actions ciblées pourront alors s'adresser spécifiquement à des personnes atteintes de maladie ou de troubles particuliers afin que les personnes aient une compréhension de leur maladie et s'impliquent dans leur traitement et dans la gestion quotidienne de leur maladie somatique ou psychiatrique/psychique. En effet, « la prise en charge médicale des maladies chroniques ne vise pas la guérison, qui ne peut le plus souvent pas être obtenue, mais une stabilisation de l'état morbide par un ralentissement de l'évolution, ainsi qu'une qualité de vie meilleure possible notamment par l'absence de complication⁴⁸ ».

Questionnement

> Comment construire les parcours de soins dans une logique de continuité et de non-remise à la rue ?

- Promotion de la santé par les soins

> Comment adapter les conditions d'hébergement en fonction des exigences de santé des publics accueillis (aménagement de chambre, repas, ...) ?

> Comment mobiliser les personnes sur la prise en charge de leur santé ? Comment évoquer avec elles les risques d'automédication ? Comment organiser et sécuriser le circuit du médicament ?

> Quels outils utiliser de manière à favoriser l'expression et le libre choix de la personne (choix des soignants, des lieux des soins, des types ou méthodes de soins) ? Comment faire en sorte que celle-ci soit partie prenante des choix concernant sa santé et participe à l'élaboration du projet de santé ?

> Comment mobiliser les personnes dans la prise en charge de leurs soins notamment pour celles dont la pathologie entrave l'émission d'une demande ?

> Comment, le cas échéant, assurer l'accompagnement de la personne dans ses démarches d'hospitalisation, de consultation et de façon plus générale vers les lieux de soins ? Quel accompagnement lui proposer lorsqu'un professionnel de santé réalise la consultation au sein de l'établissement ? Comment l'orienter et, le cas échéant, l'accompagner vers les bons interlocuteurs ?

> Comment étudier avec la personne les motifs de son renoncement aux soins ?

> Comment aborder la santé des enfants tout en préservant la responsabilité parentale ? Comment s'appuyer sur les associations spécialisées dans l'accueil des enfants malades et de leur famille pour mobiliser l'ensemble de la cellule familiale sur l'intégration de la maladie dans la vie quotidienne ?

⁴⁶ Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006

⁴⁷ BEH n° 18/2006 du 9 mai 2006

⁴⁸ Boissonnat AC., Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier, Thèse en médecine, juin 2013, p.46 et 65

> Comment favoriser l'intervention des partenaires (Pass, LHSS, Lam, HAD, Ssiad, CMP, association de bénévoles, réseau de soins palliatifs,...) dans le cadre des soins (Qui ? Pourquoi, dans quels délais, ...) ?

- Prise en compte des situations spécifiques

> Comment organiser les entrées et sorties d'hospitalisation notamment dans le cadre des interventions en ambulatoire mises en œuvre (transports, places maintenues, garde des enfants, ...) ?

> Comment s'assurer que la programmation des soins est adaptée à la situation, à l'état de santé et au rythme de vie de la personne ? Comment veiller à ce qu'existe une articulation entre les différents acteurs des soins (cabinet de radiologie, véhicule sanitaire, hôpital, ...) ?

> Comment faciliter les parcours de soins nécessitant des passages dans différents lieux de soins notamment dans les situations de polypathologie, en garantissant ainsi la continuité des soins ?

> Face à des problèmes de santé identifiés, comment adapter l'accompagnement et quels moyens utiliser de manière à susciter et faciliter les soins de la personne (accueil des enfants, par exemple) ?

> Pour les établissements accueillant une population spécifique sortant de prison, comment développer les partenariats avec les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), les services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), afin de veiller à la continuité des soins ?

> Quelles pratiques mettre en œuvre pour adapter l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques/psychiatriques ? Comment éviter les situations de violence possiblement induites par une prise de traitement inadaptée (inobservance, interaction de produits, ...) ? Comment les équipes mobiles psychiatrie précarité interviennent-elles (urgence, formation, supervision, ...) ? Comment garantir la protection des tous ?

> Comment adapter l'accueil dans les situations de maladie chronique notamment celles nécessitant des soins fréquents, intimes, ... ? Est-ce que des chambres individuelles sont prévues dans ce cas ? D'autres solutions existent-elles ? Lesquelles ?

> Quelles pratiques mettre œuvre pour adapter l'accompagnement des personnes en situation de handicap ?

> Comment coordonner les accompagnements simultanés du CHRS et d'un partenaire du secteur du handicap (Samsah, SAVS) ?

> Comment intégrer dans le fonctionnement de la structure (règlement de fonctionnement, espace dédié, ...) la problématique d'accueil d'un public souffrant d'addiction ? Comment garantir la protection de tous ? Comment organiser la consommation des produits dans le cadre de la réduction des risques tout en garantissant la sécurité dans l'établissement ? Comment faire en sorte que cette posture ne facilite pas, pour certains, l'entrée dans un processus d'addiction ?

Comment former les professionnels à l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction ? Ont-ils connaissance des différences d'accompagnement selon les produits consommés ? Quels sont les apports des professionnels des Csapa auprès des CHRS ?

> Quelles pratiques mettre en œuvre auprès des personnes âgées de 50 à 65 ans⁴⁹ pour lesquelles l'accueil en CHRS peut ne plus être adapté (état de santé dégradé, perte d'autonomie, ...) ? Quelles articulations envisager avec les unités de soins palliatifs, les équipes mobiles, les maisons relais, les Ehpad, le SIAO, ... ?

3 Cadre méthodologique

La méthode de production retenue est celle du consensus simple : la recommandation est élaborée par un groupe de travail, en tenant compte des résultats d'une analyse critique de la littérature disponible et d'une étude qualitative des pratiques professionnelles menées par l'équipe projet. La recommandation est finalisée après le recueil des commentaires d'un groupe de lecture et d'un expert juridique, puis soumise aux instances de l'Agence.

⁴⁹ ONFV, Fin de vie et précarités, Rapport 2014, p 20-21 – faisant référence à l'urbaniste et sociologue Rouay-Lambert parlant de « décalage entre âge biologique et âge biographique » et p. 29 : aux travaux de l'ONPES (2013) « 90% des décès des personnes sans domicile surviennent avant 65 ans (contre 25% en population générale).

Le choix des établissements sera défini à partir du fichier Finess en fonction de la répartition géographique des CHRS, de leurs actions avec les partenaires de la santé et/ou du médico-social. Les petites associations, comme les plus importantes et les CHRS relevant de CCAS seront représentés dans les différentes consultations (enquête qualitative, interview, groupes de travail).

L'étude qualitative des pratiques professionnelles se fera par des visites sur site et des entretiens avec des personnes ou des équipes ressources. A l'occasion de ces déplacements, les personnes accueillies seront sollicitées sur les thématiques de la recommandation.

Le groupe de travail sera composé de professionnels des établissements CHRS, de professionnels du sanitaire et des secteurs connexes (Pmi/handicap/emploi) ainsi que des représentants des usagers. Il se réunira à 5 reprises.

Seront ainsi représentés :

- des professionnels d'établissements de CHRS prioritairement des intervenants sociaux ; (5 personnes)
- des professionnels du secteur sanitaire et/ou des secteurs connexes (EMPP, Csapa/Caarud, LHSS, Pass, ...) ; (5 personnes)
- un représentant de la direction générale de l'offre de soin ; (1 personne)
- des représentants de personnes accueillies ; (5 personnes)
- un représentant d'une agence régionale de santé ou d'un conseil local de santé mental (1 personne).

Le groupe de lecture sera composé de professionnels de CHRS (prioritairement du personnel encadrant), de représentants d'institutions CPAM, INPES, ORS, DGCS, ..., de représentant de fédération et d'associations importantes du secteur : FNARS, UNAFAM, Médecins du Monde, COMEDE.

4 Calendrier

La lettre de cadrage est soumise aux instances :

- bureau du Comité d'Orientation Stratégique le 3 février 2015
- Comité d'Orientation Stratégique le 10 mars 2015
- Conseil scientifique le 12 mars 2015

Calendrier prévisionnel des réunions des groupes de travail : de avril à septembre 2015 avec un passage aux instances décembre 2015.

5 Premiers éléments de recherche documentaire

5.1 *Mots clés*

Accès aux droits
Accident de la vie
Accompagnement/Parcours d'accompagnement
Adaptation de l'accompagnement
Addictions
Aide sociale
Anxiété
Besoins
Bien-être
Bonnes pratiques
Compétences professionnelles
Compréhension (capacités cognitives, langue)
Conditions de vie
Continuité
Coordination
Culture
Décès
Démarche administrative

Démobilisation
Dépression
Déracinement
Difficultés
Emploi/Vie professionnelle
Errance
Établissement d'hébergement
Exclusion sociale
Expression
Famille
Formation professionnelle (de l'utilisateur, du professionnel)
Fragilité psychique
Gestion de crise/Gestion des situations de crise
Inclusion sociale
Inégalités sociales
Insertion
Intervenant social

Intimité	Prise en charge (sociale, médico-sociale, psychosociale, sanitaire)
Isolement/Isolement social	Qualité de l'accompagnement
Licenciement	Qualité de vie
Liens sociaux	Repli sur soi
Logement adapté	Réseau
Logement/ Perte de logement	Ressenti
Maladie grave	Sans-domicile
Mariage	Santé mentale
Migrant	Santé physique
Milieu rural	Santé psychique
Milieu urbain	Secret professionnel/Partage d'informations
Mobilité (capacité de mobilité)	Situation de rupture/Rupture de l'accompagnement
Mode de vie	Socialisation
Naissance	Souffrance
Organisation	Stigmatisation
Parcours de vie/Parcours de soin/	Traumatisme
Partenariat	Usager
Participation	Vie privée
Pauvreté	Vie quotidienne
Posture professionnelle/Positionnement	
Précarisation/Situation précaire	

5.2 Bibliographie

Cadre juridique :

- La loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Circulaire n°DGOS/R4/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Circulaire n° DHOS/O2/DGAS/1A/1B/n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en place d'équipe mobile spécialisées en psychiatrie.
- Circulaire n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)
- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08, 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- Circulaire n° 91-19, 14 mai 1991 relative aux missions des centres d'hébergement et de réinsertion sociale
- Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville

Plans :

- Ministère chargé de la santé – Ministère chargé des Solidarités. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.
- Ministère des Affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé – Feuille de route. Septembre 2013.
- Premier Ministre. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions. 21/01/2013.

Articles :

- AMAT-ROZE, J-M. La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie-santé-

- territoire. *Recherche en Soins Infirmiers*, 2011, n°106, pp 5-15.
- ANNE, S., ORIOL, A. Un lieu d'accueil parents-enfants autour de la naissance. *Spirale*, 2013, n°66.
 - BAUER, D. Accès aux soins des personnes précaires. Etat des lieux et perspectives. *La revue hospitalière de France*, 2013, n°550, pp. 38-39.
 - BONHOMME, C. Souffrance psychique et précarités. Quels dispositifs ? *La Revue Hospitalière de France*, 2013, n°550, pp. 54-56.
 - BONNIN, F., et al. L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé. Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé. *Santé Publique*, 2001, vol. 13, n°3, pp. 287-294.
 - BRETON, E., BRIAND, M-R. Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé. *La santé en action*, 2013, n°425, pp 29-31.
 - Collectif des Réseaux Insertion Culture. La culture dans le Plan département d'insertion. *Le Journal du CRIC*, novembre 2010/ avril 2011, n°2.
 - CREAL PACA – Corse. Handicap et pauvreté. *Revue du CREAL PACA – Corse*, décembre 2013, n° spécial, 43 p.
 - DEBATS, F., et al. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. *Empan*, 2009, n°73.
 - DE BEAUREPAIRE, C. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Revue du MAUSS*, 2012, n°40.
 - DEPRES, C. Les différentes figures du renoncement aux soins. *Santé de l'homme*, 2012, n°422, pp. 44-46.
 - FASSIN, D. Inégalités et santé. Dossier. *Problèmes politiques et sociaux*, 2009, n°960, 135 p.
 - Collectif. Collectivités territoriales et santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n°82, pp. 13-67.
 - FURTOS, J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Dossier souffrance et société. *Mental'idées*, 2007, n°11, pp. 24-33.
 - FURTOS, J., ZEROUG-VIAL, H. Compétence en humanité précaire et passage de relais, Bulletin national santé mentale et précarité. *Rhizome*, 2012, n°46-47, 32 p.
 - GEORGES-TARRAGANO, C., PLATON, J., BRECHAT, P-H., et al. Précarités et inégalités en santé. Dossier. *La Revue Hospitalière de France*, 2013, n°550, pp. 28-56.
 - INPES. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. *La santé de l'homme*, 2011, n°414.
 - JAEGER, M., L'inclusion : mutations sémantiques, mutations politiques, *Vie Sociale*, CEDIAS, 2015, à paraître
 - LAMOUR, P. et al. « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. *Santé Publique*, 2005, vol. 17, n°1, pp. 121-134.
 - LEON, M. SDF et alcool – En finir avec la prohibition. *Lien social*, 07/11/2013, n°1125, pp. 10-19.
 - LOCK, K. Les outils pour améliorer les politiques de santé publique fondées sur des preuves avérées. Les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision. *Télescope*, 2008, vol. 14, n°2.
 - LOMBRAIL, P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, vol.55, n°1, pp. 23-30.
 - MANSOUR, Z., et al. Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées. *Santé Publique*, 2005, vol. 17.
 - MOATTI, J-P. Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n°83, pp 49-51.
 - PAGNEUX, F. Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissante. *ASH*, 2013, n° 2805.
 - RHIZOME. Actualités et sens de l'accompagnement au logement. *Bulletin national santé mentale et précarité*, 2014, n°51, 73 p.
 - ROUAY-LAMBERT, S. La retraite des anciens SDF : trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite. *Les annales de la recherche urbaine*, 2006, n°100, pp. 137-143.
 - SIMON, P. Faciliter l'accès aux soins. L'expérience d'une équipe de terrain. *Laennec*, 2007, Tome 55, pp. 25-36.
 - VANONI, D., BARONNET, J., KERTUDO, P., et al. Le mal logement et les nouvelles dynamiques de l'exclusion. *Recherche sociale*, 2009, n°190, 106 p.

Monographies :

- BASSET, B. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, 2009, 208 p.
- CASTEL, R., MARTIN, C., CHAUVIERE, M., et al. *Changements et pensées du changement - Échanges avec Robert Castel*. Paris : La Découverte; 2012.
- CASTEL, R. *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard, 1995. 490 p.

- DAMBUYANT-WARGNY, G., VIGARELLO, G. *Quand on n'a plus que son corps. Soins et non-soins de soi en situation de précarité*. Paris : Armand Colin; 2006.
- LECLERC, A., KAMINSKI, M., LANG, T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008. 297 p.
- MERCUEL, A. *Souffrance psychique des sans-abri - vivre ou survivre*. Paris : Éditions Odile Jacob; 2012.

Rapports/Études :

- ALLONIER, C., DEBRAND, T., LUCAS-GABRIELLI, V., et al. Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. *Questions d'économie de la santé*, 2009, n°139, 6 p.
- ALLONIER, C., BOISGUERIN, B., LE FUR, P. Les bénéficiaires de la CMU-c déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. *Etudes et Résultats*, 2012, n°793, 8 p.
- ANTOINE, D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2014, n°18, pp. 352-359.
- ARCHIMBAUD, A. *L'accès aux soins des plus démunis – 40 propositions pour un choc de solidarité*. Paris : Premier ministre, 2013, 156 p.
- ATD-Quart Monde. *La misère est violence. Rompre le silence. Chercher la paix. Un projet de recherche-action participative sur les relations*. Rapport final. Pierrelaye : ATD-Quart Monde, 2012.
- BLANPAIN, N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *INSEE Première*, 2011, n°1372.
- BOISSONNAT-PELSY, H., ZIMMER, M-F., SIBUE DE CAIGNY, C., et al. *Mal être et pauvreté*. Paris : ATD Quart Monde, novembre 2011. 87p.
- BOURGUEIL, Y., JUSOT, F., LELEU, H., et al. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. *Question d'économie de la santé*, 2012, n°179, 8 p.
- BRICARD, D., JUSOT, F., TUBEUF, S. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Question d'économie de la santé*, 2010, n°154, 5 p.
- CAMBOIS, E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In : *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris : ONPES, 2004. Coll. Les travaux.
- Centre de collaboration nationale de santé publique. *Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ?* Hamilton : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2011. 2 p.
- CESAR, C. *Étude Abena 2004-2005. Comportements alimentaires et situations de pauvreté : aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France*. Saint-Maurice : INVS, 2007. 108 p.
- CHARLEMAGNE, A., COUROUVE, L., BONTE, J. *Étude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri ?* Rapport final. Phase 1. Version n° 3 du 04/10/2011. Paris : DREES-ONPES, Bourg la Reine : CEMKA-EVAL, 2011. 79 p.
- CHAUVIN, P., PARIZOT, I., LEBAS, J. État de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits. In : *Précarisation, risque et santé*. Paris : Inserm, 2001. 474 p.
- CHAUVIN, P. *Prévention et promotion de la santé auprès des populations précaires et des exclus en Europe*. Synthèse n°67. 2002. (Document électronique). Disponible sur : < <http://www.robert-schuman.eu/> >
- CHE, D., BITAR, D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006, n°18, pp. 121-124.
- CHEREQUE, F., VANACKERE, S. *Évaluation de la 1ère année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. Tome 1. Paris : IGAS, 2014. 255 p.
- COLIN, V., MERYGLOD, N., FURTOS, J. *Rapport de recherche-action sur la parentalité en contexte d'exil et de précarité. A partir d'un groupe de parole pour familles étrangères en attente de régularisation*. Bron : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, 2009. 38 p.
- COLIN, V., PICHON, A., BONNEVAL, L., et al. *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement*. Bron : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, 2013. 223 p.
- COLLET, M., MENAHEM, G., PARIS, V., et al. Précarités, risque de santé. *Question d'économie de la santé*, 2003, n°63, 6 p.
- Commission européenne. *Réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne*. Rapport. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2011. 23 p.

- COUFFINHAL, A., DOURGNON, P., GEOFFARD, P.-Y. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n°92, 6 p.
- COUFFINHAL, A., DOURGNON, P., GEOFFARD, P.-Y. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : Quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n°93, 8p.
- DAMBUYANT-WARGNY, G., BALLOUARD, C. « Etiologie » de la rupture : étude des facteurs qui provoquent ou évitent la grande marginalisation de deux populations au mode de précarisation distinct. Rapport final. Paris : Observatoire du Samu social de Paris, Sanofi, Caisse des dépôts et consignations, 1998. 127 p.
- DANET, S., COCAGNE, N., FOURCADE, A. L'état de santé de la population en France : rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. *Etudes et résultats*, 2011, n° 747, 8 p.
- Défenseur des droits. *Usagers, votre santé, vos droits*. Paris : Défenseur des droits, Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2014, 146 p.
- DESBIENS, F., HYPOLITE, S.-R. *Comprendre et agir autrement – pour viser l'équité en santé dans la région de la capitale nationale*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2012. 166 p.
- DEVICTOR, B., RUSCH, E., Conférence nationale de santé. *Rapport 2012 sur les droits des usagers. Réduire les inégalités d'accès à la santé ... en renforçant la participation des usagers*. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2013. 26 p.
- Direction Générale de la Cohésion Sociale, PICON, E., SANINO, N., et al. *Evaluation du dispositif des Lits Halte Soins Santé*. Paris : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013. 179 p.
- DOUMONT, D., FEULIEN, C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention*. Louvain : Ucl-Reso, 2010. 20 p.
- DOURGNON, P., JUSOT, F., FANTIN, R. *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé*. Paris : IRDES, 2012. 30 p. Coll. Document de travail, n°47.
- DOURGNON, P., OR, Z., SORASITH, C. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Questions d'économie de la santé*, 2013, n°183, 6 p.
- ELICABE, R., GUILBERT, A., HAENRINGER, A.-S., et al. *Etude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris*. Paris : Fondation de France, 2011. p. 91
- ESTECAHANDY, P. *Bilan d'activité des équipes « un chez soi d'abord » au 1er Juin 2013*. Paris : DIHAL, 2013. 17 p.
- FLAMAND, M. *Étude sur les conduites addictives des personnes hébergées en CHRS en Haute-Normandie*. Rouen: ORS Haute-Normandie, 2010. 77 p.
- Fondation Abbé Pierre. *20ème rapport annuel sur le mal-logement*. Paris: Fondation Abbé Pierre, 2015.
- Fondation Abbé Pierre. *19ème rapport annuel sur l'état du mal logement en France*. Paris : Fondation Abbé Pierre, 2013. 305 p.
- GIRARD, V., ESTECAHANDY, P., CHAUVIN P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2010. 236 p.
- GRANGE, D., CASTETBON, K., GUIBERT, G., et al. *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*. Saint-Maurice : INVS, Saint-Denis : INPES, Paris : ORS Ile-de-France, 2013. 184 p.
- Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, travaux préparatoires pour la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*. 2012. (Document électronique). 53p.
Disponible sur : < www.social-sante.gouv.fr >
- GUTHMULLER, S., JUSOT, F., WITTWER, J. Comment expliquer le non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? *Questions d'économie de la santé*, 2014, n°195, 8 p.
- HAS. *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale - Note d'orientation*. Saint-Denis La Plaine, 2013. 18 p.
- Haut Conseil de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Conseil de la Santé Publique, 1998.
- HOUDRE, C., PONCEAU, J., ZERGAT BONNIN, M. Les niveaux de vie en 2011. *Insee Première*, 2013, n°1464.
- ISEL, A. Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières. *Études et résultats*, 2014, n°871.
- JOUBERT, M., CHAUVIN, P., FACY, F., et al. *Précarisation, risques et santé*. Paris : Inserm, 2001. 474 p.

- LABELLE, B., CANAT, G., SINDEZINGUE, M., et al. *Etude « maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité » - Volet quantitatif : « morbidité et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon »*. Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2011. 61 p.
- LACHNITT, B., LEMAIRE, S., PERRIER, F. *Pauvretés, précarités, exclusions*. Lyon : MRIE, 2010. 180 p. Coll. Les rapports de la MRIE.
- LACHNITT, B., LEMAIRE, S., PERRIER, F. *Pauvretés, précarités, exclusions*. Lyon : MRIE, 2011. 212 p. Coll. Les rapports de la MRIE.
- LACHNITT, B., LEMAIRE, S., PERRIER, F. *Pauvretés, précarités, exclusions*. Lyon : MRIE, 2012. 326 p. Coll. Les rapports de la MRIE.
- LAPORTE, A. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Premiers résultats*. Paris : Observatoire du Samu Social ; INSERM, 2010. 227 p.
- LAZARUS, A. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail « Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale, La documentation française, février 1995, 65 p.
- MAINAUD, T. L'hébergement social (hors urgence) : 70 000 personnes sans logement accueillies en établissements. Résultats de l'enquête ES 2008. *Etudes et résultats*, 2011, n°766.
- MANNONI, C. *Les ateliers santé ville. Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé. Document issu de la capitalisation de visites sur site de trois ateliers santé ville franciliens : Aubervilliers, Gonesse, Nanterre*. Saint-Denis : Profession Banlieue, 2010. 69 p.
- Médecins du Monde. *Accès aux soins, les déterminants socioculturels*. Paris : Médecins du Monde, 2013.
- Médecins du Monde. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France*. Paris : Médecins du Monde, 2014. 180 p.
- MENVIELLE, G., LECLERC, A., CHASTANG, J-F, et al. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 02/09/2008, n°33, pp. 289-292.
- Ministère chargé de la Santé. *Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 2008-2012*. Paris : Ministère chargé de la Santé, juin 2013. 109 p.
- MOLEUX, M., SCHAETZEL, F., SCOTTON, C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance: santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris : IGAS, 2011.
- MOULIN, J-J., DAUPHINOT, V., DUPRE, C., et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005, n°43.
- OMS. La santé pour tous au 21ème siècle. Série européenne de la santé pour tous. *Santé 21*, 1998, n°5, 38 p.
- ONFV. *Observatoire national de la fin de vie : rapport 2014 - Fin de vie et précarités : six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France*. Paris: ONFV, 2015.
- ONPES. *Les effets d'une crise économique de longue durée. Le rapport de l'ONPES 2013-2014*. Paris : 2014. 120 p.
- ONPES. La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010. *La lettre de l'ONPES*, 2013, n°3.
- PAITA, M., RICORDEAU, P., STUDER, A., et al. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. *Points de Repère - Cnamts*, 2007, n°8, 12 p.
- PARQUET P-J. (ss dir.), Souffrance psychique et exclusion sociale, Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, sept. 2003, 59p.
- PAUGAM, S., CLEMONCON, M. Détresse et ruptures sociales. Résultats de l'enquête OSC-Fnars. *Recueils & documents*, 2002, n°17.
- PERRONNIN, M., PIERRE, A., ROCHEREAU, T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Question d'économie de la santé*, 2011, n° 161, 6 p.
- POTVIN, L., MOQUET, M.-J., JONES, C. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, 2010. 380 p. Coll. Santé en action.
- RAMEL, M., BOISSONNAT-PELSY, H., SIBUE DE CAIGNY, C., ZIMMER, M-F., « Se nourrir quand on est pauvre » - Analyse et ressenti de personnes en situation de précarité, Mars 2014, 156p.
- REVOL, J., STROHL, H. *Rapport du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité*. Paris : Ministère des affaires sociales, 1987.
- ROBINE, J.-M., CAMBOIS, E, Les espérances de vie en bonne santé des européens. Population et sociétés. *Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques*, 2013, n°499 p.
- ROCCA, C., LOUIS, C., MARTINET, Y., et al. *Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes en situation de rue décédée en 2012*. Rapport final. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de

l'Egalité des territoires et du Logement, 2013. 153 p.

- ROCHERE (de la), B. La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. *Insee Première*, 2003, n°893, 4 p.
- ROGER LACAN, C., PATRIS, C., Psychologie et grande exclusion, Rapport secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, juin 1996, 39 p.
- SANDON, A. *Données probantes et promotion de la santé*. Dijon : IREPS Bourgogne, 2011. 20 p. Coll. Dossiers techniques, n°2.
- SASS, C., MOULIN, J.J., GUEGUEN, R., et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006, n°14.
- Société Française de Santé Publique. *Résultats de la consultation ouverte "Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé"*. Laxou : Société Française de Santé Publique, juin 2014. 57 p.
- SOFTIC, S., FONTAINE, A. *Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France*. Rapport d'enquête. Paris : Médecins du Monde, 2009.
- TRUGEON, A., THOMAS, N., MICHELOT, F., et al. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. 259 p.
- UNCCAS. Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS. *Enquêtes et observations sociales*, 2014, n°7, 20 p.
- VAUGRENARD, Y. *Comment enrayer le cycle de la pauvreté? Osons la fraternité!* Rapport n°388. Paris: Sénat, 2014.
- WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et social*. Paris : Journal Officiel, 1987. Coll. Avis et rapports du Conseil économique et social, n°6.
- YAOUANQ, F., DUEE, M. Les sans-domicile et l'emploi – des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie. *Insee Première*, 2014, n°1494.

Colloques :

- BOISGUERIN, B. (Colloque, Paris, 22/11/2011). *Renoncement aux soins*. Paris : DREES, 2012. 146 p. Coll. Études et statistiques.
- CNSA. (Deuxième rencontre scientifique de la CNSA, Paris, 15-16 février 2012). *Aide à l'autonomie et parcours de vie*. Synthèse du colloque. Paris : CNSA, 2012. 68 p.
- SIBUE DE CAIGNY, C., DOYEN, M., BRAILLON, C., et al. (Colloque, La Défense, 14 septembre 2011). *Inégalités de santé, précarité et développement durable : quelles perspectives ? Les plus pauvres, acteurs et partenaires*. Paris : ATD Quart Monde, 2012. 112 p.

Mémoires/Thèses :

- BENOIST, Y. *Cancer et grande pauvreté : Ethnologie de la « Maison de Nanterre »*. Thèse : Doctorat en Ethnologie : Paris : Université Paris V, 2008. 750 p.
- BOISSONNAT, A-C. *Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier*. Thèse : Doctorat en médecine : Nancy : Université de Lorraine, juin 2012. 289 p.
- BRUNIN, C. *Articuler accompagnement sanitaire et accompagnement social dans le projet d'une association d'insertion par le logement*. Mémoire : CAFDES : Rennes : ENSP, 2004.
- CARLOT, C. *Accueillir des personnes malades du sida en C.H.R.S. : analyse et perspectives d'une mission en évolution*. Mémoire : Directeur d'établissement social - personne en difficulté sociale : Rennes : ENSP, 1997.
- KELCHE, M-L. *Le réseau parisien psychiatrie-précarité : socle partenarial entre les secteurs et les CHRS au service des malades mentaux*. Mémoire : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : Rennes : ENSP, 2005. 73 p.
- PEGON, G., Le traitement clinique de la précarité, Thèse : Doctorat Anthropologie et sociologie : Lyon 2, 2011, 509 p.
- RODE, A., WARIN, P. *Le non recours aux soins des populations précaires. Construction et réceptions des normes*. Thèse : Doctorat Sciences politique : Grenoble : Université de Grenoble, 2010. 508 p.
- SCHIEBER, A-C. *Etude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE*. Thèse : Doctorat en mathématique, spécialité épidémiologie : Toulouse : Université de Toulouse III, 2014. 267 p.

Guides/Recommandations :

- BENNEVAULT, B. ., BERDAH S., et al. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, Guide de repérage – à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale, Collège national de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Lens, octobre 2013, 33 p.
- Direction Générale de l'offre de soins. *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique*. Paris : Ministère chargé de la santé, 2012. 71p.
- FNARS. Guide méthodologique de l'accompagnement santé. *Recueils & Documents*, 2006, n°40, 71 p.
- HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles*. Saint-Denis La Plaine : 2005. 51 p.
- HAS. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Recommandations de la commission d'audition*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2011. 29 p.