
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

**LHSS, LAM et ACT :
l'accompagnement
des personnes en
situation de précarité
et la continuité des
parcours**

Descriptif de la publication

Titre	LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours
Méthode de travail	Méthode par consensus simple
Objectif(s)	La mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes. La mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours. Cela nécessite une réflexion sur les pratiques d'accompagnement et l'inscription de l'établissement dans son territoire d'intervention. La mise en œuvre d'un accompagnement de la fin de vie.
Cibles concernées	Les professionnels exerçant dans les LHSS, LAM et ACT, dont les ACT « Un chez-soi d'abord »
Demandeur	Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Madame Florence Ligier et Monsieur Clément Chauvel, chefs de projet, service recommandation de la HAS (cheffe de service : Madame Christiane Jean-Bart) Secrétariat : Madame Pascale Firmin
Recherche documentaire	Madame Sophie Despeyroux, avec l'aide de Madame Maud Lefevre Cheffe du service documentation-veille : Madame Frédérique Pages
Auteurs	Madame Florence Ligier, cheffe de projet, et Madame Petronela Mucilianu, chargée de projet
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 8 décembre 2020
Actualisation	
Autres formats	Recommandation, synthèse et fiche de présentation des établissements

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
 5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
 © Haute Autorité de santé – décembre 2020 – ISBN : 978-2-11-155670-6

Sommaire

1. Les personnes sans domicile : profils et vulnérabilités	7
1.1. Les personnes sans domicile dans les pays occidentaux : données générales	7
1.2. Les personnes sans domicile en France, données générales	8
1.2.1. Évolutions des profils et état de santé	8
1.2.1.1. Profils des personnes sans domicile	9
1.2.1.2. Santé des personnes à la rue	9
1.2.2. Les établissements de soins pour les personnes sans domicile	10
1.2.2.1. Les appartements de coordination thérapeutique	11
1.2.2.2. Le cas particulier des ACT « Un chez-soi d'abord »	11
1.2.2.3. Les lits halte soins santé	11
1.2.2.4. Les lits d'accueil médicalisés	12
1.2.3. Typologie et profil des publics accueillis dans les établissements LHSS, LAM et ACT	13
1.3. État des pratiques	14
1.4. Avis du groupe de travail	14
2. La prise en charge de la santé des personnes sans domicile : difficultés, leviers et éléments de bonne pratique	16
2.1. Les éléments de la littérature	16
2.1.1. L'accès et le maintien dans le soin et l'adhésion aux traitements	16
2.1.2. Les <i>respite care programs</i>	31
2.2. Les recommandations de bonnes pratiques existantes pour l'accès aux soins des personnes sans domicile	35
2.3. Avis du groupe de travail	41
3. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	45
3.1. Les différentes approches de l'accompagnement social des personnes sans domicile	45
3.1.1. Le <i>case management</i> ou les approches par le logement	45
3.1.1.1. Le <i>case management</i>	45
3.1.1.2. Les approches par le logement	50
3.1.1.3. Efficacité comparée de différents modèles de <i>case management</i>	56
3.1.1.4. Quelques éléments pour le choix d'un modèle d'accompagnement	63
3.1.2. Développement des compétences psychosociales et pouvoir d'agir	66
3.1.2.1. Le développement du pouvoir d'agir	66
3.1.2.2. Les compétences psychosociales : un outil pour développer le pouvoir d'agir	66
3.1.3. L'approche par les pairs	68

3.2.	Les recommandations de bonnes pratiques pour l'accompagnement des personnes sans domicile	70
3.3.	Quelques outils pour la mise en œuvre d'un accompagnement adapté	75
3.3.1.	Des outils d'évaluation des ressources et des besoins	75
3.3.2.	Les plateformes numériques permettant l'évaluation des besoins et de la mise en œuvre d'un projet personnalisé	76
3.3.3.	Les outils de définition et de mise en œuvre d'un projet	77
3.3.3.1.	Les outils du rétablissement	77
3.3.3.2.	Le plan personnalisé de coordination en santé	78
3.4.	État des pratiques	78
3.5.	Avis du groupe de travail	80
3.5.1.	L'importance de l'éthique dans les pratiques d'accompagnement	80
3.5.2.	L'approche par les pairs	81
3.5.3.	Proposer un accompagnement centré sur la personne	82
3.5.4.	La multiréférence	84
3.5.5.	Les contenus de l'accompagnement	85
3.5.5.1.	Développement du lien social, accès à la citoyenneté, aux loisirs, à la culture	85
3.5.5.2.	Insertion socioprofessionnelle	85
3.5.6.	La mise en œuvre de l'accompagnement	86
3.5.6.1.	Prendre contact avec la personne et recueillir les informations	86
3.5.6.2.	L'accueil dans la structure	87
3.5.6.3.	L'accompagnement	87
3.5.6.4.	L'accompagnement à la sortie	89
4.	La prise en compte des vulnérabilités dans l'accompagnement global des personnes sans domicile	91
4.1.	Les addictions	91
4.1.1.	Les éléments de la littérature et les recommandations de bonnes pratiques	91
4.1.2.	L'état des pratiques	95
4.1.2.1.	Les avis du groupe de travail	95
4.2.	La santé mentale	95
4.2.1.	L'accompagnement orienté rétablissement	95
4.2.2.	Les données de la littérature	101
4.2.3.	Les recommandations concernant l'accompagnement des personnes avec une problématique de santé mentale	102
4.2.4.	L'état des pratiques	103
4.2.5.	Les avis du groupe de travail	103
4.3.	Le psychotraumatisme	104
4.3.1.	Les données de la littérature	104
4.3.2.	Les recommandations de bonnes pratiques	106

5. La nécessaire coordination sur un territoire entre et dans les secteurs sanitaire, social et médico-social pour accompagner les personnes dans leur parcours 108

5.1. Quelques éléments de définition	108
5.2. Les éléments de la littérature	109
5.2.1. Le parcours de soins des personnes sans domicile	109
5.2.2. Les parcours de santé et parcours de vie	111
5.3. Les recommandations de bonnes pratiques concernant les coordinations et les coopérations	113
5.4. État des pratiques	115
5.4.1. La coordination avec les partenaires de l'amont	115
5.4.2. La transmission des informations	116
5.4.3. La coordination avec les partenaires de l'aval	116
5.5. Avis du groupe de travail	117
5.5.1. La coordination avec les partenaires de l'amont	117
5.5.2. Inscrire son établissement au sein du territoire	118
5.5.3. Soutenir et sensibiliser les partenaires	120
5.5.4. La coordination avec les partenaires de l'aval	120

6. Synthèse des éléments pour la pratique 122

6.1. Quelques éléments indispensables pour mettre en œuvre un accompagnement adapté aux personnes sans domicile présentant des problématiques de santé	122
6.1.1. Pourvoir aux besoins primaires	122
6.1.2. Proposer une éthique de l'intervention	122
6.1.3. Proposer un cadre sécurisé	122
6.2. Adapter l'accompagnement aux personnes	123
6.2.1. Une information claire et compréhensible	123
6.2.2. Un accompagnement centré sur les besoins de la personne	123
6.2.3. Un accompagnement qui développe le pouvoir d'agir de la personne	124
6.2.4. Un accompagnement qui s'inscrit dans la durée	125
6.3. Le rôle central des équipes	125
6.3.1. Des équipes engagées dans la relation d'aide	125
6.3.2. Des équipes formées et soutenues	126
6.3.3. Des équipes qui intègrent des travailleurs pairs	126
6.4. Une nécessaire inscription dans l'environnement	127
6.4.1. Proposer une réponse globale	127
6.4.2. Permettre un retour dans les dispositifs de droit commun	127
6.4.3. Sécuriser les transitions	128
6.4.4. Sensibiliser et soutenir les partenaires pour l'accompagnement des personnes à besoins complexes	128

7. L'accompagnement de la fin de vie	129
7.1. Le contexte des soins palliatifs en France	129
7.1.1. Le développement de l'accompagnement aux soins palliatifs dans les ESSMS	129
7.1.2. Un renforcement des droits des personnes en fin de vie	130
7.2. Les données de la littérature concernant la fin de vie des personnes sans domicile	130
7.3. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'accompagnement de la fin de vie	136
7.4. État des pratiques	140
7.5. Avis du groupe de travail	140
Table des annexes	142
Références bibliographiques	188
Participants	196
Abréviations et acronymes	198

1. Les personnes sans domicile¹ : profils et vulnérabilités

1.1. Les personnes sans domicile dans les pays occidentaux : données générales

Dans un article intitulé « La santé des sans-abri dans les pays à haut niveau de revenu » qui s'appuie sur les publications médicales entre 2003 et 2013, Fazel (1) indique que même si au regard des définitions variées des personnes sans-abri ou sans domicile et du manque d'homogénéité entre les données des différents pays, les comparaisons sont difficiles, certains constats sont identiques.

La mortalité est nettement plus élevée chez les personnes sans domicile que dans la population générale (entre deux et cinq fois selon les études).

Pour les jeunes, les causes de décès sont des causes violentes (accident, agression, overdose). Les risques concernant la santé sont liés aux maladies infectieuses, aux blessures, à l'usage de stupéfiants ou d'alcool. Dans une étude danoise, il est également rapporté un taux de suicide important chez les jeunes sans domicile.

Les causes de décès chez les personnes sans domicile plus âgées sont plus proches des causes de décès de la population générale, mais surviennent 10 à 15 ans plus tôt. Les décès sont liés aux maladies chroniques et au vieillissement prématuré. Les personnes sans domicile accueillies en milieu hospitalier pour des maladies graves ont 50 ans en moyenne contre 60 à 65 ans pour la population générale.

Par ailleurs, la part des personnes sans domicile de plus de 50 ans augmente. Or celles-ci présentent des problématiques liées au vieillissement 10 à 15 ans plus tôt que la population générale. Une étude s'intéresse à la prévalence des symptômes gériatriques courants dans la population des personnes sans domicile comparée à la prévalence des symptômes gériatriques dans trois cohortes de population générale (2). Les personnes sans domicile, bien que plus jeunes (56 ans en moyenne) que les trois autres cohortes, se décrivent moins souvent en bonne santé, présentent plus de comorbidités (seule la cohorte la plus âgées, composée uniquement de personnes de plus de 65 ans, avec une moyenne d'âge supérieure à 76 ans, présente des comorbidités identiques et supérieures pour les cancers et maladies coronariennes), ont des taux d'alcoolisation massive plus importants, recourent moins aux soins primaires et plus aux services d'urgence. Les personnes sans domicile ont une capacité à exécuter les activités du quotidien et les activités informatives du quotidien inférieure aux autres personnes malgré la différence d'âge. Le nombre de chutes est identique avec la cohorte de plus de 65 ans. Les difficultés à marcher sont plus fréquentes chez les personnes sans domicile, les troubles cognitifs, les fragilités et les taux de dépression sont supérieurs chez les personnes sans domicile. Les problèmes d'audition sont similaires, les problèmes de vue et d'incontinence supérieurs.

Les personnes sans domicile présentent un taux de maladies infectieuses supérieur à la moyenne. L'hépatite C est la maladie infectieuse générant le plus de décès. Les jeunes et les femmes sont particulièrement exposés au risque d'être infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les

¹ La notion de personne sans-domicile regroupe les personnes sans-abri et sans-logement mais ne fait pas l'objet, en France, d'une définition en termes de politiques publiques. La définition de personne sans-domicile retenue dans cet argumentaire, sauf spécifications particulières, est celle proposée par la grille ETHOS (https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf) qui regroupe l'ensemble des personnes sans-abri, sans-logement et en logement précaire ou inadapté.

personnes sans domicile présentent également un risque accru de tuberculose (20 à 40 fois supérieur à celui de la population générale en fonction des études).

Elles souffrent également de maladies chroniques et aiguës nombreuses : respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, et musculo-squelettiques, avec une présence particulière des maladies infectieuses et parasitaires, des blessures et des problèmes de peau. Les problématiques varient au cours du temps, mais on repère des désordres neurologiques précoces, de l'épilepsie, des hépatites virales, des infections au VIH (3).

Par ailleurs, les personnes sans domicile présentent un taux d'addictions élevé et des problématiques de santé mentale importantes. Plus la rupture d'hébergement a lieu jeune, plus ces phénomènes d'addictions et de troubles mentaux sont présents. Les phénomènes de dépression sont très présents ainsi que le stress post-traumatique (3).

Ces morbidités sont souvent cumulatives, une étude canadienne montre que 58 % des personnes sans domicile ont un double diagnostic addictions et problématiques de santé mentale. Une autre évalue à plus de 90 % les personnes sans domicile ayant connu au moins un trouble mental au cours de leur vie, et à 82 % les personnes présentant une addiction (dont tabac) (4).

Le tabac est très présent dans la population des personnes sans domicile (une étude américaine montre que 68 % à 80 % sont fumeuses). Cela engendre également des problématiques cardio-vasculaires importantes.

Une étude américaine basée sur les données d'une campagne nationale visant à héberger 100 000 personnes montre que parmi les personnes sans domicile, les personnes sans-abri² sont celles qui sont le plus à risque de mortalité précoce (5).

Si les hommes restent majoritaires parmi les personnes sans domicile, la part des femmes avec ou sans enfant augmente, ce qui crée de nouvelles vulnérabilités de santé. Une étude (6) montre qu'un tiers de femmes sans domicile avec enfants à charge présentent des problématiques de santé mentale alors même qu'avoir un enfant à charge semble en partie protecteur (accès facilité à des ressources financières, matérielles et psychologiques, pathologies de santé chroniques moins présentes, problématiques addictives moins nombreuses, risque d'agression sexuelle plus faible).

Enfin, les personnes sans domicile sollicitent plus les services d'urgence que la population générale. Elles présentent également des durées d'hospitalisation plus longues (1). Ce recours aux services d'urgence est lié à un recours tardif aux soins, et au fait qu'elles n'auront pas à faire face à un refus de soins dans ces services, alors même que certaines problématiques pourraient être traitées de manière plus efficace par un service de soins primaires ou un service social. Ce phénomène est international et engendre des coûts importants pour les systèmes de santé (3) (7).

1.2. Les personnes sans domicile en France, données générales

1.2.1. Évolutions des profils et état de santé

Deux enquêtes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) menées respectivement en 2001 et 2012 permettent de mesurer certaines évolutions concernant le profil des personnes sans domicile³ (8). Même si les dernières données datent de 2012, elles permettent d'objectiver des évolutions dans les profils des personnes sans domicile.

2 La personne sans-abri correspond ici à celle qui dort dans la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation.

³ Une personne est dite « sans-domicile » au sens de l'Insee « si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert

Si les problèmes de santé mentale, d'addiction ou les accidents de parcours (perte d'emploi, décès d'une personne proche, divorce) sont des facteurs individuels importants dans le parcours d'errance, les profils des personnes sans domicile se sont largement modifiés et sont hétérogènes.

1.2.1.1. Profils des personnes sans domicile

En France, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de 50 % en moyenne entre 2001 et 2012 (9). L'INSEE a estimé leur nombre à 141 500 en 2012 (10).

La comparaison des données des deux enquêtes permet de mettre en avant les évolutions suivantes.

- Un public majoritairement masculin mais qui se féminise : 62 % des adultes sans domicile sont des hommes, 38 % sont des femmes (11). Cependant, la proportion des femmes a augmenté de 4 % entre 2001 et 2012 (8).
- Une augmentation de la part du public vieillissant : si le public sans domicile est relativement jeune (27 % de ce public a entre 18 et 29 ans, 50 % entre 30 et 49 ans, 23 % a plus de 50 ans) (11), les personnes de plus de 60 ans nées en France sont trois fois plus nombreuses en 2012 qu'en 2001 et représentent 10 % des sans domicile (8).
- Une augmentation de la part du public né à l'étranger : l'enquête Insee de 2012 montre que 56 % des personnes sans domicile sont nées à l'étranger. Par ailleurs, si entre 2001 et 2012 le nombre de sans domicile nés en France a augmenté de 14 %, celui des sans domicile francophones nés à l'étranger a augmenté de 67 % et celui des sans domicile non francophones nés à l'étranger a augmenté de 207 % (8). Ce public est arrivé récemment en France et présente une situation précaire au regard du séjour (titres de séjour courts dont le renouvellement n'est pas certain, ou absence de titre de séjour).
- Une augmentation de la part des enfants : le nombre d'enfants sans domicile a augmenté de 85 % dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants. Cette augmentation est entièrement le fait de mineurs étrangers car la part des enfants accompagnant des adultes nés en France est en diminution (-4 %) (8).

Nous ne disposons pas de données aussi complètes plus récentes, mais les données collectées par les opérateurs de l'urgence sociale indiquent que ces évolutions se sont poursuivies. Ainsi, le rapport 2018 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde (12) indique que plus de 24 000 personnes ont été accueillies dans leurs centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso), que 62 % d'entre elles sont en situation irrégulière au regard du séjour, et que 14 % sont en demande d'asile. La part des mineurs augmente.

1.2.1.2. Santé des personnes à la rue

Les personnes sans domicile sont globalement en moins bonne santé et meurent en moyenne 30 ans plus tôt que la population générale, puisque l'âge moyen de leur décès en France est de 49,6 ans (13).

L'enquête Samenta réalisée par le Samu social de Paris permet d'estimer que 31,5 % des personnes sans domicile présentent au moins un trouble psychiatrique sévère et que parmi elles, 22,9 % n'ont

exceptionnellement en cas de grand froid), ou si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de « sans-abri »), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir ».

jamais eu de recours aux soins (14). L'étude issue du projet « Un chez-soi d'abord », visant à offrir à des personnes sans domicile un logement préalablement à un accompagnement pluridisciplinaire notamment psychiatrique incluant plus de 700 personnes, dont 70 % avec schizophrénie et 30 % avec troubles bipolaires, a montré que la moitié des personnes sans domicile ne recevaient pas un traitement de fond approprié (antipsychotiques pour la schizophrénie ou régulateurs d'humeur pour le trouble bipolaire). Et près de la moitié (48 %) avait une dépression non traitée, qu'ils aient une schizophrénie ou un trouble bipolaire. 46 % recevaient des anxiolytiques au long cours et 15 % des hypnotiques au long cours, « ce qui n'est pas recommandé, à cause des risques de dépendance, de chute, de désinhibition et d'altération des fonctions cognitives » (15).

Le rapport 2018 de Médecins du Monde indique que 15 000 personnes ont été reçues par un médecin pour 22 000 consultations. Si les motifs de consultation sont d'ordre digestif (24 %), ostéo-articulaire (20 %) et respiratoire (20 %), plus de la moitié des patients souffrent d'une pathologie chronique. Une pathologie psychiatrique ou psychique (et notamment des troubles anxieux) est diagnostiquée pour 9 % des personnes, mais Médecins du Monde précise que ce chiffre est très probablement sous-estimé. L'accès à la prévention (notamment sur les grossesses et infections sexuellement transmissibles (IST)) et les taux de vaccination sont faibles. Les personnes ont peu accès à leur droit à une assurance maladie (12).

Par ailleurs, en raison du vécu parfois traumatique ou des mauvaises expériences, les réticences à se soigner sont fortes. Aussi le recours aux soins est parfois tardif et les services d'urgence des hôpitaux (généralistes et psychiatriques) peuvent constituer l'unique porte d'entrée.

1.2.2. Les établissements de soins pour les personnes sans domicile

Pour répondre aux besoins de soins spécifiques d'une population précaire, des dispositifs de soins et d'hébergement temporaires, les lits halte soins santé (LHSS) et appartements de coordination thérapeutique (ACT) ont été créés dans les années 1990. Les lits d'accueil médicalisés (LAM) ont été créés dans les années 2000, le dispositif « Un chez-soi d'abord » dans les années 2010. Ces dispositifs ont essaimé à partir d'initiatives expérimentales des acteurs de terrain pour répondre à des besoins non couverts pour la prise en charge des problématiques de santé des personnes sans domicile. Bien que relativement récents, ces établissements connaissent une croissance rapide⁴.

Les prises en charge s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires comprenant à la fois du personnel médical et du personnel social pour proposer une prise en charge médico-sociale globale et coordonnée.

Les durées de prise en charge sont variables : deux mois renouvelables pour les LHSS ; pour les ACT, il est précisé qu'il s'agit d'un hébergement temporaire ; pour les LAM, les textes ne prévoient pas de durée de prise en charge, mais ceux-ci restent des dispositifs d'hébergement temporaire. Dans le dispositif « Un chez-soi d'abord », il n'y a pas de durée d'hébergement car le principe même de ce dispositif est de proposer comme point d'entrée un accès à un logement durable (les personnes sont locataires de leur logement ou ont vocation à le devenir).

⁴ En 2005, seuls existaient les 170 lits infirmiers du Samu social de Paris et quelques dispositifs expérimentaux ; la capacité des LHSS est de près de 1 500 places au 31/12/2017 ; 45 LAM existaient en 2012, il y en a plus de 500 au 31/12/2017 ; 360 places ACT « Un chez-soi d'abord » ont été créées entre 2011 et 2017 avec un objectif de 2 000 places en 2022. Par ailleurs la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté 2018-2022 prévoit la création de 1 450 places LAM et LHSS et 1 200 places d'ACT et le Ségur de la santé prévoit 500 places supplémentaires en LHSS, pour un total de 2 600 places LHSS, 1 400 places LAM et 2 400 places d'ACT.

1.2.2.1. Les appartements de coordination thérapeutique

Créés pour offrir des solutions aux personnes atteintes du Sida en situation de précarité, ces dispositifs avaient pour objectif premier d'offrir un lieu de vie pour des personnes isolées atteintes du VIH « ayant des difficultés financières et sociales et nécessitant un accompagnement continu et permanent du fait de la maladie » (16). Une coordination médicale et psychosociale se met en place pour chaque résident.

L'avancée de la recherche en France sur les traitements du Sida transforme le profil des résidents accueillis en ACT. Il ne s'agit plus d'accompagner la fin de vie des résidents mais de les soutenir dans le cadre d'un projet individualisé et personnalisé (17).

En 2002, les ACT acquièrent le statut d'établissement et service social et médico-social (ESSMS) (18) et s'ouvrent à des personnes atteintes d'autres pathologies. Ils hébergent dorénavant « des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical » (19). Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les ACT peuvent également accueillir leurs proches (20). Les ACT fonctionnent « sans interruption » et ont pour mission l'hébergement « à titre temporaire [...], de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (19). Les objectifs, les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux de chaque ACT sont définis dans le projet d'établissement (20).

1.2.2.2. Le cas particulier des ACT « Un chez-soi d'abord »

Le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016 (21) confère également le statut d'ACT aux logements captés dans le cadre du programme « Un chez-soi d'abord ». Ce programme expérimenté entre 2011 et 2016 dans quatre villes françaises (Paris, Lille, Marseille, Toulouse) est inspiré du modèle américain *housing first*⁵ qui propose de changer radicalement la prise en charge des personnes « durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères » (21) en proposant un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire au domicile.

Cette expérimentation a été pérennisée fin 2016. Dans ce cadre, le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016 (21) précise que l'ACT peut avoir « pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères d'accéder sans délai à un logement [...] et de s'y maintenir ; de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale ».

1.2.2.3. Les lits halte soins santé

Issu d'une expérimentation du Samu social de Paris qui met en place en 1993 des lits d'hébergement et de soins infirmiers afin « d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation afin de les soigner » (23), les LHSS se voient conférer un statut d'ESSMS par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 (24) relative au financement de la sécurité sociale pour 2006. Le décret 2016-12 du 11 janvier 2016 (25) précise que les LHSS « accueillent des personnes majeures

⁵ Ce modèle a été initié par Tsemberis à New York dans les années 1990 (22), il sera développé ci-après.

sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue ».

Les LHSS ont pour mission « de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ; de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ; d'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel. Ils assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie. Ils sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année » (25).

1.2.2.4. Les lits d'accueil médicalisés

La création des LAM à titre expérimental a fait suite à l'évaluation du dispositif des LHSS par la DGCS en 2008 qui mettait en avant un écart important entre le public cible des LHSS et le public réellement accueilli par ceux-ci, puisque près de 30 % du public présentaient uniquement des pathologies de longue durée⁶. Aussi, 45 places de LAM ont été créées pour accueillir des « personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre » (26). Ces lits ont été pérennisés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (27).

Le décret 2016-12 du 11 janvier 2016 précise les missions des LAM, qui accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ». Les LAM ont pour mission « de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ; d'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ; de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ; d'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre. Ils assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie. Ils sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année » (25).

Les textes réglementaires prévoient des prestations minimales et un accompagnement pluridisciplinaire médico-social au sein de l'ensemble de ces structures. Les coûts annuels à la place varient de manière conséquente d'un dispositif à l'autre (32 764 euros en métropole pour les ACT, 14 000 euros pour les ACT « Un chez-soi d'abord », 41 683 euros pour les LHSS et 73 912,5 euros pour les LAM⁷). Les prestations, notamment d'accompagnement, et leur intensité varient donc également d'un dispositif à l'autre. Mais par ailleurs, les textes ne fixant aucun ratio entre les différents types d'accompagnement, au sein d'un même dispositif les prestations d'accompagnement peuvent également varier fortement.

⁶ <https://www.cnle.gouv.fr/les-lits-d-accueil-medicalises-lam.html>

⁷ Coûts moyens à la place en 2018, instruction ministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 (28).

1.2.3. Typologie et profil des publics accueillis dans les établissements LHSS, LAM et ACT

Les données chiffrées utilisées sont issues de différents supports en fonction des dispositifs⁸. Certaines données chiffrées datent de plus de cinq ans. Cependant, elles permettent de déterminer une tendance. Les échanges avec les parties prenantes confirment ces tendances, mais celles-ci peuvent avoir évolué et certaines problématiques peuvent donc être sous-estimées. Les méthodologies de ces supports sont différentes et ne permettent pas de comparaison entre les dispositifs ; elles permettent néanmoins d'appréhender les typologies des publics hébergés dans chaque dispositif et les problématiques y afférentes.

Dans l'ensemble, les typologies des publics accueillis dans les dispositifs de soins pour les personnes en situation de précarité sont similaires aux typologies des publics sans domicile repérés par l'enquête Insee de 2012 (11).

Ainsi, les personnes étrangères représentent 42 % des personnes accueillies dans le dispositif ACT (hors « Un chez-soi d'abord ») en métropole hors Île-de-France, 80 % en Île-de-France et 75 % en outre-mer.

Concernant les LHSS, la part des personnes étrangères représente de 65 % à 74 % des personnes accueillies dans les structures de l'échantillon de l'enquête du cabinet Ernst and Young⁹. Pour les LAM, la part des personnes étrangères varie entre 63 % et 91 % (31).

Une exception cependant, les personnes logées dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » sont de nationalité française à 86 %. Ceci s'explique par deux raisons : l'accès à ce dispositif nécessite d'être en situation de séjour régulier sur le territoire, et ce dispositif s'adresse à un public très particulier, « des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères » (21). En effet, pour les personnes d'origine étrangère, l'état de sans domicile est plus régulièrement lié à une situation précaire au regard du séjour et moins à une problématique personnelle de type santé mentale.

Les personnes vieillissantes représentent également une part importante du public accueilli.

En 2012, elles représentaient 17 % des personnes accueillies en LHSS (23), alors qu'elles ne représentent que 10 % des personnes sans domicile. En 2017, dans les structures LAM de l'enquête du cabinet Ernst and Young (31), elles représentent au moins 31 % des personnes hébergées. Leur part dans ces dispositifs est supérieure à leur part parmi les personnes sans domicile (environ 10 %). Cette surreprésentation est en lien avec une dégradation de l'état de santé liée à l'âge.

Dans les ACT, les personnes de plus de 60 ans sont plus faiblement représentées puisqu'elles représentent 12 % des personnes hébergées en métropole hors Île-de-France, moins de 7 % en outre-mer et moins de 4 % en Île-de-France.

Pour les ACT « Un chez-soi d'abord », la seule donnée sur l'âge des participants est la moyenne d'âge, qui est de 38 ans. Les personnes de plus de 60 ans sont donc peu ou pas représentées, cette particularité peut encore une fois s'expliquer par la spécificité du public auquel s'adresse ce programme.

⁸ Les données chiffrées utilisées sont issues pour les ACT du bilan national des ACT 2018 (29), pour les ACT « Un chez-soi d'abord » du rapport intermédiaire de recherche « Un chez-soi d'abord » (30), pour les LHSS du rapport Itinere de 2013 (23) et du rapport final de 2018 de l'enquête réalisée par le cabinet Ernst and Young (31), et pour les LAM du rapport final de l'enquête réalisée par le cabinet Ernst and Young {Direction générale de la Cohésion sociale, 2018 #208}.

⁹ Le cabinet Ernst and Young n'étudie pas dans son enquête l'ensemble des structures LHSS, mais un échantillon de structures sélectionné dans trois départements d'étude.

Une part importante des publics de ces dispositifs présente des conduites addictives ou des troubles psychiatriques. Ainsi pour le dispositif ACT, 6 % des personnes hébergées en Île-de-France, 26 % des personnes hébergées en métropole hors Île-de-France et 22 % des personnes hébergées en outre-mer ont une problématique addictive. Pour les troubles psychiques ou psychiatriques, ces chiffres sont respectivement de 17 % en Île-de-France, 25 % en métropole hors Île-de-France et 20 % en outre-mer.

La maladie psychiatrique étant la porte d'entrée du dispositif « Un chez-soi d'abord », toutes les personnes présentent des troubles psychiatriques, 39 % présentent une dépendance à l'alcool et 45 % une dépendance aux substances non alcooliques.

Concernant les LHSS, le rapport Itinere (23) indique que 54,30 % des personnes accueillies entre le 1er septembre et le 30 novembre 2011 présentent une ou plusieurs addictions et 23,60 % un trouble psychiatrique.

Enfin, l'ensemble de ces structures a pour caractéristique d'accueillir un public essentiellement masculin. Mais si les ACT accueillent entre un tiers et 43 % de femmes, les LHSS, les LAM et le dispositif « Un chez-soi d'abord » accueillent autour de 80 % d'hommes. Dans les ACT, la part des femmes présente est cohérente avec la part des femmes dans la population des sans domicile (les femmes sont même surreprésentées en Île-de-France). Dans les autres dispositifs, les femmes sont sous-représentées. Le rapport Itinere soulevait déjà en 2012 ce questionnement sur l'accueil des femmes. Il mettait en avant des locaux pas toujours adaptés qui posaient « une difficulté majeure pour l'accueil de tiers, en particulier d'enfants de femmes isolées, qui nécessitent une prise en charge. L'impossibilité d'accueillir ces enfants aboutit parfois à la renonciation aux soins, la femme refusant que ses enfants soient placés » (23). Par ailleurs, lorsque des structures LAM ou LHSS sont dédiées à l'accueil de femmes, la demande est présente (31).

1.3. État des pratiques

Dans le cadre de l'élaboration de cette recommandation, la HAS a réalisé un appel à contribution¹⁰ afin de recueillir auprès des structures concernées (administrateurs et professionnels), des usagers de ces structures et des professionnels orientant des usagers vers ces structures, des exemples de pratiques sur des thématiques qui ont été repérées lors de la phase de cadrage.

Or les retours des établissements montrent que certains d'entre eux ne respectent pas l'inconditionnalité de l'accueil¹¹ : exigence de ressources, de titre de séjour, ou refus d'accueillir des personnes présentant des addictions actives.

Les retours montrent également que des établissements accueillent en LHSS des personnes avec des pathologies qui relèveraient plus des LAM.

1.4. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail constate également ces écarts entre les missions réglementaires des dispositifs et les pratiques des établissements :

¹⁰ Une synthèse des retours de cet appel à contribution est présentée en annexe 1.

¹¹ Sous réserve pour les ACT « Un chez-soi d'abord » que les personnes remplissent les conditions prévues au 1° de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038688705/2019-06-26/>

- les LHSS accueillent des personnes avec des pathologies qui relèveraient plus des LAM ;
- certains établissements ne respectent pas toujours l'inconditionnalité de l'accueil (exigence de ressources ou de titre de séjour, refus d'accueillir des personnes présentant des addictions actives).

Concernant les missions des établissements, le groupe de travail précise que les établissements sont des structures de soins. Cela implique de :

- définir le niveau de soins par type d'établissement ;
- définir ce que proposent les établissements en termes d'éducation thérapeutique.

Concernant les LHSS :

- ils accueillent des personnes présentant des pathologies aiguës ou permettent aux personnes de se poser pour construire un parcours de soins et de vie, ils sont une étape pour reconstruire.

Concernant les LAM :

- la notion de pathologie lourde n'est pas clairement définie. En pratique, les premières demandes sur les places en LAM sont des demandes pour les personnes présentes dans les LHSS et dont l'état de santé est trop compliqué à prendre en charge pour ceux-ci. L'équipe des LAM est plus étoffée et permet d'accompagner la stabilisation de la personne et de prendre en charge l'absence d'autonomie ;
- les LAM accueillent souvent les personnes dont l'état de santé pourrait être pris en charge en maison d'accueil spécialisée (MAS) mais pour lesquelles les conditions administratives ne sont pas remplies. Les LAM accueillent les personnes précaires sans solutions : personnes en fin de vie, personnes ayant des addictions, personnes ayant un environnement pathogène, personnes avec un parcours migratoire...

Concernant les ACT :

- les ACT peuvent se spécialiser dans l'accueil de certaines catégories de publics (hommes seuls, familles...) ou de pathologies (personnes avec addictions, personnes avec le VIH...).

Concernant la veille sur les besoins émergents, le groupe propose une veille documentaire reposant notamment sur les publications des fédérations, les données de certaines agences régionales de santé (ARS), les observatoires régionaux de santé (ORS) et certains centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai).

Le groupe préconise des échanges avec les partenaires du territoire pour affiner les besoins.

2. La prise en charge de la santé des personnes sans domicile : difficultés, leviers et éléments de bonne pratique

2.1. Les éléments de la littérature

2.1.1. L'accès et le maintien dans le soin et l'adhésion aux traitements

Une revue systématique (32) évalue les interventions visant à améliorer l'accès à un fournisseur de soins primaires de santé, en partant du constat que même lorsqu'il y a une assurance universelle, et malgré un besoin de soins plus important, les personnes sans domicile rencontrent des barrières pour accéder aux soins primaires.

La revue systématique s'appuie sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui pose les soins primaires comme « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ». Aussi, avoir un fournisseur de soins primaires est important car il est le point d'entrée dans le système de santé et permet la continuité des soins.

Les difficultés identifiées sont :

- des difficultés à faire valoir des droits à l'assurance maladie ;
- des difficultés à se présenter aux rendez-vous ;
- la peur de la discrimination ;
- des difficultés de transport ;
- le temps d'attente ;
- la compétition des priorités.

Un diagnostic de santé mentale, une addiction et une période longue de sans-abrisme aggravent ce non-recours aux soins.

Les personnes sans domicile ont également un taux important de fréquentation des services d'urgence, sont plus souvent hospitalisées et ont moins accès aux soins préventifs que la population générale.

À la suite de ces constats, la revue systématique analyse les interventions répertoriées dans la littérature qui ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes sans domicile, incluant des approches standardisées ou de *case management*, des approches « *assertive community treatment* (ACT) » ou « suivi intensif dans la communauté¹² », des implantations de dispositifs de soins primaires dans des lieux spécifiques de services pour les personnes sans domicile, des dispositifs fixes ou mobiles de proximité, une orientation clinique vers les services de soins accessibles, des approches par le logement et des services d'accompagnement.

Les auteurs identifient les résultats suivants (présentés comme modérés ou faibles concernant la qualité ou la transférabilité) :

¹² Les modèles de case management dont l'ACT seront développés ci-après.

- l'efficacité des dispositifs de proximité pour améliorer l'accès aux soins primaires n'est pas tranchée par la littérature repérée dans cette revue systématique ;
- une bonne orientation clinique par un praticien de soins primaires est efficace ;
- la question des services intégrés en un même lieu pour améliorer l'accès aux soins n'est pas tranchée par la littérature repérée dans cette revue systématique ;
- malgré le faible niveau de qualité de preuves, l'approche par le logement semble être efficace pour permettre l'accès aux soins.

Une autre revue « quasi systématique » propose de définir les freins et les leviers pour l'accès à la santé des personnes sans domicile (33).

Cette revue s'appuie sur le cadre théorique « The equity of access to medical care framework » (Aday et Andersen) pour classer les leviers et les freins. Ce cadre propose une approche écologique pour démontrer l'interdépendance des différentes dimensions de la santé et leurs interactions. Dans ce cadre, l'équité est obtenue lorsque « les services sont distribués sur la base des besoins de santé des personnes » plus que sur leurs caractéristiques démographiques.

Trois postulats soutiennent ce cadre :

- la santé est un droit de l'homme ;
- les ressources en santé sont limitées ;
- les politiques de santé doivent répartir ces ressources équitablement.

Le cadre de référence est composé de différents items interagissant les uns sur les autres.

L'entrée se fait par les **politiques de santé** : l'accès aux soins est une résultante des politiques de santé, le but des politiques de santé est d'améliorer l'accès aux services de santé. Les politiques de santé sont souvent centrées sur le fonctionnement des structures et ont un effet sur l'organisation des programmes de santé.

Le système de santé regroupe **l'organisation des soins et l'accès aux services de santé**. Cela comprend l'accessibilité y compris financière du système de soins et le ratio structures de soins par personne. Cela décrit la façon dont les ressources sont utilisées pour délivrer les soins. Cela décrit aussi la facilité ou non pour les utilisateurs à accéder au système de soins. L'unité d'analyse est l'organisation, elle est mobile en fonction de l'évolution des politiques publiques.

Les caractéristiques de la population cible permettent d'évaluer l'accès potentiel aux soins des populations à risque. Les facteurs de prédisposition à l'utilisation des services de santé sont d'ordre démographique (âge, sexe, race), liés à l'insertion professionnelle, liés aux comportements pour accéder à une meilleure santé et aux croyances personnelles. Les facteurs matériels sont les ressources à la disposition des personnes (financières et de soutien comme l'accès à une source habituelle de soins). Les facteurs liés aux besoins des personnes comprennent les besoins de santé perçus par les personnes et ceux perçus par le système de santé.

L'utilisation des services de santé mesure l'accès réel aux services de soins. Il est la résultante des autres entrées du cadre théorique. L'utilisation se définit par le type, le lieu, le but et la durée entre deux utilisations. Sont également pris en compte le type de service de soins reçu (primaire ou d'urgence par exemple) et le pourvoyeur de soins (docteur ou infirmier). La durée entre deux utilisations mesure la continuité des soins, qui est un indicateur pour la coordination et l'intégration des services de santé.

La satisfaction du patient est une mesure de l'accès réel aux soins. C'est un indicateur subjectif qui examine la satisfaction qualitative ou quantitative. Cette satisfaction est souvent liée à un épisode précis d'accès aux soins.

Ce cadre de référence permet d'identifier les freins et les leviers à l'accès aux soins primaires de santé vécu par les personnes sans-abri. En utilisant ce cadre, l'article synthétise la littérature pour identifier ces freins et leviers et proposer des recommandations à destination des professionnels de santé pour améliorer la santé de la population sans-abri.

Dans ce cadre de référence, les auteurs identifient les résultats qui suivent.

Politiques de santé : aucun article entrant dans les critères d'inclusion de la revue n'identifiait de freins ou leviers à l'accès aux soins primaires sur le plan des politiques de santé.

L'organisation du système de santé :

- des systèmes de soins spécifiques aux populations sans-abri qui proposent l'accès à des services de soins variés dans un même lieu sont un levier essentiel. Les structures de soins proposant des soins primaires, des soins psychiatriques, des soins concernant les addictions et des services sociaux sur un même lieu sont particulièrement adaptées aux besoins des personnes sans domicile.

Les caractéristiques de la population cible :

- *caractéristiques sociodémographiques des personnes*. Être sans domicile de manière chronique (plus de cinq ans), être un homme, être un adulte de moins de 41 ans, avoir un faible niveau d'éducation, avoir une pathologie psychiatrique, être en détresse psychologique sont des freins pour l'accès aux soins. Présenter une ou plusieurs addictions est un facteur facilitant l'accès aux soins primaires, mais un frein au maintien dans les soins ;
- *conditions matérielles*. La compétition des priorités : les personnes indiquant une difficulté à trouver de la nourriture, un endroit pour se loger, des vêtements, un endroit où se laver, des toilettes, ont moins d'accès à une source régulière de soins. L'impossibilité de payer ses frais de santé est un frein. Avoir un lieu de soins repéré est un levier ;
- *freins liés aux besoins*. Les personnes ayant une ou plusieurs comorbidités sont celles qui rapportent le plus de barrières à l'accès aux soins ; mais avoir plus d'une comorbidité est associé avec une utilisation accrue des systèmes de soins primaires. Avoir un plus grand besoin de soins est un facilitateur pour percevoir ses besoins de soins et avoir une source régulière de soins.

L'utilisation des services de santé : les cliniques gratuites sont identifiées comme les lieux les plus faciles d'accès pour recevoir des soins médicaux.

La satisfaction des personnes : les personnes veulent des professionnels de santé **engagés dans leurs soins et engagés dans le respect**. Les interactions entre les personnes emplies d'empathie, de sensibilité et d'acceptation sont essentielles. **La confiance** dans le personnel soignant et le fait de savoir qu'elles ne seront pas jugées ou classées dans des stéréotypes à cause de leur situation vis-à-vis du logement sont également importants pour les personnes sans domicile.

En conclusion, les auteurs indiquent que des cliniques gratuites délivrant des soins intégrés semblent une réponse adaptée pour développer l'accès des personnes sans domicile aux soins primaires.

Les auteurs insistent également sur l'importance de développer une **culture de délivrance des soins sensible et respectueuse** pour améliorer l'accès aux soins primaires et la satisfaction des personnes. Les personnels soignants doivent donc être formés aux besoins spécifiques des personnes sans domicile, y compris aux spécificités des sous-groupes particulièrement à risque.

Par ailleurs les auteurs ajoutent que les *medical respite care*¹³ sont des solutions adaptées, qui augmentent l'accès aux services de santé, réduisent les réadmissions dans les services d'urgence et diminuent les durées d'hospitalisation.

Une revue systématique (34) examine les interventions visant à améliorer l'accès à la santé et aux soins pour les personnes sans domicile ou à risque de le devenir. Dans cette revue, une attention particulière est portée aux effets de ces interventions sur le statut du logement. Cette revue met en avant le rôle essentiel de l'accès au logement pour l'amélioration de la santé des personnes sans domicile et particulièrement les personnes atteintes de maladies mentales ou présentant des addictions, et les personnes vivant avec le VIH.

Les auteurs indiquent également que le *case management* a plusieurs effets positifs sur la santé : il favorise notamment l'adhésion aux traitements et le maintien dans les programmes de traitements communautaires, réduit le recours à l'hospitalisation et améliore la qualité de vie ainsi que la satisfaction des personnes concernées. Le *case management* semble être plus efficace pour les personnes sans domicile lorsqu'il est intégré, solidaire et bien adapté aux personnes.

Une revue de littérature (35) s'intéresse aux aspects organisationnels, aux actions pour les soins et aux stratégies pour améliorer l'accès ou la continuité des soins des programmes de soins primaires pour les personnes sans domicile.

Cette revue de littérature met en avant les résultats suivants.

Organisation pour l'accès aux soins

Une organisation spécifique aux personnes sans domicile qui prend également en charge les autres besoins élémentaires et une attitude bienveillante des équipes offrent des résultats en termes de satisfaction des personnes sans domicile et du personnel, d'amélioration des conditions de logement et d'utilisation des systèmes de santé. Les équipes pluridisciplinaires prenant en compte l'accompagnement au logement et la sensibilisation des services de droit commun à l'accompagnement aux soins des personnes sans domicile sont plus performantes.

Interventions pour l'accès aux soins des personnes sans domicile

Les interventions proposant une action d'accompagnement global (social/santé) montrent des résultats plus probants.

Les auteurs concluent que les programmes spécifiques pour les personnes sans domicile sont plus efficaces que les programmes généralistes d'accès aux soins. Même si la littérature ne permet pas de l'affirmer, les programmes combinant des soins spécifiques permettant d'accompagner un retour au droit commun semblent prometteurs. Une orientation clinique cohérente et accompagnée (physiquement) montre des résultats probants. Les programmes *housing first* et le *case management* améliorent l'accès aux soins pour les personnes avec des maladies mentales sévères. L'amélioration de la santé globale des personnes sans domicile ne peut pas reposer uniquement sur des programmes de soins primaires. Cela doit associer d'autres interventions (logement, soutien social ou réponses à des besoins spécifiques de santé, type santé mentale ou addictions).

¹³ Lieux de soins et d'hébergement pour personnes sans-domicile, ils seront présentés ci-après.

Une revue de littérature anglaise s'intéresse aux dispositifs permettant d'améliorer la délivrance des soins intermédiaires (définis comme les soins nécessaires pour prévenir les hospitalisations ou les soins nécessaires aux patients sortant d'hospitalisation) en sortie d'hôpital pour les personnes sans domicile (36). Cette étude permet de synthétiser ce qui fonctionne, et pourquoi, dans la délivrance des soins par des services spécialisés pour ces personnes.

Les schémas de réponse se divisent en deux grandes catégories : les schémas qui s'appuient sur le logement (il s'agit de sécuriser la solution de logement/hébergement à la sortie des hôpitaux) et les schémas s'appuyant sur des équipes soignantes (il s'agit plutôt de sécuriser la continuité des soins). Quelques programmes visent à développer des lieux de type *medical respite*. Les éléments sélectionnés s'appuient sur ces trois schémas théoriques et visent à les compléter. Selon ces schémas, des résultats sont obtenus quand :

- la place des soins et le timing de la sortie sont décidés avec le bénéficiaire des soins, en s'appuyant sur des objectifs de soins prédéfinis et en proposant la localisation la plus propice pour permettre à l'usager d'atteindre ses objectifs (schéma 1). La capacité à créer un lien de confiance est reconnue comme un mécanisme essentiel pour soutenir la formalisation de ces processus de planification des soins consultatifs ou collaboratifs :
 - la formation des personnels pour développer des compétences permettant la délivrance d'un soin centré sur la personne est importante. Mais dans le cas de l'accompagnement des personnes sans domicile, il est nécessaire également de tenir compte de la « différence culturelle » et d'avoir des personnes formées à l'accompagnement des personnes sans domicile ;
 - la littérature montre que permettre aux personnes d'accéder à un logement ou à un hébergement est un facteur essentiel pour prévenir les réhospitalisations. Cela inclut l'accès à un hébergement pour des personnes avec des problématiques d'alcoolisme ;
 - les auteurs insistent sur l'importance de proposer une solution de logement/hébergement adaptée aux souhaits des personnes et non une solution par défaut dans des dispositifs spécifiques aux personnes sans domicile au motif que leur comportement serait problématique pour les autres personnes ;
 - par ailleurs, des structures réservées aux femmes permettent de garantir leur sécurité ;
- les professionnels de la santé, du logement et des services sociaux favorisent le développement des compétences en santé des personnes et façonnent l'environnement pour que celui-ci permette aux personnes de développer leurs compétences concernant la prise en charge de leur santé (schéma 2). Ils s'assurent que la réadaptation et le rétablissement englobent des résultats liés à la fois à la récupération des compétences fonctionnelles et à des objectifs plus larges de santé et de bien-être pour l'inclusion et la citoyenneté ;
- les professionnels du soin, du logement et du social travaillent de manière intégrée et coordonnée (schéma 3) et s'assurent qu'à l'échelon local un plaidoyer est accessible :
 - la littérature montre qu'une approche coordonnée avec les professionnels du travail social, les professionnels du soin et les professionnels du logement porte des résultats. Les dispositifs qui proposent une approche pluridisciplinaire sont plus efficaces pour améliorer les indicateurs de santé et de logement que les dispositifs qui proposent une approche logement uniquement. L'approche pluridisciplinaire permet une évaluation plus complète des besoins ;
 - intégrer les professionnels du logement au sein des hôpitaux reste complexe. Cela fonctionne si l'approche est portée par l'ensemble des professionnels de l'hôpital, si ceux-ci sont formés et si les professionnels du logement peuvent rencontrer les personnes et participer aux réunions de synthèse les concernant. Par ailleurs, si l'intégration et la coordination sont essentielles, le plaidoyer pour ces personnes est également important ;

- la continuité des soins est garantie pendant les périodes de transition, mais la responsabilité de ceux-ci est graduellement transférée aux services de droit commun qui pourront poursuivre l'accompagnement après la période de délivrance des soins intermédiaires.

Une revue systématique (37) s'intéresse aux interventions conduites par des infirmiers et leur rôle dans l'accès aux soins des personnes sans domicile.

Les résultats des neuf études montrent que :

- les interventions de proximité auprès de groupes variés de personnes sans domicile peuvent avoir des résultats importants dans l'engagement des patients vers une démarche de soins positive et l'adoption de comportements bénéfiques à la santé ;
- il existe un besoin important de plus de programmes d'accès aux soins auprès des personnes sans domicile pour améliorer leur qualité de vie ;
- une approche globale de la personne qui s'appuie sur un cadre théorique (présente dans cinq études sur neuf) semble être adaptée ;
- les programmes d'aller-vers et les actions de proximité (qui permettent de rencontrer la personne à plusieurs endroits ou de la joindre quotidiennement par téléphone) permettent aux personnes de s'engager dans des activités bénéfiques à leur santé et permettent une éducation à la réduction des comportements à risque ;
- les interventions augmentent le niveau de satisfaction par rapport à sa santé et à l'estime de soi ;
- les interventions ont un impact dans le développement et la délivrance de programme d'éducation en santé pour la réduction des comportements à risque (comportements sexuels, *binge drinking*, addictions), l'amélioration de l'adhésion aux traitements, la réduction des risques liés au tabac ;
- les interventions de proximité ont un impact essentiel lors des campagnes de vaccination.

Kaduszkiewicz (3) propose une revue globale sur le traitement médical des personnes sans domicile afin de lister les freins pour l'accès aux soins de celles-ci.

La principale difficulté dans l'accès aux soins standard des patients sans domicile est l'absence d'assurance santé. Mais même lorsqu'elles en disposent, les personnes sans domicile n'accèdent pas aux soins de droit commun. Les raisons sont très diverses : la honte, la peur, un manque de confiance, un éloignement des structures de soins, une incapacité physique ou psychologique, des raisons financières et un problème de langage.

Les autres raisons sont : un manque de conscience de la maladie, d'autres priorités, des raisons organisationnelles (non-connaissance des lieux et inquiétude pour ses affaires personnelles pendant son absence). Du point de vue des soignants, la non-fréquentation des services de soins est liée également à l'incapacité de la personne à se conformer aux exigences du soin de droit commun (tenir ses rendez-vous, interdiction de la consommation d'alcool ou de drogue, demande de coopération). Par ailleurs, les médecins généralistes se disent en difficulté pour apporter une réponse globale aux besoins complexes des personnes sans domicile. Les histoires médicales sont incomplètes, voire fausses. Certains rapportent que les patients sans domicile sont trop compliqués à supporter pour leurs autres patients. Des études montrent des attitudes négatives de médecins vis-à-vis des patients sans domicile. Les médecins ont besoin d'être mieux informés des besoins spécifiques des personnes sans domicile malades pour être capables de les prendre en charge de manière appropriée. La

mauvaise prise en charge de ces patients a des conséquences sur leur santé. Ils présentent des besoins médicaux non pris en charge, y compris dans les pays où ils disposent d'une assurance maladie.

L'auteur identifie également des pistes pour l'accès aux soins des personnes sans domicile communes à l'ensemble des pays occidentaux. Dans tous les pays, des systèmes spécifiques d'accès aux soins prenant en compte le fait que les personnes sans domicile ne veulent ou ne peuvent accéder aux soins, sont proposés. Les auteurs indiquent que le souhait de traiter la question du soin via les services de droit commun semble irréaliste au regard de l'ensemble des barrières repérées de la part des personnes sans domicile et des services de soins. Mais cela n'a pas pour effet de créer des services de soins parallèles car dans 90 % des cas, les services prodigués ont couplé des services spécifiques aux personnes sans domicile et des services de droit commun. Il y a un large consensus concernant l'importance de relier les personnes sans domicile aux services de droit commun pour, entre autres, prévenir les hospitalisations et les coûts y afférents. Ces systèmes doivent proposer une réponse à l'ensemble des besoins des personnes (nourriture, logement, hygiène...). Ces systèmes doivent travailler en lien très étroit avec les dispositifs de droit commun pour favoriser les passerelles.

Il faut par ailleurs équiper les dispositifs pour les personnes sans domicile en services spécialisés (psychiatrie, soins dentaires...) et en services de prévention, car souvent les personnes sans domicile se préoccupent uniquement du soin aigu.

Une étude canadienne (38) menée au Niagara définit dans sa première phase les freins et les leviers perçus par les personnes sans domicile pour naviguer au sein du système de santé.

Neuf freins et huit leviers ont été identifiés.

Freins :

- les coûts de santé non pris en charge ;
- la difficulté à trouver un médecin traitant, certains ne voulant plus prendre de nouveaux patients, ou ne voulant pas prendre de patients sans domicile avec des pathologies addictives ou de santé mentale ;
- l'inadéquation du modèle de prise en charge de la psychiatrie (isolement, actes obligatoires) qui est vécu par les personnes comme un facteur d'isolement et de refus de la prise en charge médicale. Les participants trouvent également les médicaments non adaptés, leurs effets secondaires trop importants, les diagnostics différents d'un praticien à un autre ;
- la non-organisation des sorties d'hospitalisation entraînant une rupture des soins ;
- la perte ou manque de confiance dans les soignants ou le système de soins, liés à leur expérience personnelle ou celle de leurs amis ;
- une relation thérapeutique pauvre : les participants ont des expériences négatives dans lesquelles les soignants ne sont pas à l'écoute de leurs besoins et sont incapables d'écouter et de prendre en compte leur avis dans les décisions ;
- un système de santé inadapté : un manque de ressources pour l'accès à la santé, une attente trop longue dans les services d'urgence ou une inaccessibilité des services de soins psychiatriques ;
- la question du transport et de l'accessibilité des lieux de soins ;
- la compréhension et l'empathie pour leur situation de sans-abrisme : les patients peuvent se sentir jugés.

Leviers :

- accessibilité des services (des services centralisés regroupant médecins, pharmacies, laboratoires d'analyses et imagerie médicale facilitent l'accès aux soins) ;
- les services de soins travaillant l'aller-vers (campagnes de vaccination dans les centres d'hébergement, visites d'infirmières) ;
- **des relations positives** (des expériences positives d'écoute et de considération du médecin sont des **facilitateurs importants** pour l'accès aux soins) ;
- des centres d'hébergement assurant la coordination médicale et permettant la mise en lien avec le système de soins ;
- des systèmes de transport organisés et pris en charge vers l'hôpital ;
- une continuité des soins assurée par un médecin de famille ;
- un soutien des pairs ;
- des soignants compréhensifs et soutenant les personnes sans domicile.

Les auteurs précisent que ces données sont cohérentes avec les données d'études nationales.

Les résultats de cette étude couplés aux résultats d'études nationales suggèrent que l'inadéquation ou l'insensibilité à la question du sans-abrisme, et la relation inégalitaire de certains soignants en santé mentale ont pour effet une non-adhérence aux traitements. Cela pourrait en partie être amélioré en intégrant dans la formation des soignants la question de la communication avec les patients et en impliquant les patients marginalisés dans leurs décisions médicales. Cette étude indique également que la coordination de la sortie d'hôpital est essentielle pour les personnes sans domicile. La connaissance des services de droit commun de psychiatrie est également identifiée comme essentielle. Mettre en place un *case management*, un soutien par les pairs et un accès aux soins de santé psychiatrique en sortie d'hôpital a prouvé son efficacité.

Une étude américaine (39) s'intéresse à l'impact des programmes *housing first* sur l'amélioration de la prise en charge globale de la santé et l'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique, le modèle Stanford.

Le modèle Stanford, programme d'éducation thérapeutique souvent étudié aux États-Unis, propose une prise en charge des symptômes communs et spécifiques à la maladie pour des personnes atteintes de maladies chroniques grâce à une planification et une rétroaction régulière des actions, à la modélisation des comportements et des compétences permettant la résolution des difficultés, ainsi qu'à l'identification et à la compréhension des symptômes.

Cette étude met en évidence qu'avoir un logement est une condition nécessaire pour que la santé et le soin fassent sens pour les personnes. Avoir un logement permet également d'avoir les conditions matérielles pour conserver ses rendez-vous, stocker ses traitements. Le groupe d'étude a produit une vidéo dans laquelle le message clé qu'il souhaite délivrer est **qu'avoir un logement devrait être le point d'entrée des politiques de santé pour les personnes sans domicile**. De plus, l'accès aux soins sans logement n'améliore que très peu l'état de santé des personnes sans domicile.

Les freins restants sont l'habitude et l'ancienneté de la douleur, les états dépressifs et le poids des démarches administratives. Le logement ne permet pas de lever tous les freins, mais sans logement ces freins ne peuvent être levés.

Pour que les personnes s'engagent dans le « prendre soin de leur santé », leurs besoins premiers doivent être pourvus et le programme doit être adapté à leur temporalité ; ils doivent participer à définition de leurs besoins. Développer leur pouvoir d'agir permet d'améliorer l'investissement dans leur

santé. Concernant le programme Stanford, il est normalement délivré par des pairs (pour l'étude, cela n'était pas possible). Certains participants ont exprimé un intérêt à être formé par des pairs pour la suite. La formation collective semble adaptée, elle répond aux besoins des personnes. Le développement de plans d'action permet l'acquisition de nouvelles compétences et un développement du pouvoir d'agir. Les apports pratiques (nutrition, activités physiques adaptées au quotidien des personnes) permettent l'appropriation de sa santé. Les participants ont regretté le manque de temps pour évoquer la complexité de vivre avec des pathologies physiques et psychiatriques et pour échanger sur leur expérience d'accès au logement.

Une étude australienne (7) confirme des barrières identifiées dans l'accès aux soins des personnes sans domicile et propose des outils à l'attention des médecins pour un accès aux soins effectif.

Les barrières sont :

- personnelles. La satisfaction des besoins fondamentaux est en concurrence avec la satisfaction des besoins de santé. La maladie et plus particulièrement la maladie mentale et un état de santé dégradé sont des freins à l'accès aux soins. La peur ou le sentiment d'être rejeté sont également des freins ;
- pratiques. L'accès physique aux soins est également problématique, notamment pour les personnes qui ne vivent pas près des structures de soins. L'accès à un téléphone, à une adresse sont des freins. Le vol de médicaments peut être aussi un frein à la prise en charge en ambulatoire des soins de santé ;
- relationnelles. Être stigmatisé parce qu'on recherche de l'aide pour des problèmes de santé mentale ou d'addiction est un frein. Les patients se sentent jugés dans la relation patient / professionnel de santé.

L'auteur propose des conseils pratiques aux médecins interagissant avec des patients sans-abri :

- être conscient que la différence de statut social peut affecter la perception du patient. Tous les conseils peuvent être vécus comme des jugements ;
- être conscient de la longueur de la consultation (ni trop longue ni trop courte) ;
- être conscient de la forte probabilité de l'existence d'un traumatisme chez le patient et agir en fonction (pas d'examen physique à la première consultation sauf si c'est indispensable) ;
- être conscient de la probabilité d'un dommage cérébral et d'une diminution des capacités cognitives et expliquer en conséquence.

En s'appuyant sur les preuves de la littérature internationale, sept propositions sont formulées pour améliorer la santé des personnes sans-abri.

- **Un logement stable** : le sans-abrisme est un facteur de risque pour la santé, le logement stable un facteur de protection. La revue s'appuie ici sur les nombreux protocoles et études concernant le logement d'abord. Le fait d'être logé réduit le nombre et la durée des hospitalisations. Cependant, l'accès au logement n'est pas suffisant et les soins primaires ont un rôle critique à jouer dans le soutien des patients ayant connu le sans-abrisme et se réengageant dans le suivi de leur maladie chronique.
- **La continuité de la prise en charge de la santé** : la continuité des soins est souvent complexe pour les systèmes primaires traditionnels d'accès aux soins de santé. Un service spécialisé pour la prise en charge des personnes sans domicile avec des personnes formées est nécessaire pour coordonner la prise en charge (modèle du *case manager* avec un lien de confiance avec la personne).

- **Des praticiens généralistes spécialisés** dans la prise en charge des personnes sans domicile. Ces praticiens doivent être en lien étroit avec le secteur d'aide aux personnes sans domicile.
- **Des réseaux de soins primaires présents dans l'hôpital** : le moment de l'hospitalisation peut alors permettre la mise en lien avec les services primaires et faciliter la réorientation des personnes sans-abri vers le droit commun.
- **Une organisation et une coordination des soins à la sortie** : cela nécessite un partenariat important entre l'hôpital et les services de ville, dans l'objectif de réduire les hospitalisations futures.
- **Des services de soins qui vont à la rencontre des personnes sans-abri** : développement d'actions de professionnels de santé de rue qui apportent des services sur les lieux de vie, développement de lieux de soins sur les lieux de vie habituels des personnes sans domicile, là où le lien de confiance est déjà créé.
- **Création de lieux de soins pour des personnes sortant de l'hôpital mais dont l'état de santé ne permet pas d'être à la rue.**

Devant le constat que, confrontées à des services de santé fragmentés et souvent interrompus, les personnes sans-abri ayant des problèmes de santé chroniques rencontrent des obstacles considérables à l'accès aux services de soins appropriés, une étude (40) teste à travers la collecte de données qualitatives le rôle d'une intervention brève sur la coordination et la continuité des soins.

Le programme propose une intervention interdisciplinaire permettant la poursuite des soins en sortie d'hôpital et facilitant le lien avec les services à long terme, consistant dans un *case management* limité dans le temps (jusqu'à six mois) des soins primaires et psychiatriques, et un accompagnement par les pairs aux adultes sans domicile qui sortent de l'hôpital et qui manquent de soutien médical et social approprié.

Plusieurs éléments clés favorisant la continuité des soins dans le cadre de cette intervention brève ont été identifiés dans le discours des participants à l'étude.

- **Des services intégrés et de proximité** : l'accompagnement physique par des pairs ou des *case managers* sur des lieux de soins proches et délivrant des services globaux facilite l'entrée et le maintien dans les soins, même après l'intervention brève, car les liens sont créés entre les personnes et les organismes délivrant les services.
- **Proposer les services dès la sortie d'hôpital** a permis la mise en place des connexions avec les services appropriés, même lorsque des besoins sociaux ou de santé ne pouvaient pas être satisfaits par les cliniciens de l'intervention brève. Cela a encouragé les personnes à s'engager dans le processus de recherche de l'aide.
- **Offrir des services bien informés et accueillants** a permis un soutien précoce et durable. Des professionnels formés à la question du sans-abrisme ont facilité le lien de confiance et la continuité des soins.
- **La coordination des services et la flexibilité de ceux-ci**, pour s'adapter aux besoins des personnes, est également un facteur de réussite qu'elles apprécient.

Une étude réalisée à Marseille (41) cherche à recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la manière dont ils pourraient fournir les soins aux personnes sans domicile et à explorer les mesures qui pourraient influencer leur point de vue. Cette étude montre que les médecins généralistes impliqués

dans la prise en charge de personnes sans domicile sont confrontés aux difficultés suivantes : maintien d'une relation stable dans le temps avec les personnes, gestion sociale de la prise en charge des personnes sans domicile, recherche des informations médicales, gestion de la compliance du patient, solitude dans la pratique et gestion du temps de la consultation. La plupart d'entre eux estiment néanmoins avoir un rôle dans la prévention et la sortie de la précarité et dans la lutte contre la stigmatisation des personnes sans domicile. Pour répondre aux besoins des personnes sans domicile, il est nécessaire qu'ils adaptent leurs pratiques :

- **souplesse et accessibilité** (possibilité de recevoir les personnes même sans rendez-vous et de leur proposer le tiers-payant) ;
- **attitude respectueuse** et empathique nécessaire au lien de confiance ;
- **gestion des soins adaptée au mode de vie** des patients en pratiquant l'aller-vers ;
- **formation aux spécificités** des personnes sans domicile.

Pour mieux répondre, il est également nécessaire d'adapter les organisations pour proposer une **prise en charge globale, multidisciplinaire**.

Les auteurs concluent que l'instauration d'un suivi stable est un préalable pour que les médecins généralistes puissent contribuer efficacement aux soins des personnes sans domicile. Pour que ce suivi s'installe, il est nécessaire que les médecins soient attentifs à leurs pratiques (proximité géographique, attitude, confiance dans la relation, éducation à la santé et adaptation des soins...) et que le système de santé soit organisé pour proposer une prise en charge multidisciplinaire incluant un accompagnement social et une sensibilisation active à la prévention et aux soins.

Une enquête menée en France au centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri (Chapsa) de Nanterre (42) montre que les soignants et les personnes sans domicile ont des représentations différentes de la maladie, de la médecine et de la relation de soins. Cela conduit à trois types de comportements :

- le refus de soins, qui peut s'exprimer de manière violente ;
- la négligence dans le suivi des soins, la maladie n'étant pas la priorité des personnes à la rue. Par ailleurs, le rapport au corps et à la souffrance n'est pas le même et la douleur semble ne pas être un facteur de suivi des soins ;
- l'acceptation des soins, parfois dans le cadre d'échanges (soins contre cigarettes).

Pour permettre une réelle adhésion, il est nécessaire d'adapter les services aux attentes des personnes sans domicile et de ne pas tenter d'adapter les personnes aux services.

D'autres études confirment les freins à l'accès aux soins des personnes sans domicile. Ainsi une étude (43) montre que les conditions d'existence (absence de logement, stigmatisation, survie permanente) sont des freins à l'accès aux soins. L'absence de bienveillance des professionnels est un frein. La rigidité des services est également un obstacle. L'accueil bienveillant et l'accompagnement sont des leviers pour l'accès aux soins. Une étude de Hauff auprès des services de soins et d'hébergement pour les personnes sans domicile confirme également les barrières liées aux conditions de vie et insiste sur l'importance des programmes permettant hébergement et accès aux soins (*medical respite*). Les fournisseurs de soins insistent sur une approche en termes de réduction des risques. Un article (44) concernant l'amélioration des soins pour les personnes sans domicile constate également l'importance des barrières matérielles (transport, compétition des priorités) et comportementales (jugement des personnes, mauvais accueil) dans leur accès aux soins. Une étude australienne montre des

besoins importants en santé, y compris en santé mentale, et l'importance d'un service de santé spécifique avec une équipe compréhensive pour répondre aux besoins en santé des personnes sans domicile (45).

Concernant l'accès aux soins des femmes sans domicile, une étude décrit les mêmes difficultés. Les femmes font remonter des besoins en termes de santé dentaire, de vision et de prise en charge de la douleur. Elles souhaitent plus d'information et de dépistage des maladies infectieuses et un recours aux travailleurs pairs pour les accompagner dans la prise en charge de leur santé (46).

Concernant l'accès aux soins des personnes migrantes, une étude italienne montre une plus grande utilisation par les personnes sans domicile issues de l'immigration que par les personnes sans domicile nées en Italie des services d'une clinique ayant développé des mesures spécifiques pour améliorer son accès aux personnes migrantes. Les auteurs concluent que le développement de pratiques orientées vers les migrants facilite leur accès aux soins (47).

Enfin, les freins à l'accès et au maintien dans les soins ont également un impact sur l'adhésion aux traitements.

Une enquête canadienne (48) évalue, à partir des déclarations des personnes, le taux d'adhésion à un traitement médicamenteux des personnes sans domicile à 74 %. Or l'adhésion aux traitements médicamenteux au Canada a été évalué à 75,2 %. Le taux d'adhésion déclaré des personnes sans domicile n'est donc pas significativement différent. Les raisons invoquées sont similaires : effets secondaires des médicaments, coût des traitements et difficulté à accéder à un médecin. Certains facteurs de non-adhésion sont partagés avec la population générale : être jeune, avoir une problématique d'alcoolisme. Mais certains facteurs sont spécifiques aux personnes sans domicile : ne pas avoir de médecin attitré, ne pas avoir de lieu sûr où stocker les médicaments, avoir d'autres priorités. Avoir un logement sécurisé permet donc de lever certaines barrières. Par ailleurs, les médecins devraient être particulièrement vigilants à la question de l'adhésion aux traitements lorsqu'ils reçoivent des personnes sans domicile, jeunes et/ou avec une dépendance à l'alcool.

Une étude américaine (49) s'intéresse à la perception des médicaments par les personnes sans domicile. Cette étude montre que les personnes sans domicile atteintes de maladies chroniques peuvent avoir une perception positive des médicaments si leur utilité leur est correctement expliquée. Mais les personnes sans domicile ont également des inquiétudes sur les effets secondaires des médicaments. Les auteurs concluent que la réponse à ces inquiétudes et la résolution des problèmes liés aux effets indésirables des médicaments permettent d'améliorer l'observance aux traitements.

Concernant l'observance aux traitements antipsychotiques, une étude (50) s'appuyant sur deux essais contrôlés randomisés du programme « Un chez-soi d'abord » au Canada cherche à analyser les facteurs facilitateurs ou non de l'adhésion à ces traitements.

Les facteurs influant sur l'adhésion aux traitements sont :

- des hospitalisations en psychiatrie, celles-ci semblant être une opportunité pour établir les liens nécessaires à une adhésion ;

- des prescriptions d'injection retard facilitent l'adhésion ;
- un temps de vie à la rue plus long et un premier épisode de sans-abrisme précoce sont facteurs de non-adhésion ;
- un diagnostic de maladie transmissible par le sang est corrélé avec une moindre adhésion aux traitements antipsychotiques.

Une étude s'intéresse à l'adhésion aux traitements pour les personnes séropositives avec une problématique addictive (51).

Cette étude montre que les personnes en insécurité alimentaire et de logement présentent une faible adhésion aux traitements, notamment car elles détournent leurs traitements de l'usage initial.

Les auteurs concluent que l'insécurité alimentaire et liée au logement est un facteur important de non-adhésion aux traitements.

Les auteurs recommandent :

- une meilleure compréhension du rôle des facteurs de stress environnementaux aigus dans l'impact sur les comportements de santé personnels afin d'éclairer les stratégies de dépistage, d'évaluation et d'intervention des soignants ;
- un dialogue à l'initiative des services de santé pour recueillir l'avis des patients sur les obstacles personnels et environnementaux à leurs plans de traitement du VIH ;
- la mise en place à grande échelle de services complets et globaux dans les établissements de soins primaires afin de répondre aux besoins non satisfaits en matière d'alimentation et de logement des patients séropositifs très marginalisés.

Récapitulatif des freins et leviers à l'accès et au maintien dans les soins des personnes sans domicile identifiés par la littérature

Types de freins/leviers	Freins	Leviers	Éléments non tranchés par la littérature ou avec des avis contradictoires
Accessibilité/adaptation des dispositifs	Pas de médecin identifié Des services de psychiatrie non accessibles, non adaptés, et pas à l'écoute des souhaits du patient Des services de soins éclatés géographiquement Des services de soins éloignés des lieux de vie Des services de soins onéreux	Des soins financièrement accessibles Avoir un professionnel de santé identifié pour l'accès aux soins Certains dispositifs de proximité : effets positifs des campagnes de vaccination dans les lieux de vie des personnes, des visites d'infirmières, de services de soins de rue qui apportent les services sur les lieux de vie Des services de soins spécifiques disponibles sur un même lieu (soins primaires, addictologie, soins psychiatriques, services sociaux...), mais ces dispositifs doivent travailler en lien étroit avec le droit commun Des services de soins centralisés (même si pas spécifiques aux personnes sans domicile) : médecins, pharmacie, imagerie médicale Une coordination des partenaires et des services Des réseaux de soins primaires présents dans l'hôpital Un accompagnement global des besoins permettant notamment la continuité des soins Les lieux de soins et d'hébergement type <i>respite care centre</i>	Efficacité des dispositifs de proximité : une revue systématique indique que les éléments de littérature ne permettent pas de trancher. Les autres études indiquent une efficacité de ces dispositifs Intégration des dispositifs sur un même lieu : une étude pour laquelle les auteurs disent que des recherches complémentaires sont nécessaires (mais le groupe témoin n'était pas sans accompagnement), les autres études indiquent une réelle plus-value de ces dispositifs Prise en charge dans un premier temps par une équipe spécialisée pour réorientation vers le droit commun (résultats prometteurs mais non démontrés)
Orientation/coordination	Pas d'orientation médicale adaptée en sortie d'hôpital, pas de parcours de soins organisé	Une bonne orientation clinique adaptée à la sortie d'hospitalisation et une organisation accompagnée du parcours de soins	
Caractéristiques personnelles	Être un homme, être jeune, être sans domicile depuis plus de cinq ans, avoir un faible niveau d'éducation, avoir une pathologie psychiatrique, être en détresse psychologique, avoir une addiction	Être sans domicile depuis moins de cinq ans, être une femme, être plus âgé	

	Être depuis longtemps à la rue et avoir connu de manière précoce le premier épisode de rue		
Caractéristiques matérielles	Avoir d'autres priorités : le logement, la nourriture, l'hygiène... Ne pas avoir de lieu de stockage Ne pas avoir de médecin référent Ne pas avoir d'assurance Transport compliqué Temps d'attente	Avoir un logement Avoir une assurance maladie Avoir un lieu de soins accessible ou un système de transport organisé Avoir un médecin référent Avoir un traitement facile à prendre (l'injection retard facilite l'adhésion aux soins psychotropes)	
Importance des besoins de soins		Avoir une ou plusieurs comorbidités connues	
Professionnels de santé et du social	Sentiment d'être jugé, manque de confiance, soignants qui ne sont pas à l'écoute des besoins	Empathie, respect, écoute, non-jugement, prise en compte de l'avis de la personne, compréhension, soutien Des praticiens généralistes spécialisés dans le domaine de l'accompagnement des personnes sans domicile et formés à leurs spécificités Des personnes qui connaissent bien le système et les problématiques des personnes sans domicile et qui peuvent orienter efficacement	
Soutien et accompagnement	Non-prise en compte par l'équipe soignante des effets indésirables des traitements	Soutien des pairs (y compris accompagnement physique) Soutien et adaptation du projet des soignants au projet des personnes Soutien d'un <i>case manager</i> (y compris accompagnement physique) Connaissance et confiance dans le système de santé (les hospitalisations en psychiatrie facilitent l'adhésion aux psychotropes)	

2.1.2. Les *respite care programs*¹⁴

Ces programmes proposent des soins aux patients « trop malades pour rester dans la rue ou dans des hébergements traditionnels, mais pas assez malades pour rester hospitalisés » (52). Les modèles sont variés en fonction des besoins de la communauté et des sources de financement. La plupart sont de petites structures (moins de 20 lits), gérées par des organisations sans but lucratif avec des durées de séjour de deux à quatre semaines. La présence médicale est plus ou moins soutenue ; un accompagnement est souvent proposé (*case management*, accès aux droits, accompagnement au logement).

Les problématiques de santé principales prises en charge sont : les fractures et blessures, le diabète, les infections, les difficultés respiratoires, les difficultés cardiaques, l'hypertension, les suites d'une opération chirurgicale et les cancers (53).

Les États-Unis ont reconnu la capacité de ces dispositifs à améliorer la santé et réduire les coûts, et les ont inclus en 2010 dans la stratégie fédérale pour mettre fin au sans-abrisme.

Ils sont regroupés au sein du National Health Care for the Homeless Council qui a développé sept préconisations pour la mise en œuvre de ces structures (54) :

- proposer un lieu d'hébergement sécurisé et de qualité ;
- proposer un environnement sûr et de qualité concernant la gestion des produits, des risques et des déchets médicaux ;
- assurer un lien et une coordination avec les soins d'urgence, les soins spécialisés et le droit commun, particulièrement dans les périodes de transition ;
- proposer des soins de posthospitalisation de haute qualité ;
- aider à la coordination des soins et de l'ensemble des services nécessaires ;
- faciliter la sécurisation et l'appropriation des soins à la sortie,
- viser l'amélioration continue de la qualité.

Une revue systématique (52) synthétise l'ensemble des données disponibles concernant les *respite care programs*.

Tout d'abord, les auteurs constatent une grande hétérogénéité des programmes. Tous les *respite programs* exigent que les patients soient sans domicile (mais pour certains cela implique uniquement les personnes à la rue, quand d'autres acceptent les personnes à risque de devenir sans domicile). Les patients doivent avoir une problématique médicale nécessitant des soins de repos, certains précisent qu'il doit s'agir d'une pathologie aiguë et limitée dans le temps. Certains programmes acceptent des personnes qui sont en phase aiguë d'une maladie chronique. Les autres critères varient mais en général incluent une capacité à réaliser les actes de la vie courante et ne pas avoir d'addiction active.

Effets des *respite care programs* sur le nombre de passages aux urgences et les durées et fréquences d'hospitalisation

¹⁴ Les *respite care* sont des hébergements développés en Amérique du Nord pour répondre aux besoins de santé des personnes sans-domicile « trop malades pour rester dans la rue ou dans des hébergements traditionnels, mais pas assez malades pour rester hospitalisés ». En ce sens, leurs missions sont proches de celles des dispositifs de soins résidentiels, dont notamment les LHSS.

- Les programmes de *respite care* diminuent significativement le nombre et les durées d'hospitalisation. Leurs effets sur le nombre de passages dans les services d'urgence sont moins certains.

Résultats concernant les coûts

- Pas de conclusions définitives à propos de l'effectivité des coûts des *respite programs*, même si les *respite programs* apparaissent en général peu chers par rapport aux coûts d'hospitalisation.

Autres résultats

- Les *respite programs* ont des bénéfices pour les personnes au-delà de la prise en charge d'une pathologie aiguë précise. Ils permettent d'améliorer les indicateurs de santé pour les pathologies chroniques et permettent également une amélioration de l'accès au logement.

L'importance d'une approche intégrée

Un programme de *respite* étudié dans un essai contrôlé randomisé (ECR) (55) comprenait une sortie d'hôpital dans un *respite* en logement de transition, la mise en place d'un *case management* et un accompagnement au logement de type *housing first* en sortie du *respite care program*.

Les résultats suivants sont identifiés :

- diminution significative du nombre d'hospitalisations ;
- diminution significative du nombre de jours d'hospitalisation ;
- diminution significative du nombre de passages aux urgences.

Mais l'étude ne permet pas de démontrer si l'une des trois approches engendre ces résultats ou si ces résultats sont liés à l'approche intégrée. Cela rend néanmoins ces résultats transférables, car un grand nombre de *respite care programs* proposent cette approche intégrée.

Les limites des *respite care programs*

Une part non négligeable des patients quittent les programmes de soins contre avis médical ou ne se représentent pas dans le centre. Les facteurs augmentant les risques de quitter un programme de soins sont : être une femme, ne pas avoir de ressources à l'entrée dans le *respite program*, avoir une addiction, avoir un diagnostic de pathologie mentale sévère et vivre à la rue avant l'hospitalisation précédant l'entrée dans le *respite program*.

Une étude (56) postérieure à la revue systématique confirme les résultats de celle-ci :

- diminution des fréquences et des durées d'hospitalisation et diminution probable des coûts associés ;
- la question de la diminution des passages aux urgences n'est pas démontrée.
-

L'étude montre un résultat supplémentaire :

- meilleurs accès aux ressources et assurances pour les personnes prises en charge.

La question de la pertinence des orientations vers la structure est posée dans cette étude, celle-ci ayant eu à refuser un nombre important de candidatures qu'elle jugeait non adaptées. Les auteurs indiquent :

- que les missions et limites de la structure devraient être mieux explicitées, car un trop grand nombre de refus limite sa crédibilité vis-à-vis du partenariat ;
- que le manque de structures adaptées pour les personnes dépendantes fait que celles-ci sont orientées par défaut vers le *respite program*.

La question du logement accessible est posée – pour un accès effectif au logement.

Les auteurs insistent sur la nécessité :

- d'un accompagnement adapté global ;
- de l'inscription dans le partenariat pour répondre aux besoins que la structure ne peut assumer (pathologies de santé mentale et addictions notamment) ;
- de solutions de logement accessible en sortie.

Récapitulatif des apports et limites des respite programs identifiés par la littérature

	Effets positifs	Effets négatifs / limites	Éléments non tranchés par la littérature ou avec des résultats contradictoires
Passages aux urgences et durées et fréquences des hospitalisations	Diminution du nombre et des durées d'hospitalisation		Diminution du nombre de passages aux urgences L'ECR de valeur scientifique la plus probante ne démontre pas que ces résultats sont l'effet du <i>respite</i> , mais d'une approche intégrée proposant <i>respite program</i> , <i>case management</i> et <i>housing first</i>
Coûts / économies sur le système de santé	Les <i>respite care programs</i> ont un prix de journée en général nettement inférieur au prix de journée de l'hôpital		Les études permettant d'affirmer que les <i>respite care</i> permettent des réductions de coûts sont évaluées à un niveau de preuves faible
Résultats concernant la santé	Les <i>respite care programs</i> améliorent les indicateurs de santé concernant les maladies chroniques		
Résultats concernant le logement	Les <i>respite care programs</i> permettent d'améliorer l'accès au logement des personnes sans domicile	S'il n'y a pas de logement abordable, le <i>respite</i> ne peut permettre l'accès au logement pour tous	
Autres résultats	Les <i>respite care programs</i> permettent un meilleur accès aux ressources et assurances	Certaines caractéristiques personnelles sont facteurs d'échec de la prise en charge : être une femme, ne pas avoir de ressources, avoir une addiction, avoir une pathologie mentale, être à la rue avant l'entrée dans le <i>respite care program</i>	
Accompagnement social	Nécessité d'un accompagnement social global adapté en s'appuyant si nécessaire sur le partenariat		
Partenariat/réseaux	Le partenariat spécialisé (addictions, pathologies mentales) peut jouer un rôle essentiel	Difficulté à bien faire connaître la structure et ses missions auprès des orienteurs	

2.2. Les recommandations de bonnes pratiques existantes pour l'accès aux soins des personnes sans domicile

À l'international, le Health Care for the Homeless Clinicians' Network a élaboré en 2004 des recommandations à l'attention des médecins généralistes concernant la prise en charge des personnes sans domicile. Ces recommandations ont été révisées en 2010 (57). Elles s'appuient sur le fait que si les lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans domicile sont fondamentalement les mêmes que celles pour les personnes logées, les soignants qui s'occupent régulièrement des patients sans domicile doivent prendre en compte les situations de vie et les troubles concomitants des patients pour élaborer un plan de soins.

Les recommandations sont organisées en trois grandes parties : le diagnostic et l'évaluation, le plan et la gestion des soins, et le modèle de soins.

Le diagnostic et l'évaluation s'intéressent tout d'abord à l'histoire du patient. Pour évaluer la stabilité résidentielle et les facteurs environnementaux qui peuvent menacer la santé et la sécurité du patient, il faut connaître ses conditions de vie et déterminer si l'instabilité résidentielle est chronique ou épisodique. L'évaluation doit être globale et comprendre :

- les maladies aiguës ou chroniques, les antécédents médicaux individuels et familiaux. Pour ce faire, il est important de récupérer l'histoire médicale de la personne (dossiers médicaux des hôpitaux et des autres cliniciens) ;
- les traitements et suivis en cours ;
- l'affiliation à une assurance maladie ;
- les antécédents de maladie mentale ou de déficit cognitif du patient, notamment pour établir sa capacité à prendre un traitement régulièrement et à revenir pour des soins de suivi ;
- les problèmes de développement et de comportement ;
- la nutrition et l'hydratation ;
- la consommation actuelle et antérieure d'alcool, de nicotine ou d'autres drogues (quantité, fréquence, durée) en faisant attention aux signes d'abus de substances ou de dépendance ;
- les antécédents sexuels ;
- les antécédents de violence subie (violence psychologique, physique, sexuelle) ;
- les problèmes juridiques actuels et passés ;
- les antécédents de comportements violents (arrestation, incarcération, prise en charge médicale pendant l'incarcération...) ;
- l'historique de l'activité professionnelle du patient. Identifier : si le travail actuel ou précédent présentait un risque de comorbidités associées aux expositions toxiques, les accidents du travail, les compétences, les intérêts professionnels ;
- le niveau d'éducation du patient ;
- l'emploi du temps ou la routine quotidienne du patient, pour établir un programme d'exercices visant à prévenir ou réduire les complications de certaines maladies ;
- les soutiens sociaux potentiels. Les établir en demandant au patient ses forces et son potentiel ainsi que son héritage, ses affiliations et ses soutiens culturels.

L'examen médical est constitué d'un examen physique complet avec l'accord du patient. Si besoin, des examens périodiques ciblés sont réalisés au moyen de rencontres de suivi fréquentes. Pour les patients maltraités, prévoir la possibilité d'être examinés par un professionnel de santé du même sexe. En ce qui concerne les minorités sexuelles – personnes LGBT sans-abri –, prendre en compte les éventuelles transformations du corps du patient pour faire les examens adéquats. Enfin, une évaluation dentaire doit être effectuée en fonction de l'âge du patient et des éventuels problèmes de santé.

Les tests de dépistage comprennent : des analyses réalisées, conformément aux directives cliniques, en laboratoire de référence ; une évaluation et un suivi de l'asthme (spirométrie) ; un diagnostic de la tuberculose (test cutané) avec des résultats fournis au patient sur une carte ; un dépistage des IST, pour les personnes sexuellement actives ; des dépistages en santé mentale (formulaire de dépistage en santé mentale III, questionnaire sur les troubles de l'humeur, test MoodCheck) ; une évaluation cognitive à l'aide de l'outil *mini-mental state examination* (MMSE) ; une évaluation du développement à l'aide d'un outil d'évaluation standard ; un dépistage des addictions, à l'aide du *simple screening instrument for alcohol and other drug use* (SSI-AOD) ; un dépistage régulier de la violence interpersonnelle ; une évaluation médico-légale, en cas de soupçon d'abus sexuel ; et un bilan de santé régulier effectué à chaque visite, en suivant les lignes directrices cliniques normalisées pour les dépistages courants de santé.

Le plan et la gestion de soins : le plan de soins individualisé renforcera la relation thérapeutique, augmentera la stabilité du patient et favorisera la réussite du traitement. Le plan de soins prend en compte les objectifs et priorités du patient à travers une évaluation des besoins immédiats et à long terme. Il établit un plan d'action écrit et adapte l'accueil en clinique en dehors d'heures d'ouverture. Un plan de sécurité est élaboré en cas de soupçon de violence interpersonnelle ou d'abus sexuels et un signalement est fait. Pour établir un plan d'urgence, aider le patient à préparer l'évacuation, et s'assurer que le patient connaît les services d'urgence et qu'il peut contacter son médecin traitant. Pour réduire les obstacles potentiels au respect du plan de soins (*adherence plan*), un travail avec le patient / la famille doit être effectuée. Les services d'un interprète et/ou d'un travailleur social peuvent s'avérer utiles.

L'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique des patients sans domicile doivent se faire dans un langage simple, si besoin dans la langue maternelle. Expliquer aux patients les problèmes de santé et le traitement proposé, et leur apprendre la prévention/réduction des risques associés à tout problème de santé et au retard ou interruption du traitement ; expliquer les changements de comportement nécessaires pour améliorer leur santé (interventions individuelles, en petits groupes et/ou communautaires, entretiens de motivation). Fournir des conseils en nutrition (santé nutritionnelle, alimentation, suppléments alimentaires), si possible avec l'aide d'un nutritionniste. Un soutien par les pairs, les défenseurs des consommateurs, et une sensibilisation des prestataires de services aux besoins particuliers des patients sans domicile peuvent être nécessaires.

La gestion des médicaments implique l'utilisation d'un régime simple qui facilite le respect du traitement tout en tenant compte de la capacité du patient à prendre ou administrer les médicaments de façon appropriée. La distribution des médicaments peut se faire en accord avec le patient de façon à réduire le risque de perte, de vol ou de mauvaise utilisation. L'éducation des patients concernant le stockage des médicaments et une sensibilisation du personnel, pour faciliter l'accès aux médicaments dans un centre d'hébergement ou dans une clinique, doivent être envisagées. Pour écarter l'obstacle financier au traitement, une aide/assistance aux patients doit être mise en place.

Il faut prévoir une aide au respect des soins (*aid to adherence*), à travers différentes techniques (techniques d'amélioration de la motivation, négociation, *intensive case management* etc.) en prenant en compte les problèmes identifiés par le patient. Afin d'éliminer le risque d'utilisation abusive des médicaments, privilégier de petites quantités, un suivi étroit et une identification et élimination rapide des

obstacles au traitement. Privilégier les médicaments qui comportent le moins d'effets secondaires. Une mise à jour des vaccinations à chaque consultation doit être faite, selon le calendrier des vaccinations (grippe, pneumocoque, hépatites A et B, tétanos). Insister sur le fait que tous les traitements antibiotiques prescrits doivent être terminés et prendre en compte les obstacles aux soins dans la prescription des antibiotiques. Afin d'éviter tout risque de surmédicalisation, la prescription d'analgésiques et de traitements peut donner lieu à un contrat écrit avec le patient qui mentionne le plan de soins et le fournisseur pour les renouvellements d'ordonnances d'analgésiques. Prescrire des compléments alimentaires avec minéraux et s'assurer que les patientes enceintes reçoivent des suppléments vitaminiques appropriés. La gestion intégrée des soins doit prévoir la prescription des médicaments qui ne nécessitent pas une autorisation préalable. Faire attention aux soins fragmentés qui peuvent faciliter l'accumulation des médicaments prescrits. Des analyses médicales doivent être effectuées lors de la prise de certains médicaments.

Plusieurs problèmes connexes et complications doivent être gérés, dont le plus important est l'absence d'un endroit pour guérir. Cette absence peut être palliée par des installations de type *medical respite services* et par la facilitation d'accès à un logement permanent. Certains symptômes de maladies sont difficiles à différencier des comorbidités, une attention particulière doit être portée aux symptômes masqués et au diagnostic erroné. Il est important d'identifier les effets du vieillissement pour les personnes sans domicile par rapport aux autres personnes du même âge et de prendre en compte les déficiences fonctionnelles dues à une maladie chronique, une blessure ou une altération du fonctionnement cognitif, et d'adapter le plan de soins aux besoins et aux capacités du patient. Dépister et évaluer les affections concomitantes, et en cas de double diagnostic, reconnaître les deux affections comme étant primaires. Être sensible à la perte de la garde des enfants et orienter le parent vers un traitement adéquat pour favoriser son rétablissement et la réunification de la famille.

Actualiser régulièrement les informations pour contacter le patient ; cela inclut ses coordonnées ainsi que celles d'une personne à contacter en cas d'urgence. Il est important que le patient ait un domicile médical (*medical home*) et que les visites de suivi soient fréquentes, même si le patient ne respecte pas le plan de soins. Afin de faciliter le suivi, un système d'halte-accueil pour les visites non planifiées à la clinique et une aide au transport pour le dépassement aux soins peuvent être utiles.

Pour faciliter le respect du traitement et les soins de suivi, la sensibilisation et l'accompagnement de type *case management* peuvent être effectués à travers la collaboration avec les travailleurs sociaux et les *case managers*. Une orientation vers des spécialistes, des ressources communautaires ou des services sociaux, un soutien par les pairs pour accompagner le patient aux rendez-vous et une surveillance de la fréquentation scolaire du patient scolarisé font également partie du suivi.

Le modèle de soins proposé dans ces réglementations repose sur la conception de la prestation des services, la sensibilisation et l'engagement du patient, et la qualité des soins. La conception de la prestation des services pour les personnes sans-abri s'appuie sur : des services intégrés et interdisciplinaires qui répondent aux besoins médicaux et psychosociaux des personnes, accessibles et privilégiant l'accompagnement de type *case management* pour coordonner les services fournis à différents endroits ; des multiples points de service qui assurent la continuité des soins à l'aide de dossiers médicaux électroniques, pour fournir des soins là où les personnes sans domicile se rassemblent ; un système de services flexible qui permet l'accès aux soins sans rendez-vous ou par l'intermédiaire de travailleurs sociaux (les haltes-accueil) ; un accès au système de santé traditionnel lorsque les patients ont besoin d'être orientés vers des soins secondaires ; un accès aux soins de convalescence et au logement accompagné offrant des services de soutien aux patients souffrant de graves problèmes de santé.

La sensibilisation et l'engagement du patient peuvent se faire à l'intérieur ou à l'extérieur de la clinique, le lieu de prise en charge se situant là où se trouvent les personnes. Il est essentiel de développer une relation thérapeutique fondée sur des interactions sans jugement et centrée sur la personne, sur les traumatismes et sur le rétablissement, d'accorder des incitations qui favorisent l'engagement et d'impliquer tous les membres de l'équipe clinique dans la planification et la coordination des soins. Cela inclut le personnel maîtrisant les langues utilisées par les populations desservies pour faciliter la participation, le diagnostic, le traitement et le suivi.

La qualité des soins repose sur : des normes cliniques qui assurent la même qualité de soins à tous les patients et qui sont fondées sur des preuves scientifiques, avis d'experts et recommandations de prestataires de services ; une participation des patients à la prise des décisions qui affectent leur vie et aux activités de soutien par les pairs (gouvernance de programme, défense des droits ou recherche) ; des services intégrés et une promotion des intérêts des personnes sans domicile pour améliorer l'accès aux services de cette population.

Un article intitulé « Improving the health of the homeless » (44) propose des conseils aux médecins pour la prise en charge de la santé des personnes sans domicile et notamment l'évaluation et le repérage de pathologies dont la prévalence est plus importante dans cette population. Il préconise notamment l'évaluation des capacités cognitives et des déficits neurologiques des personnes, des problématiques de santé mentale, des blessures, des maladies cardio-vasculaires et du diabète, des maladies respiratoires, des maladies infectieuses, des problèmes de peau, des problèmes de dents, de l'état des pieds et des douleurs chroniques et propose des outils pour réaliser ces évaluations. Les auteurs rappellent que le National Health Care for the Homeless Council recommande d'accompagner les personnes dans l'accès à des droits (statut d'invalidité).

En France en 2015, l'ANESM a proposé une recommandation de bonnes pratiques professionnelles visant à prendre en compte la santé physique et psychique des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (58).

Cette recommandation propose une prise en compte de la santé globale des personnes sans domicile accueillies dans les CHRS. Cela inclut l'accès au logement, à l'éducation, à la nourriture, à un revenu, le droit de bénéficier d'un environnement stable et d'avoir accès à une justice et un traitement équitable.

L'ANESM recommande

- d'organiser des conditions d'accueil propices à la prise en compte de la santé globale :
 - en adaptant l'accueil en fonction de l'évaluation réalisée par le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) ;
 - en s'assurant auprès de la personne accueillie de la qualité des ajustements mis en œuvre ;
 - en permettant une installation sereine au sein de l'établissement (matériel à disposition, compréhension des services proposés, connaissance des acteurs présents dans l'environnement) ;
- d'informer des droits à la santé et des modalités d'articulation entre les professionnels du CHRS et ceux du secteur médical ;
- de faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages :
 - en proposant à la personne de faire un point sur ses besoins en santé ;
 - en l'informant des lieux de prévention et de réalisation de bilan médical ;

- en l'accompagnant à sa demande dans les démarches relatives à la prévention et au dépistage ;
- de repérer des signes révélateurs de mauvaise santé, de violence, d'addiction, de souffrance psychique, de handicap :
 - en échangeant avec la personne sur les événements marquants auxquels elle doit faire face et en appréciant avec elle comment ils influent sur sa santé ;
 - en engageant une régulation médicale dans les situations où des signes de mauvaise santé ont été constatés ;
 - en portant une vigilance particulière à la prise en compte par les parents de l'évolution de leur enfant et en les invitant à rencontrer les acteurs médicaux dans un objectif de prévention et/ou de soins ;
- de valoriser l'image de soi et développer les situations de bien-être et de participation en délivrant l'ensemble des informations nécessaires concernant les possibilités de l'environnement et en diversifiant les occasions (rencontres avec les pairs afin de faciliter la prise de parole dans des instances de décision relatives à la santé et au bien-être, au sein du CHRS et dans les espaces de démocratie sanitaire) ;
- d'intégrer dans le projet personnalisé des orientations en faveur de la santé en synthétisant avec la personne ses besoins en santé, les acteurs médicaux et médico-sociaux impliqués dans son parcours de soins, en définissant ses besoins et priorités d'accompagnement et en l'orientant vers les acteurs médicaux et médico-sociaux pertinents ;
- d'organiser des actions de prévention et d'éducation adaptées aux problématiques rencontrées par les personnes accueillies :
 - en construisant avec elles et les partenaires du territoire des sessions de sensibilisation sur des thématiques identifiées et partagées ;
 - en organisant de manière adaptée et accessible l'animation de sessions de prévention et d'éducation ;
 - en anticipant la gestion des hospitalisations ;
 - en organisant l'intervention de partenaires médicaux, paramédicaux et/ou médico-sociaux œuvrant dans le champ de la prévention et en informant les personnes accueillies des modalités pour les rencontrer ;
- de partager avec les personnes accueillies les difficultés qu'elles rencontrent dans leurs démarches d'accès à la santé :
 - en préparant avec la personne qui en a besoin, les rencontres avec les acteurs et en construisant les modalités d'accompagnement adaptées ;
 - en questionnant collectivement les termes du règlement de fonctionnement lorsque celui-ci freine la mise en œuvre des parcours de santé des personnes accueillies ;
 - d'identifier les contextes les plus salutaires pour favoriser une stabilisation de la santé mentale :
 - en encourageant l'expression de la personne pour identifier avec elle les moments, lieux, rencontres qui lui sont difficiles à supporter et en convenant avec elle des modalités à mettre en œuvre ou à considérer dans ces périodes délicates ;
 - en orientant le cas échéant vers les services spécialisés ;
 - en proposant de convenir avec le service de soins qui la suit d'un protocole de soins adapté au cadre de vie du CHRS ;

- en valorisant les savoir-faire de la personne ;
- en engageant des partenariats avec les équipes des secteurs de la psychiatrie ;
- en anticipant les situations de crise, en les gérant et en contribuant au rétablissement d'un climat serein ;
- de développer les démarches de prévention des conduites addictives et de réduction des risques et des dommages liés aux addictions :
 - en échangeant avec la personne qui souhaite aborder son addiction (consommation de produit ou conduite à risque) sur son adhésion à une démarche de soins, sur ses relations avec des acteurs spécialisés et en lui proposant d'intégrer dans son projet personnalisé les démarches de prévention des conduites addictives ou de réduction des risques et des dommages qu'elle aura définies ;
 - en diversifiant les modalités d'échange autour de la question des addictions afin de conduire les personnes qui sont dans le déni à prendre soin d'elles et à réduire les dommages causés par leur addiction ;
 - en facilitant la mise en œuvre des soins de la personne en ajustant autant que possible l'organisation du CHRS et en maintenant l'équilibre général du projet d'établissement ;
 - en analysant en équipe et avec les personnes accueillies l'impact de la mise en œuvre de pratiques de prévention et de réduction des risques et des dommages liés aux addictions sur leur qualité de vie ;
 - en engageant des partenariats spécialisés en addictologie pour faire évoluer les pratiques, les représentations et offrir un accompagnement adapté aux nouveaux modes de prise en charge de ces pathologies ;
- de définir la stratégie de promotion de la santé du CHRS ;
- de caractériser les actions de promotion de la santé dans le cadre du projet d'établissement et veiller à ce que l'ensemble des documents en fasse état ;
- de communiquer le contenu du projet d'établissement au SIAO et aux partenaires de santé les plus couramment sollicités ;
- de rencontrer les acteurs médicaux (médecins, pharmaciens, etc.) les plus proches géographiquement ;
- de participer aux instances et groupes de travail territoriaux permettant le partage et l'élaboration de stratégies d'accompagnement à la santé des personnes ;
- de construire les procédures nécessaires à la protection des personnes ;
- d'élaborer des procédures relatives : aux situations d'urgence médicale, aux situations d'incendie, aux crises épidémiques, aux accidents d'exposition au sang, à la saisine de la cellule départementale du recueil des informations préoccupantes, à la sécurité alimentaire et à l'entretien des locaux ;
- d'identifier les besoins en formation en fonction de l'évolution des caractéristiques des situations des personnes accueillies et notamment :
 - de l'accueil de malades psychiatriques ou de personnes en souffrance psychique ;
 - de l'accueil de personnes ayant des polypathologies ;
 - de l'accueil de personnes vieillissantes ;
- de développer des formations communes à plusieurs acteurs œuvrant à la promotion de la santé et d'organiser si possible des temps d'observation in situ réciproques entre les partenaires ;

- de favoriser un système de veille sur l'évolution des prestations de l'assurance maladie et sur l'offre du territoire ;
- d'adapter et de diversifier les modalités de soutien des professionnels.

Par ailleurs, l'ARS Île-de-France a édité un guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement dans lequel elle délivre des éléments de bonnes pratiques pour accompagner les problématiques de santé des personnes en situation d'exclusion. Elle recommande notamment des éléments en termes de prévention, de dépistage et d'éducation à la sexualité (vaccination, contraception, IVG, prévention des risques infectieux, violences sexuelles). Elle recommande une vigilance sur l'état psychique des membres de la famille et les relations parents-enfants.

En termes de posture professionnelle, elle recommande de :

- sensibiliser la personne à l'importance de s'adresser au bon interlocuteur et de l'aider à identifier les différents interlocuteurs ;
- prendre en compte la culture santé de la personne et son origine culturelle ;
- impliquer la personne dans l'ensemble des démarches concernant sa santé ;
- recueillir l'accord de la personne sur la communication de toute donnée la concernant en lui explicitant l'ensemble des éléments de sa problématique de santé et la nécessité de communiquer des informations. Le cas échéant, faire relire les écrits par la personne.

Dans l'accompagnement des familles, elle propose :

- d'identifier les besoins primaires non satisfaits (alimentation, habillement, hygiène, scolarisation...) et de tenter d'y remédier ;
- d'aider les familles à mobiliser leur réseau personnel (familial, amical, associatif, etc.) ;
- de travailler la santé et l'accès à l'hébergement ensemble, l'un n'étant pas dissociable de l'autre.

En termes de partenariat, elle propose :

- d'identifier, avec la personne ou la famille, les professionnels qui interviennent déjà dans le parcours et d'aider à solliciter, si nécessaire, le ou les professionnels de santé de proximité ;
- d'explicitier à la personne le rôle de chaque interlocuteur (santé, hébergement, logement...) ainsi que les différentes temporalités d'intervention ;
- d'identifier les partenaires, leurs modalités d'intervention, et de s'inscrire dans un travail en réseau.

2.3. Avis du groupe de travail

Dans l'ensemble, le groupe partage les constats et préconisations de la littérature et ajoute ou conforte les constats suivants :

- les personnes présentent des problématiques somatiques et des comorbidités traumatiques et psychotraumatiques ;
- l'absence de couverture santé entraîne le non-accès aux soins : les problématiques d'accès aux droits entraînent des problématiques d'accès aux soins ;
- les professionnels du soin manquent parfois de connaissances sur les caractéristiques et spécificités des personnes sans domicile ;
- les normes d'hygiène des établissements sanitaires et des ESSMS ne sont pas toujours adaptées aux personnes sans domicile ;

- les vulnérabilités personnelles et individuelles doivent être respectées ;
- l'organisation des services de soins n'est pas toujours adaptée au fonctionnement des personnes ;
- les délais d'attente aux urgences font que, même accompagnées, les personnes refusent d'attendre ;
- les services sont parfois cloisonnés (addiction, psychiatrie).

Concernant l'observance des traitements :

- la non-observance des traitements est une stratégie consciente ou non. Elle peut parfois être une stratégie consciente car les personnes craignent de ne plus être hébergées si elles sont soignées ;
- avant même la question de l'observance des traitements, se pose la question de la langue, de la bonne compréhension des soins proposés, du consentement éclairé aux soins ;
- les troubles cognitifs doivent être évalués. Cela est nécessaire pour travailler l'adhésion aux soins et l'autonomie.

L'évaluation pour l'admission dans le dispositif s'appuie sur les éléments concernant la demande d'admission, elle est réalisée par un personnel soignant (médecin ou infirmier) avec si besoin la présence physique ou au téléphone d'un interprète.

Le groupe insiste sur l'importance de négocier avec la personne autour de ses objectifs, de ne pas être directif. Notamment pour les examens médicaux, il est essentiel de partir de ce qu'elle souhaite et de sa temporalité. Avoir un listing des éléments est intéressant, il faut l'utiliser au fur et à mesure de la prise en charge. Cela permet de ne rien oublier. Il ne faut pas non plus se substituer au médecin traitant, mais le listing permet de suivre ce qui a été fait ou non. Il permet aussi de ne pas refaire ce qui est déjà fait : bilan sérologique, test carentiel...

Les domaines qui peuvent être évalués

Domaine	Sous-domaine	Recommandation
Diagnostic et évaluation réalisés par un personnel soignant (médecin ou infirmier). Présence physique ou au téléphone d'un interprète	Histoire du patient	Elle peut comprendre : – conditions de vie (alimentation, accès aux soins, sommeil) – instabilité résidentielle chronique ou épisodique – maladies aiguës ou chroniques – médicaments pris par le patient – affiliation à une assurance maladie – antécédents médicaux (personnels et familiaux) – consommation actuelle et antérieure d'alcool, de tabac et autres substances – problèmes juridiques actuels et passés et antécédents de comportements violents – violence subie, dont la violence conjugale – historique de l'activité professionnelle – emploi du temps ou routine quotidienne (conditions de vie) – affiliation, soutiens culturels
	Examen médical et bilans	Il peut comprendre : – un examen clinique complet avec l'accord du patient (évaluation dentaire, bilan des vaccins, bilan visuel, gynécologique et psychologique) Peuvent être réalisés :

Domaine	Sous-domaine	Recommandation
		– bilan biologique – bilan carentiel – bilan sérologique (VIH, hépatites, etc.) et thyroïdien – Bilan neuropsychiatrique – Dépistage de la tuberculose
Plan et gestion des soins	Plan de soins	Il comprend : – les objectifs et priorités du patient – un plan d'action – un plan de sécurité (si violence subie) – un plan d'urgence (pour se mettre à l'abri) Un travail avec éventuellement un interprète et/ou un éducateur peut être mis en place pour réduire les obstacles au respect du plan de soins (référence à la recommandation sur l'interprétariat en santé de la HAS)
	Éducation et gestion personnelle	Dans un langage simple et accessible, expliquer : – les problèmes de santé et le traitement proposé – la prévention / réduction des risques – les objectifs négociés entre le médecin et le patient – les conseils en hygiène de vie Proposer : – un soutien par des pairs Participer à : – une sensibilisation des partenaires aux besoins particuliers des patients sans domicile
	Gestion des médicaments	– Prescrire des médicaments simples à prendre – Adapter les modalités de distribution des médicaments pour éviter les vols, en accord avec le patient – Étudier les possibilités de stockage et de distribution avec des structures de soins ou des centres d'hébergement, en accord avec le patient – Limiter les risques d'utilisation abusive (petites quantités, suivi) – Prescrire les médicaments présentant le moins d'effets secondaires – Mettre à jour la vaccination – Informer sur les prises d'antibiotiques
	Problèmes connexes et complications	Prendre en compte : – les phénomènes de vieillissement précoce – les situations de handicap et de perte d'autonomie Être attentif à l'environnement et aux désirs de la personne accueillie, et aux mesures de protection juridique (par exemple lorsqu'il y a une mesure d'éloignement familial pour l'un ou l'autre des parents)
	Suivi	– Actualiser régulièrement les informations pour contacter la personne (échanges au sein du groupe pour savoir si cela était pertinent, le groupe fait le choix de la maintenir) – Mettre en place des réunions de synthèse pour réévaluer la personne (et par exemple un document d'aide à la prise en charge qui permet de réévaluer tous les deux mois la situation de la personne) – Aider à la mise en place d'un accompagnement – Orienter (spécialistes, droit commun, services sociaux) – S'assurer d'un soutien par les pairs

Concernant les évaluations

- Les personnes prises en charge présentent souvent des comorbidités en plus de la pathologie pour laquelle elles sont admises. L'évaluation initiale, sa qualité, sa finesse sont essentielles pour permettre un parcours adapté à la personne. Cela nécessite de disposer d'outils d'évaluation adaptés.
- Il est important de pouvoir évaluer les capacités d'autodétermination de la personne. L'évaluation s'étale sur la durée du séjour. Certains dispositifs ont créé des outils d'évaluation partagés avec les hôpitaux.
- L'évaluation est également importante pour les équipes. Poser un diagnostic permet de comprendre à quoi sont dus les troubles du comportement et permet de proposer une prise en charge plus adaptée.
- Certaines personnes sont réticentes à l'évaluation, pourtant parfois nécessaire pour entrer dans les soins (l'entrée dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » nécessite une évaluation psychiatrique). Il faut tenter d'articuler autonomie, soins et projet de chacun. Certains ont besoin de temps pour vivre entre quatre murs.

Concernant l'approche partenariale des soins

- Le groupe insiste sur l'importance de prendre en charge les urgences, mais de réorienter dès que possible vers le droit commun. Le médecin traitant doit être le pivot de l'accompagnement aux soins, les médicaments / produits de santé et les examens médicaux peuvent être délivrés aux personnes qui n'ont pas de droits ouverts. Mais dès que cela est possible, ils sont réorientés vers le droit commun.
- L'approche partenariale est importante également, afin d'éviter les ruptures de soins en sortie de dispositif. L'impossibilité de mettre en place un traitement adapté pour une maladie chronique peut empêcher la sortie.
- Il faut être vigilant à la perte d'autonomie, au handicap, aux mesures de protection en place pour ne pas les mettre en échec.
- Les outils partagés sont une aide à l'évaluation et au suivi des personnes. De nombreux outils validés existent, il peut être intéressant d'en sélectionner en lien avec le partenariat.

Concernant le partage d'informations médicales, le groupe propose qu'un encart concernant le dossier médical partagé puisse figurer parmi les recommandations ainsi qu'un encart concernant les modalités de partage d'informations.

3. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

3.1. Les différentes approches de l'accompagnement social des personnes sans domicile

3.1.1. Le *case management* ou les approches par le logement

Les modèles d'accompagnement social définis et évalués par la littérature sont essentiellement anglo-saxons. Ces modèles sont soit des modèles de *case management* soit des approches par le logement. Ils peuvent également combiner les deux.

3.1.1.1. Le *case management*

Le *case management* est un processus collaboratif qui évalue, planifie, met en œuvre, coordonne et évalue les options et les services nécessaires pour répondre aux besoins de santé, de soins, d'éducation et d'emploi d'une personne en s'appuyant sur la communication et les ressources disponibles pour obtenir des résultats efficaces (59).

Le *case management* doit permettre d'identifier et d'amener les personnes à l'utilisation des services. Il est un outil d'évaluation des forces, des besoins et des demandes des personnes. Il propose un projet d'accompagnement global et adapté, il l'évalue et le réajuste en fonction de l'évolution des personnes. Il relie les personnes aux services de la communauté, assure une médiation avec les services, et soutient les personnes pendant les périodes de transition.

Un projet de recherche mené au Canada en 2008 (60) (61) avait pour objectif d'élaborer de bonnes pratiques (ou pratiques prometteuses) fondées sur des preuves en matière de *case management*, à partir d'un travail sur les définitions, les concepts clés et les principes généraux susceptibles d'étayer un cadre général régulant les relations entre les services d'accompagnement et les personnes sans domicile souhaitant sortir du sans-abrisme.

L'auteur propose six axes pour la mise en place de pratiques professionnelles prometteuses pour le *case management* des personnes sans domicile.

- **Collaboration et coopération, une véritable approche d'équipe :**
 - partenariats clairs, construits et structurés (chacun sait ce que fait l'autre) ;
 - équipes multidisciplinaires (compétences, expériences, profils et milieux diversifiés) ;
 - le travailleur pair est un élément clé de l'équipe. Sa place et son rôle doivent être définis ;
 - un *case manager* doit être nommé pour chaque personne (connu et accessible par tous).
- **Des services répondant aux besoins de la personne :**
 - approche globale, centrée sur les besoins définis et exprimés par la personne ;
 - accompagnement qui s'appuie sur les forces de la personne ;

- plan d'action qui s'appuie sur une évaluation consistante, adaptée et partagée par la personne et le *case manager* ;
 - les charges de travail des *case managers* doivent être adaptées à leurs missions.
- **Un *case management* flexible, adapté au contexte, aux caractéristiques et à la culture de la personne.**
- **Un engagement juste, une relation et un plaidoyer :**
- importance des savoir-être, de la capacité à entrer en relation, à créer les conditions de la confiance, non-jugement et capacité à aborder de manière transparente l'ensemble des problématiques ;
 - connaissance approfondie du système et de l'environnement ;
 - les compétences de l'équipe multidisciplinaires sont une aide.
- **Un système coordonné et correctement dirigé (éthique et communication) :**
- missions, objectifs et moyens doivent être clairs et partagés ;
 - communication accessible, compréhensible, ouverte, cohérente et honnête ;
 - principes éthiques définis et partagés ;
 - soutien et formation des équipes.
- **Une évaluation des réussites, un soutien et une formation.**

L'auteur souligne le fait qu'il est important de définir des objectifs ambitieux, de proposer un soutien actif dans l'accès aux ressources nécessaires aux personnes sans domicile, de proposer une aide centrée sur la personne et de respecter l'autonomie de celle-ci. La confiance et l'établissement de relations solides sont indispensables. Les *case managers* doivent travailler de manière collective afin de répondre aux besoins des personnes sans domicile. Enfin, il est important d'articuler différentes dimensions pour parvenir à un *case management* efficace qui permette d'assurer une compréhension commune des concepts et questions clés et favorise la progression de la pratique fondée sur des preuves.

Une étude qui s'intéresse à l'écart entre les services reçus et les besoins perçus par les personnes sans domicile (62) montre l'importance pour les *case managers* de délivrer les informations dans un niveau de langage accessible à l'utilisateur.

L'auteur indique qu'utiliser un langage clair et accessible et éviter l'utilisation d'acronymes et de jargon professionnel est essentiel dans les pratiques d'accompagnement.

Pour les personnes avec les plus importantes problématiques de santé mentale, d'addictions, et de conditions physiques dégradées, du temps supplémentaire et un langage particulier doivent être adoptés. Une évaluation rapide de ce que la personne a compris doit être conduite pour s'assurer de la bonne compréhension de l'information transmise.

Il ajoute qu'adopter une approche centrée sur le patient améliorerait grandement l'efficacité du *case management* pour les patients avec d'importantes problématiques de santé.

La littérature identifie cinq formes principales de *case management* (59) (63, 64), certains de ces modèles de *case management* ont fait l'objet d'une définition et d'une modélisation précise, d'autres sont moins clairement définis.

Le *case management* standard ou *standard case management* (SCM)

Le *case management* standard correspond à la définition généraliste du *case management* donnée ci-dessus avec un *case manager* repéré par personne suivie. Il n'a pas été modélisé. En général, dans le *case management* standard, le *case manager* est référent d'un nombre de personnes à suivre plus important que dans les autres formes de *case management*. Il n'accompagne pas directement les personnes mais a plus un rôle de mise en relation et en lien avec les services existants qui peuvent répondre aux besoins des personnes.

Au sein du *case management* standard, on trouve parfois des sous-catégories.

- Le *brokerage case management*

C'est une approche minimaliste du *case management*. Les *case managers* n'ont qu'un ou deux contacts avec les personnes. Ces contacts doivent permettre d'aider les personnes à identifier leurs besoins et de les orienter vers les services utiles.

- Le *clinical case management*

C'est un accompagnement dans les soins. Le *case manager* est un soignant. Il propose une intervention thérapeutique en direct qui peut inclure des services de santé mentale, des services d'addictologie ou la prise en charge d'une problématique de santé chronique.

Le *case management* intensif ou *intensive case management* (ICM)

C'est un accompagnement dans lequel un référent par personne accompagnée est nommé. Le nombre de personnes suivies est peu important (20 maximum dans la littérature, parfois moins). Le *case manager* propose un soutien adapté aux besoins et souhaits de la personne, y compris un accompagnement physique si nécessaire. L'accompagnement doit permettre l'accès à d'autres services, il se fait dans l'environnement de la personne. Il implique un niveau important de contacts entre la personne et le *case manager*. Le *case manager* est en capacité d'offrir un service flexible et adapté qui peut aussi être une mise en lien avec les services existants. L'accompagnement proposé s'appuie sur les objectifs de la personne accompagnée. La relation entre le *case manager* et la personne accompagnée est centrale dans la définition du modèle. L'accompagnement s'inscrit dans la durée et peut être proposé aussi longtemps que nécessaire.

L'*Intervention sur des périodes critiques* ou *critical time intervention* (CTI)

Il s'agit d'un accompagnement limité dans le temps mis en place sur une période de transition. La CTI a été modélisée dans les années 1990 pour des personnes souffrant de problématiques psychiatriques et sortant de centres d'hébergement, à la suite du constat que malgré une planification des sorties, de nombreuses personnes retournaient au sans-abrisme dans les 18 mois suivant leur accès à un logement. Elle a ensuite été utilisée pour des sorties d'autres institutions (hôpitaux, prisons...) et pour d'autres catégories de publics (femmes victimes de violences). L'accompagnement a pour objectif de développer les compétences nécessaires à l'autonomie et de mettre la personne en lien avec les services mobilisables dans son environnement, afin de faciliter son maintien dans un logement et de prévenir les réhospitalisations et le sans-abrisme. Le service d'accompagnement doit être proposé par

des personnes qui ont établi des liens avec les usagers avant la sortie de l'institution. Dans le modèle, la CTI a une durée de neuf mois, découpée en quatre phases : une phase de prise de contact et de création de lien avant la sortie de l'institution, une phase de transition qui permet la mise en place de relais adaptés aux besoins de la personne, une phase de retrait progressif permettant de mesurer la capacité de la personne à s'insérer dans son nouveau réseau et l'adaptation du réseau aux besoins de la personne, et une phase de transfert de l'accompagnement aux services de droit commun (65).

Le premier essai randomisé contrôlé qui a accompagné la modélisation de la CTI a montré une réduction significative du sans-abrisme à 9 et 18 mois pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques sortant d'hébergement. En revanche, les effets sur la santé psychique étaient très limités. La CTI améliore cependant la continuité des soins (65).

Un essai contrôlé randomisé dont les résultats ont été décrits dans plusieurs articles (66) (67) (68) (69) a évalué l'effet d'une CTI pour des personnes sans domicile atteintes de troubles psychiatriques sévères sortant d'hospitalisation. Les résultats montrent que la mise en place d'une CTI permet une diminution des réhospitalisations. Concernant la continuité des soins après la sortie d'hôpital, la CTI permet d'améliorer la stabilité de la relation avec le médecin ou le *case manager*. Par ailleurs, la CTI peut contribuer, mais faiblement, à renforcer les liens de l'individu avec son entourage familial. La CTI contribue à augmenter la stabilité dans le logement. Si la personne bénéficie d'au moins trois contacts avec le travailleur en charge de la CTI avant la sortie d'hospitalisation, le risque de sans-abrisme est divisé par 10.

Les auteurs en concluent que la CTI, en plus d'aider les personnes vulnérables à faire la transition entre l'institution et la communauté, semble avoir un impact positif durable sur la réduction de la réhospitalisation et le maintien dans le logement. L'augmentation de la stabilité des soins permet de diminuer le risque de sans-abrisme et de réhospitalisation.

Un essai contrôlé randomisé réalisé auprès de femmes victimes d'agressions sexuelles (70) sortant d'hébergement pour accéder à un logement montre également des résultats positifs. Les femmes suivies dans le cadre de la CTI ont moins de symptômes de stress post-traumatique et moins de besoins en santé non pourvus. Les résultats ne sont pas significatifs concernant la qualité de vie, les nouvelles agressions, la détresse psychologique, l'estime de soi, les soutiens familiaux ou sociaux.

L'approche par les forces ou *strengths-based case management*

Cette pratique a été développée dans les années 1980 aux États-Unis alors que la désinstitutionnalisation de la psychiatrie avait conduit de nombreux patients à se retrouver à la rue.

Le modèle de l'approche par les forces s'appuie sur les six principes suivants :

- les personnes peuvent apprendre, grandir et changer ;
- le focus est sur les forces de la personne plutôt que sur ses manques ;
- la communauté est une oasis de ressources ;
- la personne dirige le processus d'aide ;
- la relation patient / aidant professionnel est primordiale et essentielle ;
- le cadre principal de travail est la communauté (71).

Ce modèle, issu de la psychiatrie, a largement influencé les pratiques dans le champ de la lutte contre le sans-abrisme et dans les autres secteurs du travail social, et les a fait évoluer en centrant l'accompagnement sur les potentialités des personnes et leurs objectifs propres.

L'approche par les forces est liée au concept de résilience. Cette approche s'appuie sur la mise en place d'une supervision de groupe qui a pour objectif de soutenir le travail du *case manager*, l'émergence de nouvelles idées pour travailler plus efficacement avec les personnes et la facilitation d'apprentissages utilisables pour d'autres situations par le *case manager* (72).

Une revue critique de la recherche de 2016 discute des résultats de l'approche par les forces dans des pays à haut revenu (États-Unis, Canada, Suède) en se concentrant sur l'efficacité et les progrès dans la pratique (73). L'approche par les forces réduit les taux d'hospitalisation, augmente la satisfaction à l'égard des services, améliore les attitudes favorables à la récupération (estime de soi, efficacité personnelle, confiance personnelle, sentiment d'espoir et satisfaction personnelle), facilite la réalisation des objectifs (emploi, résultats scolaires) et accroît l'utilisation des services. Le soutien de travailleurs pairs a permis des résultats dans les domaines de l'espoir, l'auto-efficacité et le soutien social.

Une étude prospective longitudinale de 2012 (74) a examiné la relation entre la fidélité au modèle de l'approche par les forces et les résultats obtenus par les patients en matière d'hospitalisation psychiatrique, d'emploi compétitif, d'éducation postsecondaire et de vie indépendante. L'approche par les forces a un effet positif significatif sur les taux d'emploi, d'hospitalisation psychiatrique et d'éducation postsecondaire des personnes sur une période de 18 mois. Plus le dispositif est fidèle au modèle de l'approche par les forces, meilleurs sont les résultats.

Le traitement intensif dans la communauté ou *assertive community treatment* (ACT)

Le modèle part du constat que, dans un contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, les traitements courants hors hôpital pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères ne répondaient pas à tous les besoins des patients, ce qui conduisait à des réhospitalisations ou du sans-abrisme, notamment pour ceux ne disposant pas de lieux de vie et de soutien familial pour les activités quotidiennes. Le modèle propose alors de fournir les services suivants pour les personnes hors hôpital :

- les ressources matérielles indispensables (nourriture, hébergement et soins médicaux) ;
- les compétences sociales indispensables : savoir se déplacer, cuisiner, gérer un budget. L'apprentissage de ces compétences doit se faire sur le lieu de vie des personnes, là où elles vont les utiliser ;
- la motivation pour persévérer et rester impliqué dans la vraie vie et dans la communauté. Le système doit permettre aux personnes la résolution des difficultés de la vie réelle. La personne doit sentir qu'elle n'est pas seule et que les autres sont concernés ;
- une liberté vis-à-vis des relations de dépendance pathologique (à la famille ou à l'hôpital). Le programme doit proposer un soutien suffisant pour garder la personne investie dans la communauté et pour l'encourager à plus d'autonomie ;
- un soutien et une éducation de l'entourage et de l'environnement pour que la relation soit bénéfique pour le patient et acceptable pour l'entourage. Il ne faut pas que la charge de l'accompagnement soit transférée sur l'entourage ;
- un système de soutien intensif qui aide le patient pour les cinq items précédents. Le programme doit être intensif, impliquer les patients dans leur traitement. L'aller-vers pour prévenir les décrochages et les abandons est essentiel.

Le programme original a été mis en place par un hôpital psychiatrique. Les équipes de l'hôpital se sont installées dans la communauté. Les équipes étaient joignables 24 h/24. Les projets des patients étaient individuels et définis en fonction d'une évaluation des compétences sociales nécessaires devant être renforcées pour vivre de manière indépendante. La plupart des traitements ont été mis en place sur

les lieux de vie des patients, leurs voisinages et leurs lieux de travail. Les membres de l'équipe, présents sur les lieux de vie, ont aidé les patients dans les activités de la vie quotidienne : lessives, courses, cuisine, recours aux restaurants, budget, transports... Les patients ont également été accompagnés pour trouver un emploi, puis les équipes ont assuré un contact journalier avec les patients et leurs employeurs pour résoudre les problèmes sur le lieu de travail. Les équipes ont accompagné les patients dans l'accès aux loisirs et dans le développement de leurs compétences sociales en soutenant leur implication dans des activités sociales et récréatives. Les équipes se sont appuyées sur les forces des personnes au lieu de se centrer sur la maladie. Soutenir les patients, les familles des patients et la communauté est un rôle essentiel de l'équipe (75).

En fonction des auteurs, ce modèle est considéré ou non comme du *case management*. Les fondateurs du programme estiment qu'il ne relève pas du *case management* car, s'il propose un accompagnement global de la personne, dans ce modèle l'équipe est référente, alors que dans les modèles de *case management*, la relation entre la personne et le *case manager* est primordiale et l'équipe n'a pas de fonction de mise en lien avec les services de la communauté même si elle a bien une mission d'accompagnement en direct des problématiques des personnes. Par souci de simplification, dans ce document, l'ACT sera traité avec les autres modèles de *case management*.

Une méta-analyse de 2007 (76) compare l'efficacité de l'ACT à celle du *case management* standard pour des personnes sans domicile avec des troubles psychiatriques sévères. L'ACT a de meilleurs résultats dans la réduction du sans-abrisme et de la sévérité des symptômes psychiatriques. Concernant les durées d'hospitalisation, les études ne présentent pas de résultats concordants. Les auteurs estiment que cela est lié au fait que les personnes sans domicile avec des troubles psychiatriques seraient plus susceptibles d'être hospitalisées (preuve d'une meilleure adhésion aux soins ?) lorsqu'elles bénéficient de l'ACT, mais pour des durées plus courtes. Les divergences des études seraient fonction de l'item évalué.

Une revue de littérature de 2018 a évalué l'efficacité de l'ACT pour des personnes souffrant d'addictions (77). L'ACT augmente l'engagement dans le traitement, améliore la qualité de vie et la prise de médicaments mais les autres résultats concernant les consommations ainsi que les résultats sur les taux d'hospitalisation sont non significatifs.

Une étude prospective longitudinale de 2011 a évalué la fidélité au modèle ACT et ses résultats pour les patients dans le système de santé mentale néerlandais (78). Les résultats montrent qu'une fidélité élevée au modèle ACT est associée à une amélioration de l'état de santé et de fonctionnement social des personnes et à la réduction du nombre de jours de sans-abrisme. Une bonne organisation de l'équipe (partage de la charge de travail, réunions quotidiennes de l'équipe, un chef d'équipe qui participe aux soins de patients) est associée à des meilleurs résultats pour les personnes accompagnées.

3.1.1.2. Les approches par le logement

Efficacité des approches par le logement

Une revue systématique canadienne (79) évalue l'efficacité des approches par le logement pour des personnes sans domicile ayant des troubles mentaux ou des addictions, par rapport à des types d'intervention plus traditionnels.

Dans tous les cas, les résultats mettent en évidence le fait que l'approche « logement d'abord » réduit la durée de sans-abrisme des individus pris en charge et que cette approche montre des résultats plus probants pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. L'approche « logement d'abord » permet une réduction des hospitalisations des personnes sans domicile. Mais elle ne

présente aucun avantage mesurable en ce qui concerne la santé mentale, la santé physique, la consommation de substances et le soutien social. En revanche, elle entraîne une hausse des services de droit commun et une diminution des hospitalisations.

Enfin, pour ce qui est de la qualité de vie et de la satisfaction des personnes sans domicile, de leur taux de criminalité et d'incarcération, ainsi que de leur participation à la vie de la communauté et de leur victimisation, les résultats, toujours mitigés, varient selon les mesures utilisées et selon les sous-groupes comparés à l'intérieur d'une même étude.

Les deux études ayant comparé l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants mettent en évidence une supériorité globale du second type de programme sur le premier notamment concernant la diminution du temps d'errance, la santé mentale, la satisfaction plus élevée et une meilleure qualité de vie rapportée.

Les personnes sans domicile incluses dans un programme « logement d'abord » ayant bénéficié d'interventions plus intensives sont celles qui ont passé le plus grand nombre de jours dans un logement et qui ont trouvé leur premier emploi plus rapidement.

Une autre revue systématique (34) identifie les interventions visant à améliorer l'accès à la santé et aux soins pour les personnes sans domicile ou à risque de le devenir. Cette étude identifie plus particulièrement les effets des approches par le logement pour les personnes sans domicile.

Les personnes sans domicile atteintes de maladie mentale ou souffrant d'addictions bénéficiant d'un accès au logement ont de meilleurs résultats concernant la stabilité résidentielle. Par ailleurs, pour les personnes sans domicile souffrant d'addictions, l'accès au logement permet de réduire les consommations, augmente l'abstinence et réduit l'utilisation des services médicaux. L'attribution des logements sous condition d'abstinence améliore les résultats sur l'abstinence.

Les interventions pour des personnes sans domicile atteintes de maladies mentales et souffrant d'addictions ont été examinées également dans le cadre de *Pathways housing first* (PHF) présenté ci-après. D'autres études méthodologiquement plus faibles ont étudié le même type d'interventions. Ces études montrent que le PHF améliore la stabilité dans le logement et les addictions à trois ans, mais pas les problématiques psychiatriques.

Pour les personnes porteuses du VIH, le logement a un impact significatif sur le taux de survie des personnes ayant reçu un diagnostic de syndrome de l'immunodéficience acquise (Sida). L'obtention d'un logement après le diagnostic améliore également le taux de survie. Le logement améliore également la santé ressentie.

Une étude (62) compare les écarts entre les services reçus et les services dont auraient besoin les personnes chroniquement sans domicile entre un groupe bénéficiant d'une approche de type « logement d'abord » et un groupe contrôle. L'accès à un logement avec accompagnement permet une meilleure réponse aux besoins (de soins et d'accompagnement), notamment lié à une meilleure information sur ses services, une plus grande facilité dans les transports et dans la capacité à comprendre le personnel de la structure de soins ou de service.

Les approches par le logement ont également un impact positif sur la santé des personnes sans domicile. Une étude montre que la stabilité résidentielle permet de réduire les besoins en santé non pourvus et diminue le recours aux services d'urgence (80). Elles permettent de faciliter l'implantation de programmes d'éducation thérapeutique pour les personnes avec des maladies chroniques (39).

Par ailleurs, une étude menée auprès de personnes avec des troubles mentaux et ayant bénéficié d'une approche par le logement montre une satisfaction importante de ces dernières quant à : la qualité du service reçu et notamment l'aide pratique apportée dans la gestion du quotidien, la réactivité du service, le soutien émotionnel, la socialisation, l'intégration dans la communauté, le bien-être, le développement personnel et le rétablissement. Les personnes indiquent également une satisfaction liée au fait d'avoir trouvé leur place et indiquent avoir développé de nouvelles compétences. Enfin les personnes proposent, dans un objectif d'amélioration du service, de développer des thérapies mieux adaptées, de proposer des durées d'accompagnement plus longues, d'améliorer la communication et le non-jugement (81).

Le modèle *housing first* : des résultats probants et transférables

À une époque où l'approche en vigueur en matière d'accès au logement des personnes sans domicile souffrant de pathologies psychiatriques et d'addictions exigeait que ces dernières soient traitées avant d'être logées, le programme *Pathways housing first* (PHF) s'est proposé de leur offrir des appartements indépendants sans surveillance étroite. Ce modèle part de l'idée que « le logement est un droit humain fondamental » et que la personne est capable de faire ses propres choix concernant la localisation de son logement et son aménagement, ainsi que dans la palette de services qui lui est proposée. Ce modèle a été développé dans un manuel, « Housing first : the Pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders » (22) qui décrit les principes fondamentaux de cette approche, sa philosophie, les principes et les valeurs qui la guident, son fonctionnement et son administration.

Le modèle PHF se distingue du modèle en escalier qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Il précise également que l'acceptation d'un traitement (psychiatrique ou des addictions) n'est pas un préalable à l'accès au logement.

Il s'appuie sur **huit principes fondamentaux** :

- le logement en tant que droit de l'homme ;
- la notion de respect, d'attention et de compassion pour toutes les personnes ;
- un engagement à suivre les personnes autant que nécessaire ;
- l'accès à des appartements indépendants en diffus dans la cité ;
- la séparation des services cliniques et de logement ;
- le respect du choix et la promotion de l'autodétermination du patient ;
- un accompagnement orienté rétablissement ;
- le principe de la réduction des risques appliqué aux services.

L'objectif de ce modèle est de **favoriser le rétablissement des personnes** sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères. Pour que le rétablissement soit possible, il est nécessaire que les personnes sortent d'une logique de survie en accédant à un logement. Le dispositif place la personne comme experte de son parcours, ce qui lui permet de prendre des décisions personnelles. Le modèle repose sur la mise en valeur des compétences personnelles et l'amélioration de l'estime de soi, l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir et la quête d'une vie meilleure.

Le modèle PHF propose un accompagnement qui peut être soit de type ACT, soit ICM. Dans le manuel PHF, le glossaire précise que l'ACT est plus destiné à des personnes avec des troubles mentaux sévères et des besoins multiples, l'ICM étant destiné à des personnes avec des besoins modérés. Si l'ICM est choisi, le modèle préconise néanmoins que le *case manager* soit joignable 24 h/24.

Le modèle *housing first* a été déployé dans de nombreux pays et a fait l'objet d'études, dont de nombreux essais contrôlés randomisés, notamment aux États-Unis, au Canada et également en France.

La première évaluation expérimentale de Pathways a eu lieu en 1996. Les résultats montrent qu'au cours de la première année, les personnes assignées, au hasard, au programme PHF ont amélioré leur stabilité résidentielle par rapport au groupe témoin, sans par ailleurs présenter des consommations plus importantes. Les participants au PHF ont été logés plus rapidement et le sont restés plus longtemps que les autres. Une étude publiée en 2004 a montré que, même au terme des quatre années de l'expérience, les locataires inclus dans le groupe 'Pathways' étaient encore beaucoup plus susceptibles d'être logés que les témoins (22). Ce programme a ensuite essaimé aux États-Unis et a fait l'objet d'autres évaluations. Une étude menée à San Francisco (82) montre que les programmes de type *housing first* proposant des soins infirmiers ont un impact significatif sur la santé de personnes atteintes du VIH.

Au Canada, le dispositif *housing first* a été développé sur cinq sites, avec la mise en place d'un accompagnement de type ACT pour les personnes à besoins élevés, de type ICM pour les personnes à besoins modérés. Un dispositif expérimental avec ICM pour les minorités ethniques a également été développé et évalué. Les résultats de ces recherches se retrouvent dans de nombreuses études et ECR (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94).

L'ensemble de ces études permet d'obtenir les résultats suivants :

- le *housing first* améliore la stabilité résidentielle. Cette stabilité résidentielle est particulièrement améliorée pour les femmes en mauvaise santé avec un passé de rue relativement court. Cette amélioration se maintient sur une période longue (six ans) quel que soit le type d'accompagnement associé au *housing first* ;
- il permet une diminution des durées d'hospitalisation pour les trois types d'accompagnement ;
- plus les troubles mentaux sont importants et moins le recours aux soins primaires est effectif ;
- il améliore la qualité de vie des personnes. Cette amélioration est surtout significative pour les personnes les plus âgées ;
- pour les personnes les plus âgées, le *housing first* permet une amélioration de la santé mentale ;
- le *housing first* améliore l'adhésion aux psychotropes ;
- il n'améliore pas l'adhésion aux traitements par méthadone ;
- la situation des logements (en éclaté ou en regroupé) n'influe pas sur les résultats du programme *housing first*.

En Australie, le programme a été implanté et évalué avec des échelles validées et montre les résultats suivants (95) :

- amélioration de la relation avec soi-même et les autres, diminution de la dépression et de l'anxiété et amélioration des compétences de la vie quotidienne (motivation et responsabilités, gestion de l'argent, santé émotionnelle et mentale et emploi du temps construit) ;
- amélioration légère en matière d'emploi et de formation ;
- augmentation des contacts avec les autres ;
- diminution significative des admissions dans les services de santé mentale et du nombre de jours passés dans ces services ;
- diminution des contacts avec les professionnels ambulatoires en santé mentale et des recours aux services de soutien en santé mentale ;
- réduction des besoins en accompagnement sanitaire et social.

En France, le programme « Un chez-soi d'abord » a été développé de manière expérimentale à partir de 2011 dans quatre villes : Marseille, Toulouse, Lille et Paris. Cette expérimentation a fait l'objet d'un programme de recherche (96) (30) (97).

Les résultats sont les suivants : outre le maintien dans le logement des publics sans-abri, l'étude montre pour les personnes atteintes de schizophrénie une diminution des symptômes de la maladie, une trajectoire de rétablissement supérieure à celle du groupe témoin et une amélioration de leur qualité de vie. Les résultats sont moins probants pour les femmes et pour les personnes souffrant de troubles bipolaires. Concernant le recours au système de soins, on constate une diminution de moitié de la durée moyenne d'hospitalisation pour les personnes logées par rapport aux personnes du groupe témoin, avec plus spécifiquement une diminution des hospitalisations en psychiatrie, signant le rôle positif du programme sur la coordination des parcours de soins (30). Les effets positifs se maintiennent sur le long terme puisqu'en 2015, plus de 85 % des personnes sont toujours logées et suivies. Le recours aux droits, l'accès à des ressources et l'inscription auprès d'un médecin traitant sont effectifs pour la quasi-totalité d'entre elles. Globalement, l'acceptation de la maladie, la meilleure connaissance des symptômes, l'observance des traitements, ainsi que l'engagement dans un suivi sanitaire s'intensifient avec la durée de l'accompagnement. En parallèle, les ruptures de prise en charge ou les situations de crise sont moins fréquentes, plus courtes et d'une gestion simplifiée pour l'ensemble des acteurs. L'ensemble des personnes a repris des liens avec son entourage, amis ou familles et 20 % ont une activité professionnelle ou sont en formation (96).

Récapitulatif des apports des approches « logement » d'abord pour les personnes sans domicile identifiés par la littérature

	Apports de l'approche « logement d'abord »	Éléments non tranchés par la littérature ou avec des avis contradictoires
Sur le logement	Diminution des jours de sans-abrisme, augmentation de la stabilité résidentielle, y compris sur le long terme pour des personnes sans domicile avec des problématiques mentales ou des addictions Les équipes fixes (définies comme pouvant intervenir rapidement sur le logement) permettent un meilleur maintien dans le logement Plus les personnes présentent des troubles élevés, plus l'approche semble efficace Le <i>housing first</i> semble particulièrement efficace pour les femmes en mauvaise santé avec un passé de rue court En France, le <i>housing first</i> semble plus efficace pour les personnes souffrant de schizophrénie	Le type d'accompagnement n'a pas d'effet significatif
Sur la santé	Modification des comportements de santé : plus de recours au droit commun pour la mise en place de traitements en santé mentale et pour les addictions, meilleure adhésion aux traitements (psychotropes) Diminution des hospitalisations Meilleure santé mentale pour les programmes avec une équipe fixe par rapport à ceux présentant une équipe mobile Impact positif du logement sur les taux de survie des personnes atteintes du VIH	Amélioration de la santé mentale. Le <i>housing first</i> permettrait une amélioration de la santé mentale pour les personnes les plus âgées Amélioration de la santé physique Diminution de la consommation de substances : les études sont contradictoires Nombre de passages aux urgences
Sur la qualité de vie	Satisfaction plus élevée et meilleure qualité de vie rapportée pour les programmes avec une équipe fixe par rapport à ceux présentant une équipe mobile	Les résultats sont contradictoires sur l'amélioration générale de la qualité de vie. Le <i>housing first</i> permettrait une amélioration de la qualité de vie pour les personnes les plus âgées
Sur les revenus	L'approche est bénéfique (mais peu d'études)	
Sur le taux de criminalité et d'incarcération		Pas de résultat significatif, les résultats sont mitigés en fonction des études et des sous-groupes
Sur la création de liens sociaux		Pas de résultat significatif, les résultats sont partagés. Les résultats de la recherche française sont partagés

3.1.1.3. Efficacité comparée de différents modèles de *case management*

Une revue de littérature de 2007 (98) a évalué les effets comparés des modèles d'accompagnement par le logement, d'ACT et d'ICM sur le taux de réhospitalisation, la stabilité résidentielle et le bien-être des personnes sans-abri (ou avec un passé de sans-abrisme) ayant des troubles psychiatriques.

Comparés à l'accompagnement standard, les trois modèles d'intervention ont permis de réduire le nombre de jours à la rue et d'hospitalisation des personnes bénéficiaires. Les modèles reposant sur la fourniture d'un logement ont plus de résultats concernant la stabilité résidentielle des bénéficiaires. Le modèle d'accompagnement par le logement apparaît plus efficace pour réduire le sans-abrisme que les modèles ACT et ICM. Les trois modèles ont également eu des effets favorables sur l'accès des personnes aux services, leur bien-être et leur qualité de vie.

Les auteurs en concluent qu'il est nécessaire de développer des interventions spécifiques et ciblées pour parvenir à des résultats. Dans les approches par le logement et ACT, la satisfaction des besoins fondamentaux (logement et accompagnement) constitue le point de départ et non pas le point final du processus de rétablissement. Par ailleurs, les besoins d'ordre supérieur sont souvent pris en considération lorsque les besoins de base ont été satisfaits. L'enjeu pour les acteurs de la santé mentale réside dans leur capacité à accompagner les personnes, une fois logées, dans la construction d'une vie épanouie et porteuse de sens dans la communauté.

Une revue de littérature publiée en 2013 a évalué l'efficacité de quatre modèles d'accompagnement des personnes sans domicile souffrant d'addictions ou présentant une problématique de santé mentale ou un double diagnostic (64) : le *case management* standard, le *case management* intensif, le traitement intensif dans la communauté et les interventions sur les périodes critiques. Les quatre modèles améliorent la stabilité résidentielle. Le SCM et l'ICM n'ont pas d'impact sur l'état de santé mentale des personnes sans domicile contrairement à l'ACT et la CTI qui ont des effets sur la réduction des symptômes psychiatriques. Le SCM réduit les consommations de produits ainsi que la CTI (une seule étude néanmoins). Les autres modèles d'accompagnement n'ont pas d'effets. Les quatre modèles d'accompagnement n'ont pas d'impact sur la participation sociale des personnes sans domicile. L'ACT semble avoir un effet supérieur au SCM sur la qualité de vie mais cet effet ne se maintient pas dans le temps.

Les auteurs concluent que l'ACT est le modèle le plus efficace pour la stabilité résidentielle. Il est par ailleurs le plus rentable. Il apparaît plus adapté aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui ont des besoins complexes et multiples. La CTI a des résultats prometteurs et elle peut répondre à des situations plus diverses en raison de sa durée limitée dans le temps.

Une revue systématique de 2007 a évalué les effets des différents modèles de *case management* pour des sous-groupes de personnes avec des problématiques d'addictions (femmes avec enfants, personnes présentant des troubles bipolaires, personnes en état d'ébriété chronique, personnes porteuses du VIH, personnes ayant des problématiques judiciaires et personnes sans domicile) ; le constat de départ étant que les résultats des études sur le *case management* pour des personnes présentant des addictions ne sont pas consensuels (63).

L'ICM a des résultats significatifs sur le logement, les consommations, la santé physique et mentale et la qualité de vie pour les personnes sans domicile avec une dépendance à l'alcool mais les résultats sont parfois peu importants et peu supérieurs à ceux du *case management* standard.

L'ICM a des résultats significatifs sur la réduction des coûts de santé, l'amélioration du fonctionnement psychosocial et la diminution des consommations pour les personnes avec des problématiques

mentales sévères et des addictions par rapport à un programme de rétablissement. Les auteurs insistent sur l'importance d'une solide implantation du programme pour l'obtention de résultats.

L'ICM limite la récidive et améliore l'adhésion aux traitements pour les personnes sous main de justice avec des addictions, par rapport aux formes moins intensives de *case management*. Les résultats pour les personnes porteuses du VIH sont non significatifs. Pour autant, les auteurs indiquent que l'ICM peut lier les personnes utilisatrices de drogues et porteuses du VIH aux services de soins, même si au regard des problématiques complexes de ce public les résultats restent modestes.

L'ICM montre des résultats prometteurs pour les femmes enceintes souffrant d'addictions. Ces résultats doivent s'inscrire dans le temps. Les études européennes confirment l'intérêt de l'ICM pour les personnes avec des addictions et la nécessité de travailler dans la durée.

Même si l'ICM ne montre pas toujours des résultats plus probants que le groupe témoin, il permet dans le temps une réelle amélioration concernant l'utilisation appropriée des services par les personnes, la réduction des coûts de santé et la satisfaction des patients. L'implantation de ce service dans le réseau et l'environnement est essentiel à sa bonne mise en œuvre. Il fonctionne moins bien pour des personnes avec des besoins élevés (long passé de sans-abrisme, problèmes médicaux et d'addictions).

Concernant l'ACT, la plupart des études sont des ECR. Les résultats sont positifs pour les personnes souffrant de troubles bipolaires sur la consommation de produits et la qualité de vie. Ces résultats sont moins significatifs que le SCM sur les deux premières années et plus significatifs à trois ans.

L'approche par les forces montre des résultats sur l'adhésion aux soins et le suivi des traitements. Les autres résultats (emploi, justice, consommations, diminution des problèmes psychologiques) ne se maintiennent pas dans le temps, dans l'ensemble des sous-groupes.

Le *case management* standard permet pour les personnes sans domicile, y compris les femmes sans domicile, une adhésion dans le temps aux traitements, une diminution des consommations d'alcool, un meilleur accès aux soins, à l'emploi et au logement (mais certains résultats ne se maintiennent pas dans le temps). Le SCM est efficace sur l'accès aux traitements et le maintien dans le soin pour les injecteurs de drogues, les femmes enceintes et les personnes souffrant d'addictions. Il est efficace sur la récidive.

Une seule étude concerne le *brokerage case management*, les résultats ne sont donc pas significatifs. Mais lorsque ce modèle est utilisé pour les groupes contrôles, il n'est pas moins efficace que des modèles plus spécialisés.

Concernant le *case management* clinique, les preuves sont faibles, mais il montre des résultats concernant les consommations, l'état de santé physique et psychiatrique et la capacité d'emploi, et améliore l'accès aux soins des utilisateurs réguliers des services d'urgence.

Les auteurs concluent que les ECR (à plus fort niveau de preuves) ont souvent échoué à montrer la plus-value du *case management*, notamment sur de longues périodes, mais que cela peut être lié à la mauvaise implantation du modèle.

Plusieurs études montrent que pour que les résultats soient probants pour des populations à besoins élevés, le *case management* doit être maintenu dans le temps.

Le maintien dans le programme de *case management* des personnes est essentiel pour l'obtention de résultats. Ce maintien est lié à la qualité de la relation avec le *case manager*, la compréhension et la flexibilité du programme, et à une intervention centrée sur les objectifs de la personne.

Enfin, les auteurs rappellent que le rôle initial du *case management* est de proposer un soutien aux personnes et de les relier avec leur environnement. Il est peut-être trop optimiste de penser que le *case management* puisse avoir des effets significatifs et durables sur le fonctionnement des personnes.

Une étude observationnelle compare les résultats de deux programmes, un ACT et un CTI, sur la réduction du sans-abrisme et le rétablissement pour des personnes avec des troubles concomitants (psychiatrie et addictions) présentant des besoins élevés (99). Ces deux modèles d'accompagnement sont mis en œuvre dans le cadre d'un programme *housing first*.

Les deux programmes ont des résultats sur la stabilité dans le logement. La CTI a des résultats sur la diminution des symptômes psychiatriques, la consommation d'alcool et la consommation de drogues. L'ACT n'en a pas, mais les personnes incluses dans ce programme présentaient des besoins moins élevés en termes de troubles psychiatriques et d'addictions.

Les équipes identifient le référent comme un facilitateur dans le modèle CTI car la durée de prise en charge est courte, et estiment que l'accompagnement sur le long terme permet la construction d'une relation de confiance, alors que l'intervention brève (neuf mois maximum) oblige les personnes à plus d'indépendance.

Tableau de synthèse des résultats de la littérature concernant l'efficacité du *case management* et des approches par le logement

Étude	Type d'étude	Inter- vention	Comparateur	Population	Résultats
(76)	Méta-analyse	ACT	SCM	Personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques	Diminution du sans-abrisme Diminution de la gravité des symptômes psychiatriques Diminution des durées d'hospitalisation Augmentation du nombre d'hospitalisations
Penzenstadler 2018	Revue systématique	ACT	Variables de contrôle différentes selon les études analysées	Personnes sans domicile souffrant d'addictions	Résultats mitigés sur l'efficacité de l'ACT auprès de cette population ACT améliore la qualité de vie
(78)	Étude prospective longitudinale	ACT		Personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères sans-abri ou ayant connu le sans-abrisme	Une fidélité élevée au modèle ACT améliore l'état de santé et de fonctionnement social des personnes et baisse le nombre de jours sans-abri Une bonne organisation d'équipe est plus efficace en termes de résultats pour les personnes accompagnées
(65)	Essai contrôlé randomisé	CTI	Accompagnement standard	Personnes sans domicile sortant de centres d'hébergement et souffrant de troubles psychiatriques	Résultats importants sur la stabilité dans le logement y compris après la fin de l'intervention Effets sur la santé psychique très limités Résultats sur la continuité des soins
(66)	Essai contrôlé randomisé	CTI	Accompagnement standard	Personnes sortant de logements psychiatriques de transition	Réduction durable des risques de réhospitalisation
(67)	Essai contrôlé randomisé	CTI	Accompagnement standard	Personnes sortant de logements psychiatriques de transition	Amélioration de la stabilité de la relation avec le médecin ou le <i>case manager</i> qui permet de diminuer le risque de sans-abrisme et de réhospitalisation

Étude	Type d'étude	Inter- vention	Comparateur	Population	Résultats
(68)	Essai contrôlé randomisé	CTI	Groupe témoin randomisé	Personnes sortant de logements psychiatriques de transition	Amélioration modeste des liens de l'individu avec son entourage Diminution des réhospitalisations
(69)	Essai contrôlé randomisé	CTI	Accompagnement standard	Personnes sortant de logements psychiatriques de transition	Diminution très significative du risque de sans-abrisme
(73)	Revue systématique	SBCM	Accompagnement standard (3) Mesures de référence (2) <i>Delayed-intervention control group</i> (1) ACT (1)	Personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères	Réduit le taux d'hospitalisation Augmente l'utilisation des services ainsi que la satisfaction à leur égard Améliore les attitudes favorables au rétablissement Améliore l'emploi et la réussite scolaire
(74)	Étude prospective longitudinale	SBCM		Personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères	Effet positif sur le taux d'emploi Effet positif sur les hospitalisations psychiatriques sur 18 mois Effets positifs sur le taux d'éducation postsecondaire
(98)	Revue systématique	HSP ACT ICM	Accompagnement standard	Personnes souffrant de troubles psychiatriques sans-abri ou ayant connu le sans-abrisme	Baisse du nombre de jours à la rue et des hospitalisations (HSP, ACT, ICM) Supériorité des approches fournissant un logement pour la stabilité résidentielle Effets positifs sur l'accès aux services (HSP, ACT, ICM) Effets positifs sur le bien-être et la qualité de vie (ACT, ICM)
(64)	Revue systématique	ACT ICM		Personnes sans domicile souffrant d'addiction ou de troubles	Amélioration de la stabilité résidentielle

Étude	Type d'étude	Inter- vention	Comparateur	Population	Résultats
		SCM CTI		psychiatriques ou cumulant les deux problématiques	ACT et CTI ont un effet positif sur la réduction des symptômes psychiatriques ACT apparaît plus adapté aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale Pas d'impact sur la participation à la vie sociale
(63)	Revue systématique	SCM ACT ICM SBCM BCM CCM	Accompagnement standard ou les uns par rapport aux autres	Personnes souffrant d'addictions	ICM — Fonctionne pour personnes sans domicile, avec des addictions à l'alcool ou des problématiques de santé mentale sévères, et personnes sous main de justice (en lien avec des consommations) — Résultats : sur le logement, les consommations et la qualité de vie — Résultats plus mitigés pour les personnes porteuses du VIH — Résultats prometteurs à confirmer pour femmes enceintes — Nécessité d'un accompagnement dans le temps pour des résultats probants ACT — Fonctionne pour les personnes avec des troubles bipolaires mais sur la durée (au bout de deux ans, le SCM donne plus de résultats, l'ACT en donne plus au bout de trois ans) SBCM — Efficace surtout pour l'adhésion aux soins et aux traitements (à utiliser pour les personnes qui ne présentent pas au départ de motivation au changement) et l'employabilité

Étude	Type d'étude	Inter- vention	Comparateur	Population	Résultats
					SCM — Efficace pour le maintien dans le soin sur le long terme, notamment pour les personnes sans domicile, les femmes, les injecteurs de drogue — Efficace sur la récidive pour les personnes avec des problématique de justice BCM — Effet sur l'entrée dans le traitement et la mise en relation avec les services CCM — Réduction de l'utilisation des services d'urgence — Amélioration de la santé et de l'accès aux soins
(99)	Comparaison de deux programmes HSP	ACT CTI	Mise en œuvre / à six mois	Personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions	Augmentation du nombre de jours dans le logement (ACT et CTI) Importance des approches fournissant un logement pour la stabilité résidentielle Effets positifs sur la réduction des symptômes psychiatriques (CTI) Effets positifs sur la réduction des addictions (CTI)

ACT : assertive community treatment

SCM : standard case management

CTI : critical time intervention

SBCM : strengths-based case management

HSP : housing and support programs

ICM : intensive case management

BCM : brokerage case management

CCM : clinical case management

3.1.1.4. Quelques éléments pour le choix d'un modèle d'accompagnement

Les études d'efficacité et d'efficience des différents modèles sont nombreuses et les résultats parfois contradictoires.

La littérature retient les éléments suivants.

Une nécessaire fidélité au modèle

La fidélité au modèle pour l'obtention de résultats est décrite comme essentielle dans plusieurs modèles (78) (88) même si l'adaptation au contexte local et culturel est également un élément produisant des résultats. Cette nécessaire fidélité adaptée au contexte est reprise dans une « évaluation rapide des preuves de ce qui fonctionne dans les services pour les personnes sans domicile » produite par le Social Care Institute for Excellence (100).

Concernant l'ACT, Dixon (101) en propose une synthèse après 50 ans de mise en œuvre. L'auteur note que le programme a largement été disséminé, et que les résultats obtenus ont été très divers, mais que l'obtention des meilleurs résultats était toujours corrélée à une plus grande fidélité au modèle.

Concernant l'approche par les forces, Fukui évalue le rapport entre la fidélité au modèle et les résultats sur les hospitalisations en psychiatrie (74). Cette étude démontre que, sauf pour la capacité à vivre de manière indépendante, les résultats concernant les patients sont intrinsèquement liés à la fidélité au modèle.

Rapp attire l'attention sur deux points majeurs souvent difficiles à répliquer et essentiels pour une efficacité de l'approche par les forces :

- la difficulté à traduire les forces de la personne en plan ou projet pour l'atteinte de ses objectifs ;
- la difficulté à exploiter les forces de l'environnement (71).

Concernant le *housing first* et dans l'évaluation de l'implantation du programme canadien, Nelson note que les études apportent de solides preuves pour conclure que le niveau de mise en œuvre du modèle affecte les résultats obtenus (88).

L'évaluation du Social Care Institut for Excellence (100) s'intéresse à l'étude concernant l'implantation du *housing first* sur cinq sites en Europe et note que les personnes bénéficiant de ce type de programme ont toutes des durées de logement stable sauf le site qui ne présente pas de fidélité au programme.

Dans la revue systématique de 2007, qui évalue les effets des différents modèles de *case management* pour des sous-groupes de personnes avec des problématiques d'addictions, les auteurs lient le manque d'efficacité du *case management* à une mise en œuvre partielle ou incomplète de celui-ci et à une intensité faible d'accompagnement liée à un problème d'équipe (turnover, manque de formation, d'expérience). Ils estiment que cela peut minimiser largement les résultats du *case management* (63).

La transférabilité des modèles

La mesure de la fidélité au modèle permet notamment de déterminer la transférabilité de celui-ci. Ainsi, des grilles d'évaluation de la fidélité au modèle ont été développées pour le *housing first*, l'ACT et l'approche par les forces. Ces modèles ont été jugés transférables (74) (101) (85).

La nécessaire formation des équipes

Cette fidélité au modèle implique que les équipes soient correctement formées à ces modèles.

Ainsi, Herman propose dans son article sur l'évaluation de la CTI d'accompagner les organisations qui fournissent des services aux personnes sans domicile fixe en leur fournissant un manuel et des outils de mesure de la fidélité au modèle, des ateliers de formation pour les fournisseurs de services et un soutien continu à la mise en œuvre. Il ajoute qu'une étape importante vers une diffusion à grande échelle de la CTI est la formation du personnel (65).

Alness (102), qui étudie la réplication du modèle ACT aux États-Unis, note que les résultats n'étaient pas atteints lorsque les équipes ne comprenaient pas de personnel en nombre suffisant pour représenter l'ensemble des disciplines nécessaires en santé mentale et quand le personnel n'était pas formé au modèle.

Dans la revue critique de la recherche de 2016 concernant les résultats de l'approche par les forces dans des pays à haut revenu (États-Unis, Canada, Suède) (73), les auteurs concluent que l'adoption d'une approche fondée sur les forces nécessite un changement d'attitude de la part des soignants par rapport à l'attitude ancrée « le clinicien sait mieux que quiconque », et qu'une formation du personnel à l'approche par les forces pourrait donc être utile.

Modèle ACT

De Vet (64) évalue le modèle ACT comme le plus adapté aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui ont des besoins complexes et multiples.

Par ailleurs, les modèles *housing first* proposent souvent un accompagnement de type ACT pour les personnes à besoins élevés et un accompagnement de type ICM pour les personnes à besoins modérés (88).

L'ACT est également recommandé pour les personnes qui ne sont pas en capacité d'accéder elles-mêmes aux services (63).

L'approche par les forces

L'approche par les forces est recommandée pour permettre à des personnes ayant peu de motivation au changement de s'engager dans le soin (63).

Modèle CTI

Les différents résultats de l'essai contrôlé randomisé sur la CTI (66) (67) (68) (69) amènent les auteurs à conclure que la CTI pourrait être adaptée pour d'autres types de transition pour les personnes

atteintes de troubles psychiatriques sévères (sortie d'incarcération, passage de dispositifs de soutien intensif à des dispositifs de soutien moins intensif).

Le social care institut of excellence indique que les facteurs de réussite de la CTI sont : la fidélité au modèle, un travail en partenariat et en réseau proposant un accompagnement global, des aides financières. Les barrières sont : le manque de contact y compris en face-à-face avec la personne suivie, un manque de compétences des travailleurs pour soutenir les personnes avec des besoins complexes, une difficulté pour le responsable de la mise en œuvre du projet à embarquer les autres organisations et parties prenantes (100).

Herman indique que la CTI semble être compatible avec les approches « logement d'abord » ainsi qu'avec les efforts visant à améliorer la pratique de la planification des sorties de divers établissements de santé ou de services sociaux et correctionnels, néanmoins les moyens spécifiques par lesquels la CTI peut être utilisée pour compléter ces initiatives restent à définir (65).

Le case management standard

Le *brokerage case management* semble avoir des effets sur le traitement initial et la création de liens avec les services. Il est donc recommandé dans ce but (63).

Les dispositifs « logement d'abord »

Dans une revue de littérature de 2007 (98) évaluant les effets comparés des modèles d'accompagnement par le logement, d'ACT et d'ICM, les auteurs indiquent qu'il existe des preuves grandissantes que des interventions spécifiques fondées sur l'approche par le logement permettent d'améliorer les relations sociales, l'emploi et l'éducation. La pratique et la recherche en santé mentale devraient se concentrer sur le développement de ce type d'interventions et identifier les composantes clés contribuant à leur efficacité.

L'étude observationnelle menée par Clark conclut que le logement est essentiel à la mise en œuvre des deux programmes ACT et CTI pour prévenir le sans-abrisme et aider au rétablissement pour des personnes sans domicile présentant des troubles concomitants (psychiatrie et addictions) et des besoins élevés (99).

La revue systématique menée par Fitzpatrick (34) examinant les interventions visant à améliorer l'accès à la santé et aux soins pour les personnes sans-abri ou à risque de le devenir indique que les politiques sanitaires et sociales qui incluent l'offre de logements en tant qu'intervention peuvent être efficaces pour améliorer la santé et le maintien dans le logement. La revue systématique permet d'affirmer que les modèles intégrant l'accès au logement et des services de soutien sur place semblent être les plus efficaces pour atteindre les personnes sans domicile et les aider à conserver un logement sur le long terme.

L'étude de Parker (62) comparant les écarts entre les services reçus et les services dont auraient besoin les personnes chroniquement sans domicile conclut que les programmes *housing first* semblent apporter une réponse adaptée aux personnes chroniquement sans domicile : les besoins de santé et

d'accompagnement de ceux-ci sont bien plus en phase avec les services reçus que dans le groupe cible.

3.1.2. Développement des compétences psychosociales et pouvoir d'agir

3.1.2.1. Le développement du pouvoir d'agir

Il s'agit d'une intervention développée dans les pratiques sociales à partir des années 1970 en Amérique du Nord à la suite d'une montée de la contestation des pratiques sociales traditionnelles reprochant aux personnes leur non-capacité à sortir de leur situation de dépendance aux aides qu'elles reçoivent.

Ce modèle a été testé en Amérique du Nord et en France, notamment dans la protection de l'enfance. Les ACT de Nouvelle-Aquitaine travaillent actuellement à la modélisation d'un accompagnement favorisant le développement du pouvoir d'agir en ACT.

Ce modèle postule que les solutions des personnes concernées sont les plus opérantes pour elles-mêmes. Pour aider au développement du pouvoir d'agir, il est nécessaire de prendre en considération l'influence des forces sociales (cadre législatif, contexte politique, ressources, etc.) et les capacités des personnes à exercer leur pouvoir d'agir (compétences, désir d'agir, perception des opportunités d'action, etc.) et d'évaluer en quoi ils confinent les personnes en difficulté dans une situation d'impuissance.

L'objectif du développement du pouvoir d'agir est de permettre **aux personnes d'accéder ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient et instaurer un changement qui leur est bénéfique.**

Dans ce modèle, la personne est mise en situation de réussir, ainsi elle ne pourra nier sa réussite et cela inversera sa spirale de détérioration du rapport à l'action. Cette mise en situation d'agir s'adapte à la temporalité de la personne et ne doit pas être trop rapide pour ne pas l'exposer à l'échec. La cible du changement ainsi que le rythme et la nature des démarches sont négociés avec la personne. Les expertises de l'intervenant et de la personne sont complémentaires. Il n'existe aucune solution valable indépendamment des contextes et du profil des personnes concernées. L'intervenant met en œuvre les conditions permettant aux personnes concernées d'accéder à une compréhension des éléments ayant contribué à leur difficulté et d'en dégager des enseignements susceptibles d'être utilisés par la suite sans aide de professionnels (103).

3.1.2.2. Les compétences psychosociales : un outil pour développer le pouvoir d'agir

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé a défini les compétences psychosociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Une étude montre que les approches facilitant le développement des compétences psychosociales et l'acquisition de compétences de la vie courante sont adaptées aux personnes anciennement sans domicile avec des problématiques de santé mentale et montrent des résultats positifs (104).

Le Focus Santé de juin 2016 (105) s'intéresse aux compétences psychosociales des adultes dans la promotion de la santé. Il ajoute à cette définition la notion de transformation personnelle et sociale, les compétences psychosociales permettant d'agir en société, de s'adapter à son environnement et de pouvoir le transformer. Une compétence est psychosociale si elle est d'ordre social, affectif ou cognitif. Selon les auteurs du Focus Santé, soutenir le développement des compétences psychosociales permet de développer le pouvoir d'agir des personnes, ce qui leur permet d'influencer positivement les facteurs déterminant la santé.

Le contexte social influence fortement le développement des compétences psychosociales. Les contextes défavorisés sont peu propices au développement de ces compétences. Par ailleurs, un changement rapide de contexte (migration par exemple) peut entraîner une difficulté à l'exercice des compétences psychosociales acquises (perte de statut social, du soutien communautaire, moindre connaissance des rouages, accès à la langue...). Par ailleurs, les discriminations sociales (exclusion, racisme, stigmatisation) peuvent entraîner une dévaluation par les personnes elles-mêmes. Le travail sur les compétences psychosociales nécessite de prendre en compte l'environnement et pas uniquement les personnes concernées.

Soutenir le développement et l'exercice des compétences psychosociales des adultes constitue un levier de promotion de la santé. C'est un moyen d'augmenter les ressources des personnes en vue d'agir favorablement pour leur santé dans leurs choix de vie, cela favorise les possibilités d'action individuelle et collective sur les déterminants de santé.

Le document propose des pistes d'action pour soutenir le développement des compétences psychosociales :

- se questionner sur la place réelle de la personne dans l'organisation de l'institution. Il faut une cohérence entre les valeurs et les pratiques ;
- développer une communication claire et adaptée, s'initier à l'écoute active, simplifier les procédures ;
- valoriser les temps informels ;
- adopter une posture professionnelle bienveillante : regard positif et non-jugement permettent l'instauration d'un climat de confiance et de dépasser les stéréotypes ;
- s'appuyer sur les potentialités des personnes ;
- développer des espaces collectifs pour créer un lieu sécurisant propice à l'expression, permettant la création ou le renforcement des liens sociaux et encourageant la coopération, valorisant l'échange de savoirs, de pratiques et de connaissances, encourageant les capacités de raisonnement et la réflexivité des participants ;
- préparer les personnes à interagir avec l'environnement extérieur ;
 - en favorisant l'expérimentation, fondée sur le volontariat ;
 - en soutenant le transfert (c'est-à-dire la capacité à exercer en situation réelle les acquis des situations antérieures).

Une revue qui s'appuie uniquement sur des essais contrôlés randomisés évalue l'apport des programmes visant à développer les compétences sociales pour les personnes schizophrènes (106). Les

programmes de développement des compétences sociales utilisent les principes et les techniques des thérapies comportementales pour apprendre aux personnes à communiquer leurs émotions et leurs demandes afin de leur permettre d'atteindre leurs objectifs, de leur permettre de développer un réseau relationnel et les compétences nécessaires pour vivre de manière indépendante. Cela inclut « l'apprentissage de modèles » tels que des comportements physiques : contact visuel, débit de parole, gestes et des comportements sociaux (gérer les émotions négatives, émettre des feed-back positifs)...

Les résultats montrent que les améliorations du fonctionnement social sont peu documentées dans l'ensemble des études. Le développement des compétences sociales diminue les décompensations et les réhospitalisations. Les effets sur l'amélioration de l'état psychique ne sont pas démontrés. Le développement des compétences sociales semble améliorer l'état de santé global, le fonctionnement général et la qualité de vie. Mais les auteurs insistent sur la fragilité des résultats à ce stade et sur l'impossibilité à conclure de manière très affirmative.

3.1.3. L'approche par les pairs

Dans le modèle « Un chez-soi d'abord », les équipes intègrent obligatoirement des travailleurs pairs occupant la fonction de médiateurs de santé pairs.

L'abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche sur le programme « Un chez-soi d'abord » en France (107) met également en avant la nécessité de clarifier le statut du pair et de le reconnaître dans sa spécificité. Les auteurs mettent en avant un décalage entre ce qui est attendu du pair et la reconnaissance qui lui est accordée, qui peut mettre celui-ci en difficulté.

Les auteurs indiquent cependant que ce programme démontre la faisabilité et l'intérêt d'associer des travailleurs pairs aux équipes, et notamment que ceux-ci permettent de « créer du lien de compréhension » pour transmettre l'espoir qu'« il est possible de se rétablir ».

Le rapport final de recherche évaluative qualitative d'un programme visant à former et embaucher des médiateurs de santé pairs (MSP) dans des établissements de santé mentale (108) montre également la faisabilité de l'intégration de travailleurs pairs dans des équipes soignantes et l'intérêt pour l'évolution des représentations sur la maladie et les pratiques de soins et sur le vécu des patients par rapport aux soins et au rétablissement. Par ailleurs, les auteurs proposent les pistes d'amélioration suivantes :

- nécessité de cadrer les missions des MSP en clarifiant leur fiche de fonction, leur statut, leurs droits et devoirs de stagiaires puis de salariés, les critères d'évaluation des stages et l'organisation de la transition. Mais nécessité également d'adapter les fiches de fonction au poste occupé et au contexte d'intervention, et nécessité de préparer les équipes à l'accueil des MSP et de les associer au processus de formation et à la rédaction de la fiche de poste ;
- importance de la formation et de l'association à celle-ci des équipes soignantes. Les auteurs recommandent que les équipes accueillant les MSP participent à leurs enseignements, que la formation permette plus d'échanges entre les MSP, que la formation leur permette d'acquérir des compétences sur le fonctionnement des institutions et les addictions. La formation devrait également leur permettre de mieux comprendre l'intérêt de la construction collective des savoirs ;
- importance d'un soutien des MSP qui prenne la forme d'une supervision ou de formation continue pour leur offrir des espaces de construction collective de leurs pratiques et des espaces de construction avec les équipes.

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) ont produit un guide pour le développement du travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement (109).

Ce guide présente la plus-value du travail pair dans le travail d'équipe.

La présence d'un travailleur pair :

- aide à mieux répondre aux besoins des publics car le travailleur pair dispose des codes lui permettant de comprendre les institutions et les personnes accompagnées. Cela permet un meilleur accès des personnes à l'ensemble des droits et services auxquels elles peuvent prétendre ;
- permet de mieux comprendre les comportements et les pratiques des personnes accueillies et accompagnées et d'évaluer plus rapidement les besoins et les risques ;
- apporte de la proximité et modifie les rapports sociaux et la distance aux publics dans les pratiques traditionnelles du travail social ;
- facilite la régulation en cas de conflit entre personnes accompagnées et entre les personnes accompagnées et les équipes ;
- favorise la pluridisciplinarité dans les équipes et des réponses d'accompagnement diversifiées ;
- implique le renouvellement des pratiques des équipes et peut être source d'innovation (développement de nouveaux services par exemple) : la présence d'un travailleur pair pousse à une remise en question permanente au sein des structures.

Le travailleur pair est donc un vecteur de transformation des structures elles-mêmes.

Le guide pose également les conditions de la réussite de l'intégration des travailleurs pairs.

Le cadre d'intervention est primordial pour la mise en œuvre du travail pair. La reconnaissance des savoirs de l'expérience comme utiles et légitimes par l'équipe et l'institution est un préalable :

- les travailleurs pairs doivent être considérés comme des salariés à part entière et comme des intervenants sociaux ;
- les raisons qui conduisent à recruter un pair sont identifiées ;
- le cadre d'intervention du pair et sa fiche de poste sont clairs pour lui et les autres membres de l'équipe, ses missions sont formalisées, l'intitulé de son poste correspond à ses missions. Sa posture professionnelle en termes de confidentialité et de proximité est clarifiée ;
- l'accompagnement des pairs et des équipes au moment du recrutement et au démarrage des projets est indispensable.

Enfin il propose une réflexion sur la formation des travailleurs pairs :

- la formation pour les travailleurs pairs est un outil, une plus-value pour l'activité, mais elle ne doit pas être une condition ;
- la formation doit s'appuyer sur les besoins identifiés par les travailleurs pairs eux-mêmes et il est important de les associer à l'élaboration des contenus de formation ;
- les outils développés par la formation sont des outils de professionnalisation ou de qualification et respectent « l'essence » du travail pair : le savoir expérientiel ;
- le travail pair doit être intégré à la formation des travailleurs sociaux et autres professionnels et les travailleurs pairs doivent être mobilisés pour coconstruire ces formations.

3.2. Les recommandations de bonnes pratiques pour l'accompagnement des personnes sans domicile

Le Social Care Institut for Excellence (SCIE) a réalisé une évaluation rapide fondée sur l'évaluation et la sélection d'études de haut niveau de preuves pour comprendre ce qui fonctionne dans les services pour les personnes sans domicile (100).

Les types de services efficaces

Sont efficaces les services pouvant proposer un accompagnement intensif et adapté en temps réel aux besoins des personnes. Cela comprend des services de *case management* et des services d'intervention en périodes critiques (CTI). Les services efficaces comprennent des éléments de soutien par le logement et un soutien des personnes dans le logement (bons et aides financières, conseil, accompagnement, médiation avec les bailleurs).

- **Les services de soutien intensif** : les services de soutien par le logement sont efficaces, y compris dans certaines études pour les personnes avec des addictions actives, pour des personnes avec une problématique de santé mentale et pour des minorités ethniques. L'approche centrée sur la personne développée dans ce type de programmes a un impact sur le maintien dans le logement. Ces résultats sont transférables d'un pays à l'autre.
- **Le case management** : plus il est intense, plus les résultats sont probants. Le *case management* fonctionne mieux lorsqu'il est combiné avec une approche par le logement car cela offre une perspective de sécurité sur le long terme.
- **Soutiens financiers au logement** : les études montrent que des aides pour faire face aux dépenses de logement peuvent permettre d'aider les personnes à se remettre sur pied. Cela inclut de la prévention, des réponses en urgence et des aides soutenues pour une frange de la population. Les soutiens financiers sur le long terme montrent de meilleurs résultats, notamment pour les familles. Pour les familles, l'accès au logement est souvent une difficulté financière, liée au manque de logements accessibles.
- **Des services pluridisciplinaires centrés sur les personnes** : ce sont des services spécifiques, calibrés pour répondre rapidement aux besoins des groupes cibles. Dans les services pluridisciplinaires centrés sur la personne sont inclus deux services à destination des jeunes. Ces services permettent un accès plus rapide vers le logement.

Une approche centrée sur les besoins de la personne, dans sa globalité, le soutien d'un *case manager* et un travail partenarial et de réseau permettent d'obtenir des résultats probants.

Pour les personnes avec des besoins faibles

Avoir des services facilement accessibles, capables d'apporter une réponse rapide au bon moment sont des éléments clés, par exemple, proposer un relogement rapide, un logement de transition, une aide financière, un logement dans le secteur privé ou un logement permanent.

Pour les personnes avec des besoins complexes

Les facteurs de réussite sont : la fidélité aux modèles de soutien intensif dont le *housing first*, ainsi que la capacité d'adaptation aux groupes spécifiques et au contexte, la mise en place de *case management* intensif avec un soutien au quotidien, une assistance financière sur long terme, un partenariat développé. La possibilité de choisir son logement est importante et une approche ouverte et non jugeante est essentielle.

Les difficultés sont : la difficulté à répondre aux besoins complexes des personnes, la difficulté à induire un changement dans des comportements enracinés, la difficulté à négocier avec les parties prenantes comme les bailleurs privés pour un accès rapide au logement, la difficulté à développer et maintenir des relations partenariales, la difficulté à conduire le changement culturel, le manque de réponses sur le long terme et le manque de réponses spécialisées pour la prise en charge des problématiques addictives et de santé mentale. Les services de *case management* s'appuyant sur des experts sont par conséquent ceux qui fonctionnent le mieux.

Caractéristiques des services efficaces

- **Fidélité des services aux modèles**, en laissant une place à la flexibilité pour s'adapter aux différents groupes et contextes.
- **Réponse centrée sur la personne**. Le bon service au bon moment : développer une gamme de services ciblés, apporter le bon service au bon moment montre des résultats probants. Cela veut dire apporter des services adaptés aux caractéristiques et aux besoins des personnes, au moment où elles sont prêtes à s'engager dans le changement.
- **Relations en face-à-face** : des relations fortes et développées entre la personne sans domicile et le travailleur social ou travailleur pair sont essentielles. Le professionnel doit être flexible et capable de s'adapter et d'adapter son approche aux besoins de la personne.
- **Des services intégrés** : il faut des services pluridisciplinaires, et qui travaillent en partenariat et en réseau. Si le partenariat dysfonctionne, cela a des conséquences sur l'efficacité du service.
- **Une durabilité et une cohérence du soutien proposé** : les services qui ne s'inscrivent pas dans le temps, le manque de durée du soutien et la cohérence variable du soutien affectent négativement les résultats.

Enfin, les auteurs indiquent que la revue permet de conclure que : reconnaître l'hétérogénéité des personnes à la rue, mettre en œuvre des actions rapides, faire preuve de cohérence, proposer une offre de logement abordable, accompagner vers le logement, et offrir un soutien et des choix centrés sur la personne sont des aspects essentiels dans la mise en œuvre de bonnes pratiques d'accompagnement. Ils indiquent par ailleurs que les personnes ayant connu le sans-abrisme devraient être impliquées dans les évaluations des services et être au centre des dispositions, avec un rôle de médiation et de soutien. Le partenariat doit inclure le secteur de l'aide aux personnes sans domicile, les communautés locales, les organisations volontaires et les services publics, pour mettre en place des stratégies locales intégrées. Les réponses doivent être incluses dans une offre de services durable, globale et multidisciplinaire de façon à ce que les personnes avec des besoins multiples aient plus de chances de trouver une réponse à leurs besoins au moment opportun.

Plusieurs recommandations de l'ANESM donnent également des éléments pouvant être mobilisés pour mettre en place un accompagnement adapté aux personnes sans domicile.

« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (110) : cette recommandation a été conçue comme une recommandation cadre formulant des principes directeurs d'une culture de la bientraitance constituant un socle de référence pour l'ensemble des recommandations du secteur social et médico-social. Cette recommandation pose les grands principes qui suivent.

- L'utilisateur est coauteur de son parcours. Cela implique :

- de donner une réalité à la liberté de choix. La recommandation insiste notamment sur l'importance de respecter les choix de l'usager et de porter une attention particulière à l'accueil, ce temps étant « capital pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement mis en place en faveur de l'usager » ;
 - que l'accompagnement vise l'autonomie ;
 - que la communication est individuelle et collective ;
 - de définir un projet d'accueil et d'accompagnement et de l'évaluer.
- La qualité du lien entre professionnels et usagers est fondamentale. Cela implique :
- le respect de la singularité dans l'accueil de l'usager en s'appuyant sur une équipe formée et qualifiée garante d'une réponse adaptée à l'usager ; une adaptation de l'accompagnement dans le contrat de séjour et une attention portée à la nature et à l'expression de la relation affective ;
 - une vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité des usagers ;
 - un cadre institutionnel stable.
- Les accompagnements s'enrichissent de l'ensemble des contributions internes et externes. Cela implique de :
- travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'usager avec ses proches. Créer un environnement qui prend en compte l'entourage, créer des lieux ou des occasions qui permettent de reprendre, maintenir et conforter des liens affectifs avec les proches, entendre et comprendre les demandes et besoins familiaux, maintenir des positionnements neutres et sans jugement de valeur, aider les personnes isolées à se créer un réseau social ;
 - s'articuler avec les ressources extérieures. Ouvrir la structure à des ressources extérieures et développer les partenariats, organiser une articulation avec les visiteurs réguliers, mettre en place des outils de recueil des perspectives extérieures et développer la mutualisation des expériences entre les structures ;
 - promouvoir l'expression et l'échange de perspectives. Solliciter les usagers afin qu'ils formulent leurs souhaits dans les instances représentatives, mettre en place des lieux d'échange où professionnels, familles ou proches et usagers peuvent croiser leurs regards, promouvoir la participation en rendant visible le lien entre les avis des personnes et l'évolution du fonctionnement de la structure, encourager la participation aux échanges par une sollicitation régulière et respectueuse ;
 - ouvrir à l'évaluation et à la recherche. Recueillir les données pertinentes et ouvrir les structures à des actions d'évaluation et de recherche.
- Les professionnels doivent être soutenus dans leur démarche de bientraitance. Cela implique de :
- promouvoir la parole de tous ;
 - aider à la prise de recul ;
 - construire un projet d'établissement avec l'équipe, garant de la bientraitance.

« Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux » (111) : cette recommandation rappelle la nécessité de réaffirmer la position centrale d'acteur de la personne accompagnée et de donner des repères aux professionnels. Le questionnement éthique permet d'établir des valeurs et des principes d'accompagnement articulant des composantes personnelles, professionnelles et institutionnelles. La réflexion éthique est un soutien à l'organisation de l'établissement car elle

donne du sens aux pratiques d'accompagnement ; elle crée des espaces dans lesquels le professionnel (au sein de l'équipe) peut s'interroger sur sa pratique. Elle est un processus de va-et-vient entre un cas singulier et un thème général et doit soutenir l'organisation de l'établissement. La recommandation donne des outils et des facilitateurs pour mettre en œuvre une réflexion éthique : implication de l'ensemble des personnes participant à la vie de l'établissement, ouverture sur le partenariat...

« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (112) : cette recommandation rappelle le droit de la personne à bénéficier d'un projet d'accompagnement qui soit le sien et qui soit défini autour de ses attentes, besoins et priorités. La recommandation propose ensuite des clés et des outils pour prendre en compte la participation des personnes à leur projet tout au long de la prise en charge. Elle insiste notamment sur l'enjeu des premiers contacts dans la relation de confiance et l'importance de respecter la temporalité de la personne, son droit à une certaine réserve et son droit à choisir les éléments qu'elle souhaite délivrer. Dans la construction du projet, la recommandation rappelle l'importance de se placer en position de reconnaissance mutuelle, d'oser aborder les questions sensibles, d'intégrer les habitudes de vie de la personne et d'encourager les essais. Dans la mise en œuvre du projet, la recommandation précise que le rôle actif des personnes doit être encouragé, le projet doit être coévalué. Par ailleurs, les personnes doivent être encouragées à formaliser elles-mêmes si elles le peuvent leurs objectifs. La recommandation indique que le projet doit engager la personne et non l'obliger.

« Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale » (113) : cette recommandation insiste sur la nécessité d'identifier avec la personne les droits auxquels elle peut prétendre, de lui donner une information claire et accessible sur ceux-ci, sur les démarches à mettre en œuvre pour y prétendre et sur les contraintes engendrées par ces droits. L'accès aux droits est dépendant des souhaits et des capacités de la personne. L'accès aux droits doit être soutenu mais pas imposé par l'établissement. Enfin, l'établissement doit renforcer les capacités d'acteur de la personne, dans le respect de sa temporalité et en favorisant les situations lui permettant d'agir.

« Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (114) : cette recommandation propose de préparer l'accueil de la personne en amont par une phase de présentation de l'établissement. Elle propose de maintenir une continuité avec les intervenants extérieurs même si les prestations sont proposées par l'établissement. Elle insiste sur l'importance d'un espace personnel ou familial identifié. Lorsque celui-ci n'est pas possible, elle recommande un espace personnel au sein de l'espace de vie partagé, respecté par les professionnels, et elle recommande de rechercher l'accord des usagers sur leur compagnon de chambre ainsi qu'un aménagement limitant la proximité. Enfin, elle recommande que les personnes puissent aménager leur espace. Concernant l'organisation des espaces collectifs, la recommandation indique que ceux-ci doivent être modulables et permettre aux personnes de se retrouver en petits groupes. Elle rappelle que les usagers peuvent être impliqués dans l'organisation de la vie collective.

« Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » (115) : cette recommandation, la première produite par l'ANESM posait déjà comme condition préalable à la participation, une culture partagée par tous de celle-ci, et proposait de favoriser les pratiques d'auto-organisation pour permettre aux personnes de reprendre un certain pouvoir sur leur environnement.

L'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Grand Est a conçu un cadre méthodologique pour intervenir avec des personnes en situation de précarité (116). Ce document identifie des critères éthiques spécifiques à l'intervention avec des personnes en situation de précarité et

propose une méthodologie pour la construction, la mise en œuvre et l'évaluation de projets à destination de publics en situation de précarité.

Les critères éthiques sont :

- l'écoute active, technique de communication consistant à utiliser le questionnement et la reformulation ; dans un lieu adapté, elle permet d'agir sur les difficultés ;
- la prise en compte de la personne dans sa globalité ;
- la reconnaissance des compétences des personnes, qui peuvent les utiliser au service des autres ou de l'établissement ;
- une posture de non-jugement, bienveillante ;
- la création d'un lien de confiance, qui passe également par la mise en place de temps informels propices à la rencontre ;
- le développement de l'aller-vers, en formant les professionnels à des pratiques d'accompagnement positif et global en santé et pour mieux comprendre les personnes en situation de précarité ;
- l'action contre le refus de soins.

Les critères méthodologiques garants de la qualité d'un projet sont :

- l'analyse de la situation en s'appuyant sur les constats et observations des professionnels, les réponses existantes, et les paroles et attentes exprimées par les personnes ;
- la participation du public à la construction du projet et sa mobilisation tout au long du projet ;
- pour la mise en œuvre du projet, il est important de : créer un lien social, veiller à la justice sociale, s'appuyer sur des leviers autres que la santé, privilégier des échanges en petits groupes, veiller à la qualité de l'animateur et de l'environnement, limiter les communications numériques ;
- une évaluation du projet comprenant l'évaluation du processus et du résultat.

Devant le constat du vieillissement précoce des personnes sans domicile, le Samu social de Paris a élaboré 15 propositions (117) pour accompagner les personnes sans domicile vieillissantes. Ces propositions recommandent de :

- faciliter l'accès aux structures de droit commun des personnes sans domicile vieillissantes en facilitant l'accès aux aides légales et en simplifiant et rationalisant les démarches administratives ;
- renforcer la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social en formant les équipes sociales aux problématiques du vieillissement, les équipes sanitaires et médico-sociales aux problématiques des personnes de la rue et en développant des dispositifs d'interface ;
- développer des dispositifs intermédiaires entre les centres d'hébergement et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (prise en charge temporaire dans un Ehpad avec accompagnement social des structures pour personnes sans domicile, ou création de structures spécifiques pour les personnes sans domicile vieillissantes adossées à un Ehpad).

3.3. Quelques outils pour la mise en œuvre d'un accompagnement adapté

Il s'agit ici de présenter, à titre d'exemple, quelques outils utilisés par les établissements et ayant fait l'objet d'évaluation, et non de dresser une liste exhaustive des outils existants. Certains outils se rattachent aux modèles d'accompagnement présentés ci-dessus, d'autres se veulent au service de l'auto-évaluation et du développement du pouvoir d'agir des personnes.

3.3.1. Des outils d'évaluation des ressources et des besoins

La grille d'évaluation des forces pour la mise en œuvre de l'approche par les forces : l'université du Kansas a développé une grille permettant à la personne de mesurer ses forces et ses ressources¹⁵. Cette grille permet aux personnes de mesurer les ressources actuelles et les ressources développées et utilisées dans le passé dans les domaines de la vie quotidienne, du budget, de la formation, des relations sociales, du bien-être / de la santé, des loisirs et de la spiritualité. Ces forces sont mises en lien avec les objectifs et les aspirations de la personne.

L'outil Eladeb (échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins)

Cet outil a été conçu pour répondre à un manque d'outils francophones faciles d'utilisation pour l'évaluation globale des besoins des patients de la psychiatrie (118). Via un tri de cartes, il cherche à mesurer de façon quantitative les difficultés et besoins (entendus comme un souhait ou une demande d'aide non satisfaits) des patients dans 18 domaines de vie qui peuvent se regrouper en trois domaines :

- les activités de la vie quotidienne (lieu de vie, finance, déplacements, travail, temps libre) ;
- la vie sociale et relationnelle (famille, enfants, relations sentimentales, connaissances et amitiés) ;
- la santé (santé physique et mentale, hygiène personnelle, alimentation).

Cette échelle, fondée sur un tri de cartes effectué par le patient, permet d'identifier ses difficultés, de les classer selon l'importance et d'identifier le type d'aide qui lui paraît nécessaire (professionnels, famille, connaissances) pour surmonter la difficulté. Cela permet de repérer les écarts entre les difficultés identifiées par le patient et ses demandes d'aide. Cette échelle a été évaluée et validée.

L'outil Aeres (auto-évaluation des ressources)

Cet outil s'appuie sur le postulat que les ressources sont des éléments protecteurs face aux troubles psychiatriques et des éléments moteurs de la qualité de vie et du bien-être. Le suivi psychologique visant le rétablissement personnel doit ainsi avoir pour objectif de « favoriser le renforcement des ressources existantes ou le développement de nouvelles ressources ». Il est donc important de développer des outils d'évaluation des ressources. Or, d'après les auteurs, aucun instrument francophone ne proposait un profil général des ressources et aucun n'était adapté à une population clinique spécifique. Des outils anglo-saxons existent mais ne sont pas des échelles spécifiques d'évaluation des

¹⁵ Pour plus d'information sur l'approche par les forces, vous pouvez consulter le site suivant : <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/approche-par-les-forces/>

ressources (119). De la même façon que les difficultés et besoins, les ressources sont classées en trois catégories (reprenant pour l'essentiel les catégories définies dans l'approche par les forces) :

- caractéristiques et qualités personnelles ;
- loisirs et passions ;
- ressources sociales ou environnementales.

Cet outil s'appuie également sur un tri de cartes (jugé comme plus accessible aux personnes avec des troubles psychiques). Les patients évaluent la présence ou non des ressources et leur degré de contribution à leur rétablissement ainsi que les ressources qu'ils souhaitent développer. Cette échelle a été évaluée et validée.

3.3.2. Les plateformes numériques permettant l'évaluation des besoins et de la mise en œuvre d'un projet personnalisé

Le projet Baromètre¹⁶

C'est un outil qui met en lumière les forces et les progrès de la personne dans son environnement et permet de réaliser et d'afficher un portrait visuel de la situation de l'utilisateur. Il permet à la personne d'évaluer, seule ou accompagnée, ses ressources et compétences (ou forces).

Il permet à la personne de visualiser :

- sa qualité de vie (qui comprend ses besoins essentiels, sa santé, l'estime de soi, la vie sociale et le projet de vie). Le portrait visuel de la qualité de vie est généré par les réponses de la personne à un questionnaire, la personne pouvant prioriser les domaines qui sont importants pour elle ;
- son réseau social, en prenant en compte la fréquence des relations, la qualité de celles-ci et leurs évolutions dans le temps.

Il lui permet d'être active dans la mise en œuvre de son plan d'action personnel. La personne peut se fixer des objectifs et des actions concrètes avec des échéances et ensuite évaluer les actions qu'elle a accomplies ou les réajuster.

Enfin, le Baromètre permet à la personne d'identifier ses forces mobilisables pour améliorer sa qualité de vie. Le logiciel lui permet de saisir son rêve et ses aspirations et de lister ses qualités, intérêts et compétences ainsi que les opportunités de l'environnement et les ressources de la communauté.

Pour les intervenants, c'est un outil de partage en équipe et avec la personne qui permet de rester centré sur les choix de celle-ci. C'est un outil personnalisé au service du rétablissement et de la mise en œuvre d'une approche collaborative centrée sur les forces qui permet d'évaluer les ressources de la personne, sa qualité de vie, son réseau social et de définir son projet.

L'outil ACX

En France, une association a développé un outil numérique, ACX¹⁷, visant à mieux coordonner l'action d'une équipe pluridisciplinaire autour du projet de la personne en priorisant avec elle ses besoins. Autour du repérage et de la hiérarchisation des besoins, l'équipe et la personne peuvent évaluer les

¹⁶ Pour plus d'information sur l'outil Baromètre, vous pouvez consulter le site suivant : <https://www.projetbarometre.com/retab/login?ref=>

¹⁷ Pour plus d'information sur l'outil ACX : <https://www.youtube.com/watch?v=nKPsAIQZQQM&feature=youtu.be>

forces et coconstruire les moyens à mettre en œuvre pour répondre à ces besoins. L'outil a pour objectif de coconstruire ainsi le projet personnalisé. Une étude de l'impact d'ACX sur l'accompagnement s'appuyant essentiellement sur les témoignages (équipes et résidents) a été réalisée par l'institut régional du travail social (IRTS) de Poitou-Charentes (120). Cette étude avait pour problématique centrale l'amélioration de l'accompagnement que les équipes de Cordia réalisent avec ACX pour l'autonomie des résidents. L'étude montre qu'à ce stade, ACX est un outil et non un moyen d'accompagnement qui peut être efficace sous certaines réserves dans le développement du pouvoir d'agir de certains résidents. Cependant les auteurs de l'étude précisent que certaines questions ne peuvent être traitées au regard de l'utilisation encore peu développée du logiciel, et proposent des enjeux auxquels l'association devra répondre pour réussir le développement de l'outil et valider son utilisation à plus large échelle.

3.3.3. Les outils de définition et de mise en œuvre d'un projet

3.3.3.1. Les outils du rétablissement¹⁸

Le plan de rétablissement¹⁹

C'est un outil personnel d'autogestion de la maladie psychiatrique utilisé pour guider le processus de rétablissement personnel et de bien-être. Il se compose des objectifs et priorités de la personne, de ses forces et ressources, des activités quotidiennes qui lui permettent de maintenir son état de bien-être, de l'identification des signes de rechute, de ses volontés (stratégies et ressources à mobiliser en situation de crise), des soutiens familiaux et professionnels qu'elle souhaite utiliser. Le *wellness and recovery action planning* (Wrap²⁰) est un outil permettant la formalisation du plan de rétablissement. Il est notamment utilisé par des établissements « Un chez-soi d'abord » pour la gestion des crises.

Le projet d'accompagnement orienté rétablissement

C'est un projet personnalisé d'accompagnement qui prend appui sur les buts et les priorités de vie de la personne et qui implique la personne et son entourage dans l'ensemble des décisions qui la concernent. Cela implique de : reconnaître le potentiel de la personne et prendre en compte son point de vue et ses préférences ; soutenir sa participation dans l'élaboration de son projet ; l'informer des opinions de l'équipe et des prestations qui lui sont proposées ; formuler des objectifs spécifiques, mesurables, accessibles, réalistes et avec une temporalité définie pour soutenir le rétablissement ; s'appuyer sur les priorités, les ressources et les compétences de la personne pour définir des objectifs ; s'appuyer sur les ressources de l'environnement (y compris le réseau familial et amical de la personne).

¹⁸ Pour plus d'information, se référer aux travaux du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) : <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/plan-d'intervention-plan-de-retablissement/>

¹⁹ Pour un modèle de plan de rétablissement : <https://www.wlmht.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/02/WLMH-Recovery-LOCAL.pdf>

²⁰ Ou « Plan d'action pour le bien-être et le rétablissement ». Pour plus d'information sur le Wrap : <http://www.copelandcenter.com>

3.3.3.2. Le plan personnalisé de coordination en santé²¹

La Haute Autorité de santé propose un modèle de plan personnalisé de coordination en santé qui a pour vocation de formaliser les besoins des personnes et de permettre la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Il se compose de quatre sections :

- recueil d'informations générales sur la personne et les intervenants ;
- synthèse des problématiques et des projets de la personne permettant de s'accorder entre professionnels et avec la personne sur les actions à mettre en œuvre ;
- plan d'action comprenant un plan de soins, un plan d'aide et un plan d'accompagnement ;
- formulaire traçant les objectifs et le suivi de leur mise en œuvre.

Conçu pour appréhender la santé de la personne au sens large, il peut être un support à l'élaboration du projet personnalisé.

3.4. État des pratiques

Dans le cadre de l'appel à contribution, des structures ont été interrogées sur les pratiques mises en place pour permettre l'accueil de publics diversifiés (femmes et familles, personnes vieillissantes, personnes présentant des problématiques addictives ou de santé mentale, migrants, etc.) et pour permettre une vie collective harmonieuse. Pour chaque thématique, les répondants pouvaient décrire une expérimentation ou un dispositif mis en œuvre, ou faire part d'un besoin, d'une difficulté constatée.

Concernant la vie en collectivité, les établissements font part de dispositifs visant à travailler sur des valeurs de respect de l'autre, de tolérance. Des interventions collectives s'appuyant sur des partenaires de proximité et ayant une expertise sur le sujet sont privilégiées. Les activités de loisirs permettant l'échange, une meilleure connaissance de l'autre, de vivre des moments de partage sont également développées.

Ces activités ont également pour objectif, en s'appuyant sur les compétences des personnes, de développer leur pouvoir d'agir et de leur permettre de participer aux décisions concernant le fonctionnement des établissements. L'implication des personnes au fonctionnement permet de définir ensemble les règles de vie et de mieux se les approprier.

Cependant des difficultés perdurent notamment quand les établissements proposent des espaces collectifs (chambres ou repas partagés). Il est également parfois compliqué d'assurer la sécurité de tous quand des personnes très marginalisées côtoient des familles.

Un établissement pensé spécifiquement pour l'accueil de femmes enceintes ou de familles a adapté ses locaux et ses services aux besoins des familles (organisation de la garde d'enfants par exemple). L'établissement s'est également doté des compétences nécessaires à l'accompagnement des familles en recrutant un éducateur de jeunes enfants qui travaille en binôme avec l'intervenant social tout au long de la prise en charge.

Un contributeur regrette néanmoins l'absence de solutions d'accompagnement sur un plus long terme pour des mères avec enfants qui en éprouveraient le besoin.

Par ailleurs, l'accueil des personnes migrantes interroge les dispositifs. Notamment, la fragilité du titre de séjour des personnes malades ou des parents d'enfants malades met à mal l'accompagnement à

²¹ Le modèle du plan personnalisé de coordination en santé est disponible sur le lien suivant : (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_modele_ppcs_web.pdf)

l'insertion des personnes : ceci est source d'anxiété, avec des impacts importants sur la santé, et allonge considérablement les durées de séjour. Les sorties peuvent être inadaptées aux besoins des personnes (prise en charge hôtelière par le 115 alors que des soins sont nécessaires).

Ces difficultés dans l'accompagnement des personnes migrantes étant principalement d'ordre administratif et règlementaire, les professionnels ne disposent que de très peu de leviers pour les résoudre (ponctuellement, amélioration de quelques dysfonctionnements dans le travail en partenariat avec les administrations).

Concernant les personnes vieillissantes, la difficulté est liée au vieillissement précoce qui ne permet pas toujours aux personnes d'avoir l'âge requis (même avec dérogation) pour entrer en Ehpad.

Par ailleurs, même quand l'orientation en Ehpad serait possible au regard de l'âge des personnes, la difficulté à orienter est néanmoins constatée, car les structures de droit commun ont parfois des réticences à accueillir un public précaire avec des comorbidités de type addictions notamment.

Les solutions proposées par les acteurs sont de deux ordres :

- développement d'un partenariat avec les structures de droit commun (Ehpad, MAS, FAM) qui pourrait s'appuyer sur des professionnels spécifiquement dédiés sur le modèle de la mission Interface²² ;
- développement de dispositifs d'hébergement spécifiques pour ces publics.

Concernant l'accompagnement au sein de la structure, l'appel à contribution fait remonter des pratiques en termes d'information des personnes sur les missions de l'établissement, et insiste sur l'importance pour les personnes de disposer des informations complètes et précises sur la prise en charge dès l'accueil dans la structure. Les établissements proposent des outils appropriés : documents en Facile à lire et à comprendre (Falc), accueil en équipe pluridisciplinaire pour présenter l'ensemble du dispositif, association des pairs (cette proposition est faite par une personne accueillie) à l'accueil afin de mieux informer sur le déroulement du séjour. À l'inverse, une personne regrette de ne pas avoir disposé dès le départ de l'ensemble des informations utiles, avec pour conséquence une absence de solution adaptée à la sortie. Une autre regrette de ne pas décider de son lieu de sortie et propose d'associer un pair ayant suivi le même parcours pour préparer la sortie et accompagner l'après.

Certains contributeurs proposent de bonnes pratiques en termes d'information et d'anticipation plus particulièrement axées sur la sortie. Ainsi la question de la sortie est évoquée dès les premiers moments du séjour et une date de sortie est communiquée très en amont lors d'un entretien puis confirmée par écrit, chaque modification suivant la même procédure. Des ateliers collectifs autour du logement ou de la réorientation peuvent être mis en place. Une personne hébergée fait part de son souhait de pouvoir disposer d'informations sur le logement sous forme de supports qu'elle pourrait conserver pour la suite.

L'appel à contribution fait également remonter des pratiques de construction de projets personnalisés visant l'autonomie et le développement du pouvoir d'agir des personnes pour qu'elles deviennent actrices de leur projet. Les contributeurs présentent notamment des outils aidant à l'appropriation du projet par la personne : outil informatique, grilles d'évaluation ou classeur, permettant le recueil de la

²² La mission Interface a été développée à Nantes dans un premier temps, puis à Paris. Elle vise, par l'action d'une équipe sociale, à mettre en lien des personnes précaires et des ESSMS (FAM, Ehpad, MAS) pour favoriser une connaissance mutuelle, et permettre une intégration réussie des personnes. Ce dispositif implique de prendre le temps de la connaissance mutuelle, peut favoriser des essais entre l'établissement et la personne et peut également proposer une médiation et/ou un accompagnement après l'intégration pour s'assurer que celle-ci se déroule bien.

parole des personnes et une coconstruction du projet. Les outils peuvent être traduits pour une meilleure appropriation par la personne.

Certains contributeurs font remonter des difficultés quant à l'appropriation du projet par la personne et constatent que, malgré leur implication dans le sujet, le projet reste trop souvent celui de la structure. Ils proposent une évaluation des pratiques d'accompagnement associant les personnes.

De même, les contributeurs font part de difficultés dans l'adhésion des personnes à l'accompagnement médico-social proposé par l'établissement et proposent comme solution de développer une organisation plus souple et des postures professionnelles plus compréhensives.

Concernant la temporalité des projets, certains contributeurs font part de difficultés à concilier le temps de la prise en charge (en LHSS notamment) et le temps du projet, d'autres d'une difficulté à respecter les objectifs fixés dans la temporalité fixée.

Enfin, des contributeurs proposent de développer de nouveaux dispositifs permettant d'aller vers les personnes ayant un besoin d'accompagnement (ACT à domicile par exemple).

3.5. Avis du groupe de travail

3.5.1. L'importance de l'éthique dans les pratiques d'accompagnement

Les finalités de la réflexion éthique

- La réflexion éthique doit permettre aux établissements une réflexion partagée sur les valeurs et les finalités de l'accompagnement. Elle permet de définir jusqu'où l'on va et pourquoi on le fait. Elle s'appuie sur les situations rencontrées dans l'établissement et qui ont soulevé des difficultés en termes de postures professionnelles ou de valeurs, mais elle est déconnectée de l'urgence de la situation. Elle n'est pas une réponse à une situation complexe.
- La question éthique est centrée sur l'usager.
- La réflexion éthique est permanente et évolutive dans le temps, c'est un espace de réflexion (et non d'évaluation des pratiques) qui permet de poser la question de l'écart entre les valeurs et les pratiques.

Les éléments de la réflexion éthique

La réflexion éthique peut concerner tous les domaines de l'accompagnement. Le groupe de travail propose des sujets non exhaustifs pouvant faire l'objet d'une réflexion éthique.

- La gestion des sorties et la tension entre le projet de soins et le projet de la personne. Cette tension est particulièrement vive au sein des LHSS. Mais les autres établissements indiquent rencontrer également cette tension et se trouver parfois très seuls pour décider du moment opportun de la sortie.
- Le consentement éclairé : cette problématique est centrale aujourd'hui dans l'accompagnement des personnes vieillissantes, isolées et présentant des troubles neurocognitifs.
- Les questions ayant trait à l'organisation, aux articulations entre les soins et l'accompagnement et aux modalités de délivrance de ceux-ci, et les nécessaires adaptations aux évolutions des publics accueillis.
- L'inconditionnalité de l'accueil et sa mise en œuvre concrète.

- La bientraitance.
- Le respect des croyances de chacun.
- L’accompagnement des personnes avec des problématiques addictives.
- L’équité de traitement et l’individualisation de l’accompagnement.

La mise en œuvre de la réflexion éthique

- Elle doit associer l’ensemble des personnes de l’établissement : usagers et leurs représentants, équipes, administrateurs, ainsi que des personnes extérieures à l’établissement afin de ne pas rester dans l’entre-soi.
- Elle peut être mutualisée avec d’autres acteurs du territoire.
- Les espaces de réflexion éthique régionaux (Erer) peuvent accompagner la mise en œuvre de cette réflexion.
- Elle peut prendre la forme d’un comité éthique permanent.
- Elle doit s’inscrire dans le projet d’établissement.
- L’ensemble des personnes de l’établissement doit connaître le fonctionnement et pouvoir proposer des sujets de réflexion.
- Les avis rendus par l’instance éthique doivent être traduits dans les pratiques d’accompagnement et dans les outils de l’établissement.

3.5.2. L’approche par les pairs

Le groupe de travail insiste sur l’importance d’intégrer et de penser la fonction des pairs dans les équipes des établissements.

Le rôle des pairs

- Le rôle du conseil de la vie sociale (CVS) (ou autre forme de représentation) : il est identifié par les personnes comme une aide, un soutien et un régulateur entre les résidents et les équipes et entre les résidents eux-mêmes. Il facilite l’acceptation de la règle par les personnes.
- Les pairs exercent également un rôle de soutien et de médiation à titre individuel. Ils facilitent la participation des personnes.

Les étapes dans lesquelles la présence du pair semble incontournable

- Dans la procédure d’accueil : le pair rassure, il peut répondre de manière plus précise aux questions pratiques sur le fonctionnement de l’établissement, il est plus proche et plus disponible et pour beaucoup, il est plus simple de s’adresser à un pair. Leur savoir est plus pratique, plus accessible et mis à jour au quotidien avec leur expérience.
- Dans la sortie, pour accompagner et rassurer vis-à-vis du nouveau logement/hébergement.

Le groupe de travail souligne également l’importance de pouvoir intégrer des travailleurs pairs au sein des équipes.

Le rôle du travailleur pair

- C'est un intermédiaire entre le professionnel et le résident. Il est vecteur de confiance.
- Dans les établissements « Un chez-soi d'abord », la présence de médiateurs de santé pairs participe au rétablissement, notamment parce qu'ils portent l'espoir qu'il est possible de se rétablir.
- Le travailleur pair peut, en partant de son vécu, être un lien entre la personne et le travailleur social. Le travailleur pair peut avoir un rôle important pour aider les personnes à gagner en autonomie.
- En addictologie, le travailleur pair n'a pas de rôle concernant la pathologie mais il accompagne les personnes à construire leur parcours en s'appuyant sur son expérience de l'accompagnement et/ou de la réalité d'être à la rue. Le travailleur pair a eu un parcours, c'est donc plus facile de discuter avec lui et de « se donner des astuces ».
- La pair-aidance se développe, notamment dans le champ de la santé mentale, et permet de faciliter certaines transitions ou la compréhension du système (exemple de fiches actions sur la pair-aidance dans les programmes territoriaux de santé mentale).

Les défis du travail pair

- Son statut administratif et sa place dans les conventions collectives doivent être définis (exemple des experts du vécu en Belgique qui disposent d'une vraie reconnaissance professionnelle).
- La place du travailleur pair doit être clairement définie également : il peut être compliqué pour l'équipe d'accueillir comme collègue une personne qui a été usagère. Ce lien doit être éclairci. Parfois c'est le travailleur social de la structure qui demande à un travailleur pair d'intervenir.
- La formation est essentielle pour permettre aux pairs de prendre de la distance sur leur vécu et d'être en capacité d'utiliser leur expérience pour accompagner d'autres personnes et pour leur donner des compétences techniques sur certains sujets (addictions, prise en charge des victimes de violence...).
- Le soutien aux travailleurs pairs est incontournable.
- Certains pairs interviennent dans les formations des professionnels du soin et de l'accompagnement, cela peut sensibiliser les futurs professionnels à l'intérêt du travail avec les pairs.

3.5.3. Proposer un accompagnement centré sur la personne

Le groupe de travail insiste sur les points suivants.

- L'importance du respect des priorités de la personne et de son adhésion au projet :
 - « Comment faire pour que le projet soit celui de la personne ? Il est essentiel de reconnaître la personne comme experte de sa vie et de ses besoins. Les professionnels doivent être en capacité de se détourner de leur position de sachant, de perdre le pouvoir. Les professionnels agissent dans un cadre de travail défini qui peut se heurter au projet de la personne. C'est au cadre de travail de s'adapter et non l'inverse. Les priorités de la personne guident l'organisation du projet. » ;
 - cette question peut être problématique pour les personnes sous emprise ;

- certaines méthodes (dont l'approche par les forces ou le plan de rétablissement en santé mentale) permettent de balayer les différents domaines d'accompagnement et d'identifier les priorités de la personne.
- L'importance de la temporalité : l'accompagnement doit s'adapter à la temporalité des personnes, leur laisser un temps pour se poser. Mais ce temps doit être structuré, les structures ont des pratiques différentes mais une temporalité est définie ; cette temporalité permet de faire le point, de regarder ce qui est résolu et ce qu'il faut travailler.
- L'importance de l'évaluation :
 - l'importance d'évaluer l'autonomie de la personne notamment dans son quotidien et de s'appuyer sur ses capacités. L'évaluation doit être menée sur le lieu de vie de la personne ;
 - l'évaluation peut être partagée notamment pour les situations complexes. Cela implique de définir les informations nécessaires à partager dans le cadre de la prise en charge et de réfléchir au rôle du référent de parcours qui peut réorienter si la prise en charge ne correspond pas.
- Le consentement éclairé et le libre choix : le sujet doit avoir compris, donné son consentement et celui-ci doit être éclairé. Cela présuppose que le sujet a les compétences intellectuelles nécessaires ou a le choix de ne pas faire. Comment être certain de sa bonne compréhension, ou que l'acceptation ne soit pas liée à la situation (parfois extrêmement précaire) de la personne ? La personne est experte de son parcours, au cœur du dispositif : comment le garantir ?

Le groupe insiste sur la mixité des personnes accueillies dans les dispositifs, certaines personnes présentant des pathologies mentales aiguës ou des troubles graves de personnalité qui nécessitent une prise en charge lourde dans chaque dispositif et une adaptation des professionnels à chaque personne.

- La non-demande : parfois la personne ne souhaite rien ou n'exprime rien, il faut pouvoir évaluer ses besoins et tenir compte de ses souhaits, même quand ils ne sont pas exprimés. Il est important d'aider la personne à déterminer ses besoins quand elle n'en sait rien. La notion de temporalité est prise en compte dans l'évaluation des besoins. L'évaluation s'inscrit dans le temps et dans la temporalité de la personne. Celle-ci peut être au départ dans le refus de la relation, la demande peut émerger après une période de latence parfois longue. Il faut accompagner les équipes en ce sens.

Les approches centrées sur les compétences permettent d'être moins jugeant (approches par les forces, certaines formes de thérapies, dont les thérapies brèves). Ces approches permettent de se situer sur ce que la personne a su faire jusqu'ici, et de le lui renvoyer : c'est un processus de reconnaissance. Cela permet également de pouvoir s'appuyer sur ses compétences pour avancer sur son projet.

Concernant l'adaptation de l'accueil, le groupe de travail confirme l'importance de locaux adaptés et aménagés et l'importance de pouvoir accueillir des animaux.

Le groupe insiste sur les limites des chambres collectives, notamment dans un contexte de crise épidémique.

Éléments de bonnes pratiques

- Intégrer dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement la diversité des publics (femmes et familles, personnes vieillissantes, migrants) et de leurs besoins (problématiques de santé mentale, y compris psychotraumatisme ou problématiques addictives).

3.5.4. La multiréférence

Le dispositif « Un chez-soi d'abord » est construit sur le modèle *housing first*. L'accompagnement développé est le modèle du suivi intensif dans la communauté (modèle ACT). Dans ce modèle, il n'y a pas de référent, c'est l'équipe qui est référente. C'est donc une organisation en multiréférence. Les membres du groupe de travail s'accordent pour constater que dans le programme de recherche, à part à Marseille où les opérateurs pratiquaient déjà la multiréférence, ce modèle n'a pu s'acculturer. La multi- ou pluriréférence qui s'est développée sur les dispositifs « Un chez-soi d'abord » n'est pas fidèle au modèle de *l'assertive community treatment*, mais est une adaptation de celui-ci aux réalités locales et nationales.

Certains membres du groupe ont développé la multiréférence dans l'ensemble de leurs structures, au-delà des établissements « Un chez-soi d'abord ».

Pour les établissements organisés en multiréférence, celle-ci est une boîte à outils qui donne accès aux partenariats alors que le *case management* classique donnerait plutôt un accès direct aux soins.

La multiréférence doit s'accompagner d'outils et être pensée au sein de l'organisation pour se mettre en place car elle nécessite une communication organisée et structurée. Il faut définir qui fait quoi et comment, il faut créer du lien entre les professionnels. Cela est lié également à la maturité des équipes et à leur capacité à travailler ensemble.

La formation des personnels paraît importante notamment pour organiser cette coordination.

L'organisation en multiréférence rééquilibre la relation de pouvoir, les personnes concernées sont vraiment concernées : elles définissent leurs besoins, c'est un processus de réhabilitation, de responsabilisation.

Un membre du groupe, expert du vécu, fait néanmoins remonter l'importance de la permanence dans l'accompagnement et du lien avec le professionnel. Il ne faut pas que la multiréférence empêche le lien privilégié. Le lien de confiance peut et doit exister dans la multiréférence.

La multiréférence a pu poser question notamment dans les problématiques d'addictions. Il est plus compliqué pour les usagers d'échanger avec plusieurs personnes sur leur relation aux produits.

Cette définition du lien est au centre du modèle *assertive community treatment* qui propose de reconfigurer la place de la personne dans son environnement.

3.5.5. Les contenus de l'accompagnement

3.5.5.1. Développement du lien social, accès à la citoyenneté, aux loisirs, à la culture

Les activités collectives

Les activités collectives sont un outil de socialisation, de développement de compétences, de reconnaissance sociale. Elles peuvent permettre aux personnes de trouver leur place dans l'établissement. Elles sont un outil de médiation et de réappropriation de la vie quotidienne (ateliers cuisine). Elles permettent de réinscrire des personnes dans des codes communs (échange sur des traditions).

Elles peuvent également être un outil au service de la santé globale des personnes : ateliers sur les gestes barrière, les questions de violence, l'addictologie...

Ces animations collectives sont particulièrement développées dans les ACT et sont souvent construites avec le partenariat. Elles permettent de développer une socialisation pour l'après, notamment pour les personnes qui ont besoin de repérer les codes culturels.

Elles sont également un outil d'autonomie : exemple donné des gazettes de résidents, ou du CVS du « Chez-soi d'abord » à Marseille qui s'est transformé en association indépendante.

Une formation peut être nécessaire pour développer une vision de l'animation collective auprès de certains professionnels. Il faut une acculturation institutionnelle.

Les activités individuelles

Les activités de loisirs ou culturelles permettent également de développer une socialisation importante pour l'après et/ou de mieux appréhender les codes culturels.

Cet étayage fera partie du réseau de soutien nécessaire à la personne.

Dans certaines villes, il existe des dispositifs et des tarifs préférentiels pour l'accès à la culture et aux loisirs.

3.5.5.2. Insertion socioprofessionnelle

La question posée au groupe était de savoir si, au-delà des accompagnements aux soins, aux droits et à une solution de sortie adaptée, l'accompagnement professionnel et le développement des réseaux et liens sociaux pouvaient être des missions communes à l'ensemble des établissements LHSS, LAM et ACT, alors même que les durées de prise en charge sont très variables.

Les membres du groupe de travail s'accordent sur le fait que quel que soit l'établissement concerné, ses missions et sa durée de prise en charge, l'ensemble des champs de l'accompagnement peuvent être abordés. Cela dépend de chaque personne, de sa situation et de ses priorités.

L'insertion socioprofessionnelle doit être entendue au sens large et il ne doit pas y avoir d'injonction à l'insertion professionnelle, le projet doit être respecté même quand il consiste à un retour à la rue. À l'inverse, les établissements ne doivent pas se dédouaner de l'insertion professionnelle, les personnes qui souhaitent un accompagnement socioprofessionnel doivent pouvoir en bénéficier dans tous les établissements car il permet une inclusion dans la société. Celui-ci peut être organisé par le biais du partenariat si la structure ne peut y répondre seule.

L'insertion professionnelle peut comprendre des cours d'apprentissage du français (développés par les partenaires), des ateliers de redynamisation, des ateliers de développement de compétences et de maintien de compétences, un travail sur l'estime de soi...

Les réseaux partenariaux activés peuvent être

- les réseaux du handicap : CAP Emploi, les centres de réadaptation et rééducation pour l'évaluation des capacités au travail, les établissements et services d'aide par le travail (Esat) ;
- les réseaux d'insertion par l'activité économique, les agences d'intérim à vocation sociale, les plans locaux d'insertion par l'économie (Plie) quand cela est possible, Pôle emploi ;
- les dispositifs spécifiques : premières heures, travail alternatif payé à la journée (Tapaj), Working First, territoires zéro chômeur de longue durée (TZCLD) ;
- les structures prenant des bénévoles qui développent un accès à du projet professionnel.

3.5.6. La mise en œuvre de l'accompagnement

3.5.6.1. Prendre contact avec la personne et recueillir les informations

Enjeu

Éviter les ruptures et permettre une continuité du parcours dans le respect de la protection des données de l'utilisateur.

Le groupe insiste sur l'importance de l'adhésion de la personne à l'orientation, même si cette question de l'adhésion reste difficile à évaluer au regard du manque de solutions alternatives.

La rencontre avant l'admission apparaît comme une bonne pratique. Si elle n'est pas possible, une prise de contact directe est indispensable. En effet, certaines personnes acceptent l'orientation car elles savent ne pas avoir de choix et ne se présentent pas ou font échouer la prise en charge.

Éléments de bonnes pratiques

- Transmettre à la structure orienteuse les éléments nécessaires pour qu'elle puisse présenter l'établissement à l'utilisateur.
- Rencontrer la personne avant l'admission.
- Rencontrer la structure orienteuse (avec l'accord et en présence de la personne) avant l'admission.
- S'assurer du consentement éclairé de la personne (lettre de motivation, délai de réflexion pour accepter ou refuser l'orientation).
- Mettre en place les relais paramédicaux nécessaires à l'utilisateur avant la sortie de celui-ci.
- S'assurer que la personne dispose de son traitement médical au moins pour quelques jours au moment de son admission.
- S'assurer que la personne dispose du calendrier de ses rendez-vous.
- S'assurer que la personne dispose d'un compte rendu d'hospitalisation lorsqu'elle est sortante d'hôpital.

3.5.6.2. L'accueil dans la structure

Enjeux

La séquence d'accueil doit permettre de donner à la personne l'ensemble des informations nécessaires à l'obtention de son consentement éclairé. Elle doit permettre également de recueillir les éléments nécessaires à la définition d'un premier projet.

Concernant les pratiques des membres du groupe de travail, l'accueil est réalisé souvent par un binôme, toujours par un personnel soignant infirmier, parfois avec un travailleur social, parfois avec un cadre, parfois avec un aide-soignant. Il permet la présentation des professionnels, de la structure et des missions de celle-ci. La rencontre avec l'ensemble du personnel est en général prévue. La rencontre avec le médecin n'est pas systématique le premier jour. Le groupe insiste sur l'importance d'une rencontre avec le travailleur social dès les premiers jours.

Pour les établissements « Un chez-soi d'abord », le premier accueil permet de définir les choix de logement des personnes et de présenter la façon de travailler du dispositif. Ce premier accueil est réalisé par un binôme équipe éducative / équipe locative. L'équipe dispose ensuite de huit semaines pour proposer un logement qui corresponde aux souhaits de la personne. Pendant la phase de recherche de logement, l'équipe propose des rendez-vous à la personne (restaurant, activité sportive...), pour un accompagnement si elle le souhaite ou pour faire connaissance.

Les principes de fonctionnement de l'équipe sont expliqués à la personne (multiréférence, équipe accessible 24 h/24, approche rétablissement, aller-vers) : les entretiens ont lieu à domicile ou dans la cité, mais pas dans un bureau.

Les membres du groupe de travail s'accordent sur l'importance de cet accueil pour la création du lien de confiance.

Les outils de l'accueil : le livret d'accueil est important, il est essentiel que cet outil soit compréhensible par les personnes et qu'il leur soit explicité (Falc, traduction, interprétariat).

3.5.6.3. L'accompagnement

En pratique, le premier projet est formalisé au cours du premier mois. La durée du document est variable en fonction des structures (en général plus courte dans les LHSS), même s'il se construit et évolue pendant toute la durée de l'accompagnement.

Il est révisé régulièrement, la temporalité variant en fonction des établissements (d'hebdomadaire à semestrielle). En général, la temporalité est plus courte dans les LHSS.

Des réunions d'équipe, dans le respect du secret partagé (la fréquence varie de quotidienne à mensuelle) permettent une vision partagée sur les motifs de présence de la personne, ce que lui propose l'établissement, son autonomie et son projet de sortie.

L'autonomie des personnes doit guider les modalités d'accompagnement. Il faut laisser le choix à la personne et lui permettre d'accéder ou de réaccéder aux dispositifs de droit commun (laboratoire, pharmacie, kinésithérapeute...).

L'environnement de la personne peut être intégré à l'accompagnement (famille).

Dans les établissements « Un chez-soi d'abord », le projet est défini à partir du rêve de la personne. Le projet (de soins ou d'accompagnement) n'est pas obligatoire. Les principes sont un accompagnement orienté rétablissement et une organisation de l'équipe en multiréférence.

Les outils et postures permettant un accompagnement adapté

Le groupe s'accorde sur l'importance d'outils adaptés aux personnes : outils en Facile à lire et à comprendre, outils traduits, outils réalisés avec les personnes, supports vidéo traduits.

Les outils ci-dessous sont ceux cités ou utilisés par le groupe. Ils ne se veulent ni exhaustifs, ni représentatifs.

Les outils permettant de formaliser un projet, utilisés et cités par le groupe de travail :

- les outils de la loi de 2002 (charte des droits et des personnes, contrat de séjour, règlement intérieur) ;
- des outils informatiques partagés avec des accès en fonction des statuts des personnes permettant à chacun d'accéder aux éléments nécessaires au suivi, avec pour certains des accès par les personnes concernées ;
- des livrets d'accompagnement conservés par les personnes et qui contiennent les éléments du projet coconstruit, et réévalués ;
- le plan de rétablissement : le principe est de partir du rêve de la personne et à partir de ce rêve de décliner les objectifs d'accompagnement ;
- la grille de définition de projet utilisée dans l'approche par les forces.

Les outils d'aide à l'autonomie :

- le Wrap : outil de gestion de crise, il permet aux personnes d'identifier ce qui contribue à leur bien-être, ce qui dégrade ce bien-être, les signaux d'alerte pour repérer la crise, et il permet de définir les mesures à prendre lors de la crise ;
- outils pour l'aide à la prise de médicaments, notamment pour des publics non lecteurs : photos des médicaments et pictogrammes pour les heures de prise... ;
- plan de maintien du bien-être et de gestion de crise ;
- outils de la réduction des risques et des dommages ;
- rencontres régulières et en fonction des besoins.

Les postures facilitantes :

- soutenir les capacités des personnes à prendre la parole ;
- développer des activités permettant de diminuer l'asymétrie de la relation ;
- aider à l'installation dans le logement, aide réalisée par l'ensemble des membres de l'équipe (y compris l'aide au choix et au montage des meubles) ;
- participer à des activités décalées de ses pratiques professionnelles (bricolage, cuisine, sortie). Cela permet de créer du lien ;
- organiser des formations communes entre l'équipe et les personnes sur les accompagnements proposés (la réduction des risques et des dommages, le rétablissement, l'approche par les forces) ;
- mettre en place de l'aller-vers : il s'agit non pas de mettre en place des maraudes qui ne font pas partie des missions des établissements mais de sortir des murs pour aller rechercher les personnes qui ne se présentent plus.

L'organisation de l'équipe

- Il est important que chacun soit impliqué et entendu : la parole de chaque membre de l'équipe doit avoir la même importance. L'accompagnement doit être médical et social. La multiplicité

des regards et des approches est essentielle à la prise en charge. Le management horizontal dans l'équipe permet de développer la responsabilité partagée.

- Organiser l'accompagnement en s'adaptant aux agendas des personnes (et non l'inverse) facilite la mise en œuvre d'un accompagnement adapté (en s'appuyant par exemple sur des tableaux de suivi des personnes).

Points de vigilance

- Le projet de soins ne doit pas prendre le pas sur le projet social, y compris lorsque la durée de séjour est courte.
- Les personnes doivent être entendues dans leurs préférences et savoir-faire y compris pour la délivrance des soins.
- Les professionnels doivent être formés à la diversité des situations rencontrées afin qu'ils puissent être à l'écoute des personnes et de leurs priorités.
- La continuité de l'accompagnement (sanitaire et social) doit être assurée y compris en période de congés.

Éléments de bonnes pratiques identifiés par le groupe de travail

- Prendre en compte la réalité des personnes et proposer un accompagnement à la réduction des risques.
- Assouplir les règlements de fonctionnement pour qu'ils correspondent à la réalité des publics.
- Ne rien faire sans la personne.
- Former le personnel à une certaine polyvalence : formation à l'ETP de tout le personnel, notion d'accompagnement aux droits pour le personnel médical...
- Adapter la fréquence de révision du projet aux besoins de la personne.
- Former les travailleurs sociaux aux besoins spécifiques des publics notamment en les accueillant en stage pendant leur formation.
- Proposer un accompagnement adapté à l'autonomie des personnes y compris pour la sortie.
- Promouvoir un interprétariat téléphonique ou physique en fonction des situations pour permettre à la personne de s'approprier son projet.
- Adapter son langage, et éviter le jargon.
- La présence d'un travailleur pair dans l'équipe facilite l'entrée en relation.

3.5.6.4. L'accompagnement à la sortie

L'anticipation est essentielle dans les transitions. Il est nécessaire d'être clair dès le départ sur les possibilités d'accès aux différentes structures. Les professionnels craignent parfois de dire les choses clairement mais cela ne permet pas d'anticiper. Même si cela est inscrit dans les documents (contrat de séjour) les personnes n'ont pas forcément le temps de les lire et n'ont pas le choix à l'entrée dans les lieux, il est donc important de reparler de la sortie régulièrement.

Les projets personnalisés sont un outil pour préparer ces sorties. Les pairs qui ont accédé à leur autonomie peuvent également aider à la préparation des sorties.

Éléments de bonnes pratiques concernant les sorties préparées

- Informer dès l'entrée des modalités de sortie et les rappeler aussi souvent que nécessaire.
- Énoncer clairement celle-ci dès qu'une date de sortie est envisagée.

- Organiser les relais sociaux et médicaux en fonction des besoins des personnes.
- Vérifier l'opérationnalité des relais.
- S'appuyer sur l'autonomie des personnes et les impliquer dans leur sortie.
- Accompagner physiquement la personne dans son nouveau lieu d'habitation pour lui permettre de se projeter.
- Laisser une possibilité de retour à la personne en cas de difficulté particulière.

Éléments de bonnes pratiques concernant les sorties non préparées

Au regard des risques majeurs rencontrés par les personnes qui repartent à la rue ou dont l'hébergement n'est pas assuré sur la durée (les soins de suite ou les soins pour des maladies chroniques ne peuvent pas se mettre en place) et des risques psychosociaux que ces situations engendrent pour les équipes, il est nécessaire d'organiser les sorties non préparées.

Sorties contre avis médical :

- recevoir la personne, lui expliciter les risques encourus par un retour à la rue ;
- laisser un délai de réflexion à la personne pour changer d'avis ;
- organiser avec l'accord de la personne des relais, notamment avec les maraudes ;
- garder un contact avec la personne, aller la voir.

Exclusion de la structure :

- par définition, une partie de la population est à risque de violence. Il est important d'anticiper ces situations, et éventuellement de pouvoir proposer des solutions avec le partenariat : réorientation quand cela devient trop compliqué sur une structure, etc. ;
- lorsque l'exclusion est prononcée, recevoir également la personne officiellement pour la lui signifier, accompagner la personne vers une autre solution.

Disparitions :

- importance de définir des critères et des procédures de signalement pour les disparitions inquiétantes ;
- importance de faire un lien avec les maraudes également.

4. La prise en compte des vulnérabilités dans l'accompagnement global des personnes sans domicile

4.1. Les addictions

4.1.1. Les éléments de la littérature et les recommandations de bonnes pratiques

Un dispositif intitulé *case management* intensif pour les addictions, utilisant les méthodologies du traitement intensif dans la communauté (visites à domicile des *case managers* et psychiatres si besoin ; 20 personnes par *case manager* pour avoir du temps disponible et intensifier le suivi en période de crise ; équipe multidisciplinaire pour garantir une approche non focalisée sur la maladie mais pas d'astreinte, la nuit et le week-end, les crises sont gérées par l'hôpital psychiatrique ; chaque patient est suivi par un référent et par le psychiatre de l'équipe s'il n'a pas d'autre médecin ; l'équipe délivre uniquement les services que les autres professionnels ne peuvent pas délivrer) et de l'intervention sur des périodes critiques (l'intervention est limitée aux périodes critiques ou de transition ; elle vise à relier les patients aux services ; elle propose une aide psychologique et pratique adaptée aux besoins des patients ; les ressources et les limites des patients sont évaluées dans leur environnement et des solutions pratiques sont proposées) a été mis en place et évalué en Suisse (121). Ce dispositif a montré des résultats sur l'adhésion aux traitements, la qualité du réseau de soutien, l'état clinique et psychosocial, la diminution des quantités de produits consommés (alcool et drogues), une faible amélioration vis-à-vis du logement et du système judiciaire mais pas d'amélioration dans l'utilisation des systèmes d'urgence et hospitalier. Les auteurs concluent que le *case management* intensif pour les addictions peut lever les barrières personnelles et structurelles pour l'accès aux soins, en reconstruisant une relation de confiance qui peut effacer les précédentes mauvaises expériences et permettre aux personnes de prendre en charge leurs addictions. Pour le *case manager*, le programme permet de répondre aux demandes des personnes. Enfin, l'intervention mobilise le réseau, facilite la coordination des soins et permet le développement de nouvelles réponses thérapeutiques.

Une étude australienne montre la prévalence importante des problématiques d'alcoolisme dans la population des sans domicile et propose des stratégies pour les réduire (122). Ainsi les programmes de renforcement des compétences s'appuyant sur la communauté peuvent apporter des solutions. Ces programmes incluent des stratégies de refus de consommation, de résolution des problèmes, de prévention des rechutes, d'accompagnement social, de développement de l'employabilité et d'atteinte d'objectifs. Des programmes occupationnels (formations rémunérées) peuvent permettre une augmentation de l'abstinence. Les entretiens et thérapies motivationnels peuvent également apporter des résultats. Un accompagnement à la gestion du stress et des émotions peut également être utile. Enfin, la prise en charge des comorbidités psychiatriques peut également aider à la diminution des consommations.

Par ailleurs les auteurs préconisent de ne pas travailler uniquement sur l'abstinence mais de mettre en place des politiques de réduction des risques. Ils proposent la mise en place de programmes permettant aux personnes l'accès à un logement et un accès contrôlé à l'alcool. Le programme *housing first* est également présenté comme une solution adaptée pour la réduction des risques.

La recommandation « La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) » (123) propose des recommandations pour l'accompagnement global des personnes présentant des addictions. Elle recommande notamment de reconnaître la place centrale des personnes et leur faculté d'autodétermination, en proposant une posture professionnelle facilitant le lien et la relation de confiance, la participation et l'adhésion ; en délivrant une information claire sur les prestations, les interventions, les principes d'accompagnement et les modalités concrètes de participation individuelle et collective ; en prenant en compte les demandes ou envies des personnes pour l'élaboration de leur projet ; en interrogeant les causes de l'absence de demande. La recommandation insiste également sur l'importance d'un accompagnement par les pairs en addictologie. Pour permettre cet accompagnement, elle recommande une sensibilisation des équipes, des partenaires et des usagers à l'apport des travailleurs pairs dans les pratiques d'accompagnement ; une implication des usagers dans la définition du fonctionnement de l'établissement ; une clarification des rôles, des profils et des missions des travailleurs des pairs ; une formation et un soutien aux pairs. Cette importance des travailleurs pairs et leur rôle dans l'accompagnement des publics présentant des addictions sont également développés dans les recommandations de la HAS « La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) » (124).

La recommandation concernant les pratiques de réduction des risques dans les Caarud (123) met également en avant des éléments d'organisation pour un accompagnement adapté aux personnes avec des addictions. Ainsi elle préconise de mettre en place un accueil et des règles de vie sécurisants (conditions de fonctionnement, organisation des locaux, réponses aux besoins de première nécessité, protocole d'intervention, détermination avec les usagers des règles collectives).

Enfin, la HAS travaille à l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur la prévention des addictions dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Les apports de cette recommandation pourront être utilisés pour ajuster les pratiques d'accompagnement pour les personnes avec des vulnérabilités spécifiques.

La Fédération Addiction (FA) et la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale devenue Fédération des acteurs de la solidarité (FAS ex-Fnars) ont édité un guide visant à promouvoir une meilleure articulation entre professionnels des champs de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions (125).

Ce guide indique qu'« on ne peut évaluer une pratique addictive sans prendre en compte la personne, le sens qu'elle donne ou ne donne plus à sa pratique, les avantages qu'elle y trouve, les problèmes qu'elle rencontre. C'est en adoptant une posture d'alliance avec l'usager, y compris dans le cadre d'un soin sous contrainte judiciaire, que va s'élaborer un projet d'accompagnement dont l'usager est le premier "expert". Soigner, accompagner, réduire les risques contribuent à améliorer sa capacité à choisir et à agir. »

Ce travail capitalise les pratiques professionnelles de leurs associations adhérentes et fournit des pistes de recommandations communes pour favoriser le « travailler ensemble » sur trois plans.

Pistes de recommandations autour de la personne accueillie

- Laisser à la personne le temps de formuler sa demande en lui rappelant la possibilité de se faire accompagner, lui laisser du temps pour formaliser son projet.
- Prendre en compte la problématique d'addiction au même titre que les autres problématiques.

- Construire l'accompagnement avec la personne sur la base de propositions adaptées et acceptées, et l'adapter à ce que la personne peut et veut faire ; actualiser le projet en fonction des évolutions des besoins de la personne.
- Reconnaître la diversité des réponses aux problématiques addictives (gestion des consommations, abstinence...).
- Construire l'accompagnement avec les partenaires et définir les étapes pour éviter les ruptures. Échanger les informations avec l'accord de la personne et prendre le temps d'expliquer à la personne l'intérêt du travail en partenariat et les liens avec les partenaires.
- Adopter une technique d'écoute active, neutre et une attitude bienveillante et empathique, reformuler, se rendre accessible aux personnes (y compris dans le règlement).
- Présenter, expliquer le règlement de fonctionnement aux personnes et les associer à son actualisation.
- Accompagner les personnes auprès des partenaires si nécessaire.
- Diversifier les points de rencontre avec les publics en situation d'addiction et rester disponible après une fin de prise en charge.

Pistes de recommandations entre professionnels

- Se situer dans des réponses pluridisciplinaires, se faire connaître des acteurs du territoire et les connaître.
- Respecter les approches et modes d'intervention de chacun, expliquer son cadre d'intervention, ses limites, entendre celles du partenaire et s'articuler, développer la communication.
- Assurer une continuité de l'hébergement ou du logement et éviter les ruptures.
- Réinterroger ses représentations sur les personnes en situation d'addiction et de précarité.

Pistes de recommandations entre structures

- Formaliser le partenariat, encourager les rencontres, prendre le temps, tracer, organiser.
- Reconnaître la place centrale des SIAO.

Le guide, publié en 2016 par l'agence régionale de santé d'Île-de-France, consacre un chapitre à l'accompagnement des personnes ayant des troubles addictifs (126). Il rappelle les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes hébergées : influence réciproque de la situation de précarité sur les consommations ; exclusion des dispositifs pour cause d'usage ; règlements de fonctionnement interdisant la consommation d'alcool ; rupture d'accompagnement due à l'instabilité de la résidence ; méconnaissance/non-sollicitation des dispositifs.

Le guide préconise aux acteurs de l'hébergement :

- de se former et de s'informer sur les conduites addictives ;
- de retravailler les représentations, la posture et les modalités d'accompagnement auprès des personnes ayant des addictions ;
- de s'inscrire dans un réseau partenarial d'acteurs locaux spécialisés ;
- d'assurer, auprès des personnes, un accompagnement dans la continuité (préparer/accompagner les transitions, soutenir l'insertion dans l'emploi...) ;
- de pratiquer l'écoute active, en abordant avec les personnes les questions de santé, en leur laissant le temps de formuler leur demande tout en leur rappelant la possibilité de se faire accompagner, en respectant les souhaits de la personne ;
- d'adopter une posture liée à la réduction des risques ;

- de considérer la problématique addictive comme les autres problématiques de santé ;
- d'adapter le projet aux capacités de la personne ;
- de minimiser les risques de rupture ;
- d'informer et susciter l'adhésion de la personne concernant les échanges avec les partenaires.

Enfin le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd) a publié un guide sur la prise en charge des urgences en contexte addictologique (127). Les éléments de repérage des urgences définis dans ce guide sont un point d'appui utile pour la rédaction de protocoles d'intervention et de réponse aux situations d'urgence dans les établissements, car au-delà des urgences somatiques, ce guide propose également le repérage et le traitement des urgences psychiatriques et sociales en contexte d'addictologie.

Le guide rappelle tout d'abord que, sauf inconscience de la personne, il est nécessaire d'entrer en relation avec elle :

- en acceptant la personne de façon inconditionnelle, en adoptant une attitude de non-jugement et d'accueil, en ne mettant de limite qu'aux discours et comportements qui menacent autrui, et en le lui faisant ressentir ;
- en expliquant qui on est et en affirmant sa disponibilité et son empathie ;
- en l'aidant à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique, en reformulant pour lui permettre de se sentir comprise ou d'exprimer en quoi elle ne l'est pas ;
- en limitant l'utilisation des questions fermées à la recherche des informations indispensables à la prise de décision et en ne commençant pas l'entretien par un « interrogatoire » ;
- en donnant à la personne, et avec son accord, les informations nécessaires à sa prise de décision, de manière claire, compréhensible et non menaçante et en la laissant décider ;
- en respectant l'espace personnel de la personne : pas de contact physique ou rapproché ou à l'inverse, possibilité d'accompagner ses paroles de contacts physiques ;
- en acceptant la présence d'un tiers aidant (entourage, proche, pair).

Il est également important d'éviter la confrontation en :

- évitant de se mettre en position supérieure ;
- niant la compétence pratique et l'autonomie du sujet ;
- donnant des leçons et posant des questions non directement utiles.

Concernant la gestion des urgences psychiatriques, le guide conseille :

- d'informer et prévenir avant la prise de produits et lors du déclenchement de la crise ;
- de protéger, accompagner et rassurer pendant la crise ;
- de veiller à la fin de celle-ci et de débriefer, la crise pouvant être un moment opportun pour l'entrée dans les soins.

Par ailleurs, le guide donne des conseils précis en fonction des manifestations de la crise. Enfin, il donne des éléments de gestion des crises sociales et notamment des situations de sans-abrisme (115 – SIAO et Caarud) et des situations de violences sur les femmes ou les enfants.

4.1.2. L'état des pratiques

L'appel à contribution fait remonter des pratiques d'accompagnement pour les personnes présentant des addictions. Dans l'ensemble, les exemples proposés montrent des approches basées sur la réduction des risques et des dommages et un cadre souple qui s'adapte aux besoins et envies de la personne. Il peut s'agir par exemple d'assouplir des règlements de fonctionnement pour les mettre en cohérence avec la réalité des personnes présentant des problématiques addictives. La question des consommations est abordée de manière transparente avec les personnes. Les expérimentations présentées s'appuient également sur les réseaux partenariaux (CSAPA, Caarud, centres de cure) pour proposer des réponses aux personnes présentant des problématiques addictives. Des établissements proposent des ateliers spécifiques, la délivrance du matériel de réduction des risques, des échanges et des mises en situation avec les professionnels de structures de l'addictologie, des formations aux professionnels sur la réduction des risques, sur l'entretien motivationnel...

Les contributeurs indiquent que les addictions rendent l'adhésion des personnes à leur projet plus complexe.

Certains établissements imposent dans leur règlement une interdiction des consommations.

4.1.2.1. Les avis du groupe de travail

Le groupe s'entend sur l'importance de développer une approche de réduction des risques et dommages, incluant la formation/sensibilisation des équipes, la délivrance de conseils et de matériel et l'accompagnement des consommations (en direct ou via le partenariat spécialisé).

Les règlements de fonctionnement des établissements doivent prendre en compte cette approche et respecter les libertés de chacun au sein des espaces privés.

Le cahier des charges des ACT « Un chez-soi d'abord » prévoit une personne formée à la réduction des risques et des dommages au sein de l'équipe. Des partenariats sont mis en place pour la prévention. Mais certaines personnes préfèrent un hébergement collectif pour mieux gérer leurs addictions (ACT psychiatriques en regroupés).

4.2. La santé mentale

4.2.1. L'accompagnement orienté rétablissement

Le rétablissement est un concept développé par des usagers de la psychiatrie aux États-Unis dès la fin des années 1970. Il désigne un cheminement personnel pour se réapproprier sa vie. « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale...²³ ».

Le rétablissement permet à la personne de développer les compétences nécessaires pour avoir une vie satisfaisante et être un citoyen comme les autres même en cas de persistance des symptômes. En ce sens, la notion de rétablissement personnel telle que développée notamment par Anthony n'est pas

²³ Définition proposée par Anthony, usager concepteur du mouvement du rétablissement.

identique à la notion de rétablissement clinique entendue comme une rémission ou une disparition des symptômes. Une revue systématique (128) qui investigate les liens entre rétablissement personnel et rétablissement clinique conclut d'ailleurs à une corrélation négative faible entre la force des symptômes et la capacité à se rétablir, à retrouver de l'espoir et de la capacité d'agir. Les auteurs en concluent que porter une attention plus particulière au rétablissement personnel dans le traitement et la prise en charge des personnes avec des troubles schizophrènes correspondrait mieux aux besoins des personnes.

Des experts espagnols, qui n'ont pu dégager un consensus concernant un concept standardisé du rétablissement « fonctionnel », donnent néanmoins des éléments de définition de celui-ci pour des patients atteints de schizophrénie (129). Il est en lien avec d'autres concepts tels que la qualité de vie, la cognition et la rémission clinique. La rémission des symptômes, l'autonomie personnelle, l'activité professionnelle, les relations sociales et les facteurs environnementaux ont un lien sur le rétablissement fonctionnel. Mais les experts sont d'accord sur le fait que la définition du rétablissement fonctionnel diffère entre les cliniciens plus intéressés par les aspects cliniques, et les patients et leurs proches plus intéressés par les résultats sur leurs projets de vie et dans leur vie quotidienne.

Nous garderons ici la notion de rétablissement personnel, telle que développée par les usagers de la psychiatrie.

Malgré les difficultés à adopter une définition commune du rétablissement, une étude américaine montre qu'environ un tiers des personnes ayant eu un diagnostic de santé mentale sont en rétablissement (130).

Par ailleurs, la littérature montre que des conditions sont nécessaires pour permettre le processus de rétablissement. Il s'agit d'accéder à une sécurité matérielle : nourriture, logement. Répondre aux besoins primaires des personnes leur permet de se projeter et d'élaborer d'autres besoins (131).

Le rétablissement repose sur les principes suivants (132).

- Faire primer la participation : cela inclut le recrutement des pairs dans les équipes de soins.
- Faciliter l'accès aux soins : les équipes soignantes se déplacent vers les personnes et proposent un accompagnement sur l'ensemble de leurs problématiques. Il n'y a pas de prérequis pour accéder aux soins.
- Assurer la continuité des soins, en s'appuyant sur l'environnement des personnes.
- S'appuyer sur les compétences des personnes en les aidant à se réapproprier leurs compétences et leurs talents.
- Proposer un plan individualisé de rétablissement.
- Guider la personne dans son rétablissement en l'aidant à retrouver ses objectifs et ses aspirations.
- Connaître et rendre accessibles les ressources de l'environnement.
- Identifier et lever les barrières au rétablissement.

Pour le praticien

- Proposer une écoute active et respectueuse à la personne pour l'aider à comprendre ses problématiques.

- Aider la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir.
- Croire dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ces objectifs et le lui montrer.
- Recenser avec la personne les ressources de l'environnement permettant l'atteinte des objectifs.

Pour l'institution

- Proposer un accompagnement des personnes dans leur environnement.
- Intégrer les compétences des personnes en rétablissement dans les équipes.
- Former le personnel au concept de rétablissement.

Une revue systématique proposant une synthèse thématique identifie les facteurs et processus permettant le rétablissement pour les personnes schizophrènes (133). Elle identifie quatre types de facteurs facilitant le rétablissement.

Stratégies d'adaptation et réévaluation : quatre stratégies identifiées par les patients

- La nécessité d'accepter la maladie. C'est un des facteurs qui permet de changer de perspective vis-à-vis de la maladie.
- Les patients ont besoin de temps pour des allers-retours, négocier avec eux-mêmes et comprendre qui ils sont et comment ils se voient. Cela signifie prendre en compte la temporalité, comparer avec d'autres et lire. Cela inclut la prise en compte des effets des médicaments. Les références au passé doivent permettre d'identifier une identité, des traits de caractère, des compétences, des formations et des responsabilités positives.
- Les personnes se présentent aux autres en dédramatisant leur maladie à cause de la peur d'être rejeté. Cela permet de lutter contre la stigmatisation associée à la maladie.
- Les personnes identifient l'importance de l'espoir et d'avoir un désir de changement comme essentiels au rétablissement.

Réponses à la maladie : trois stratégies identifiées

- Les personnes identifient que prendre les médicaments à temps est la seule solution pour la rémission des symptômes. Il est donc important de comprendre que traitement et rétablissement peuvent coexister. La prise de traitement est importante pour prévenir les décompensations, il est important que les personnes veuillent prendre le traitement et que l'entourage les soutienne.
- Les personnes doivent améliorer leurs habitudes de vie en lien avec la santé (cigarette, consommation d'alcool, exercice...).
- Les patients en prise avec les symptômes négatifs sont occupés avec leurs symptômes et non disponibles. Il est nécessaire de faire l'effort de passer au-dessus des symptômes qui empêchent la vie sociale en surmontant ses pensées. Cela inclut se détourner des symptômes, s'efforcer de poursuivre une conversation normale malgré les symptômes, reconnaître que ses pensées ne sont pas la réalité et comprendre que des interactions normales sont possibles. Les traitements peuvent aider à contrôler la maladie.

Soutien social, relations sociales et appartenance : trois sources de soutien identifiées

- Le soutien individuel des pairs et des amis (moins intrusifs et pouvant accepter les comportements, et avec lesquels il n'est pas nécessaire de parler de la maladie), en particulier si la famille est absente.
- La famille peut apporter un soutien important.
- La foi religieuse peut être un soutien important en donnant un sentiment d'appartenance à une communauté et de la force contre la maladie qui va protéger, guider et rassurer les personnes.

Trois aspects liés à la valeur du soutien et la manière dont il est apporté

- Il est essentiel d'avoir accès à des personnes qui écoutent, acceptent, valorisent et comprennent. De petites marques d'attention peuvent faire la différence.
- Il y a un besoin de restaurer la confiance. Une relation de confiance permet aux personnes d'être plus honnêtes et ouvertes.
- S'occuper des autres à une grande valeur car cela donne un sens à la vie de la personne.

Et trois types de facteurs qui sont des freins au rétablissement !

- Interactions négatives et isolement. Trois difficultés sont identifiées :
- les addictions ;
- la stigmatisation des expériences des autres personnes ;
- le processus d'isolement progressif et de rupture avec son entourage a un impact important sur le rétablissement.
- La non-maîtrise des compétences psychosociales et les barrières internes :
- manque de confiance en soi.
- L'absence d'espoir. Deux difficultés sont identifiées :
- incertitude liée au caractère imprévisible des décompensations qui met à mal le processus de rétablissement. Cette incertitude s'aggrave lors de l'exacerbation de la maladie ;
- le désespoir s'installe avec le sentiment qu'un rétablissement complet ne peut pas être possible et lorsque les symptômes ont un impact sur la vie et le fonctionnement au quotidien. La notion de rétablissement complet renvoie au besoin de retrouver son statut et son identité sociale.

Les résultats montrent aussi que l'absence d'activités donnant du sens aux personnes accessibles sans aucune forme de soutien peut influencer négativement les capacités de rétablissement.

Les auteurs concluent que l'identité joue un rôle central dans le processus de rétablissement. Un processus cognitif peut se développer quand l'individu développe un sens de lui-même. Il est essentiel que la maladie ne soit pas l'identité de la personne car cela empêche l'espoir. S'appuyer sur l'identité et les compétences que la personne a développées par le passé peut être un véritable outil pour les professionnels. Cela peut aider à ce que la personne comprenne que l'identité est évolutive et qu'elle peut ne pas rester figée dans la maladie.

Le rôle majeur du rétablissement est de permettre aux personnes de rebâtir une vie indépendante de la maladie. Permettre un accès à des activités qui fassent sens peut aider. Le choix des activités doit s'appuyer sur les compétences sociales présentes et passées des personnes. Prendre le contrôle et réussir permet d'aider les personnes à poursuivre les interactions sociales.

La revue montre l'importance de liens sociaux étroits dans un petit réseau de soutien pour aider à prévenir les décompensations et développer le rétablissement.

Obtenir des responsabilités personnelles est également important dans le rétablissement. Mais la revue met en avant le fait que les individus ne pourront probablement pas le faire avant d'avoir un regard plus positif sur leur maladie.

Une revue systématique évalue l'efficacité des interventions de réhabilitation psychiatrique sur le rétablissement (134). Elle s'intéresse aux résultats sur le fonctionnement neurocognitif mais également aux résultats sur le fonctionnement social (capacité à accomplir les actions de la vie quotidienne, y compris le logement, le travail et les compétences sociales).

Les interventions étudiées sont les suivantes.

- **La remédiation cognitive** : c'est une intervention fondée sur la formation comportementale qui a pour objectif d'améliorer les processus cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives, cognition sociale ou métacognition) avec un objectif de durabilité et de généralisation. Les auteurs préconisent une évaluation systématique des troubles cognitifs pour les personnes schizophrènes, ces troubles ayant des conséquences sur leur vie.
- **La psychoéducation** : dans un premier temps, les personnes schizophrènes ont souvent le sentiment d'avoir perdu toute capacité personnelle à agir et tout espoir dans la possibilité de se rétablir. La psychoéducation consiste à délivrer des informations systématiques, structurées et didactiques sur la maladie (signes et symptômes, prévention des décompensations) et son traitement, y compris l'intégration des aspects émotionnels, afin de permettre aux patients ou à la famille de faire face à la maladie. Elle propose des solutions aux problèmes rencontrés et des compétences d'adaptation. Elle suppose l'établissement d'une relation collaborative entre les professionnels de santé mentale et les patients ou leur famille pour rendre la personne actrice. Les thérapies familiales présentent de nombreuses similarités avec la psychoéducation. Elles donnent aux proches les clés d'identification de la maladie.
- **Les thérapies cognitives et comportementales** : traitements non médicamenteux. Elles comprennent deux techniques principales.
 - **Le développement des compétences sociales** : compétences de réception (perception sociale), compétences de traitement (cognition sociale) et compétences d'envoi (réponse ou expression comportementale). Le manque de compétences sociales est une difficulté majeure des personnes schizophrènes.
 - **Les thérapies cognitives** : les personnes souffrant de psychose présentent des biais dans le raisonnement et la compréhension de l'autre. Elles ont tendance à des conclusions hâtives et ont peu de flexibilité dans leurs croyances. Les thérapies cognitives ont pour objectif d'aider les personnes à modifier leurs croyances erronées en leur permettant d'identifier le lien entre perceptions, croyances et leurs réactions émotionnelles et comportementales.

Les résultats principaux sont les suivants.

- **La remédiation cognitive** : elle diminue les effets des troubles cognitifs et leurs impacts sur la gestion du quotidien. Elle améliore (faiblement) le fonctionnement social et les symptômes (elle

semble plus efficace sur le traitement des symptômes négatifs). Elle améliore les compétences pour l'emploi de la personne. Elle est plus efficace avec les patients présentant le moins de symptômes. Elle semble plus efficace en association avec des programmes de réhabilitation psychiatrique (psychoéducation et programmes de développement des compétences sociales, professionnelles et de la vie quotidienne).

- **La psychoéducation** : les critères d'évaluation de la psychoéducation sont le taux de décompensation (y compris dans la psychoéducation familiale), la diminution des symptômes, l'adhésion aux traitements, la connaissance de la maladie et le fonctionnement dans la communauté. La psychoéducation semble efficace sur le taux de décompensation et accroît la connaissance sur la maladie ainsi que l'adhésion aux traitements, mais elle n'améliore pas les symptômes ou le fonctionnement social. Elle aide à l'acceptation par la personne de sa maladie. La psychoéducation familiale semble la plus efficace.
- **Le développement des compétences sociales** : les approches fondées sur le développement des compétences sociales montrent des résultats sur l'acquisition d'un nombre plus important de compétences (compétences comportementales, fonctionnement social), une augmentation de la satisfaction et, dans une moindre mesure, dans la réduction des symptômes négatifs.
- **Les thérapies cognitives** : elles montrent des résultats durables dans le temps dans la gestion du stress lié aux symptômes de la maladie. Elles sont efficaces dans la réduction des symptômes et pour développer le fonctionnement social.

Le consensus d'experts espagnols (129) indique que le rétablissement fonctionnel est influencé par des facteurs environnementaux tels que le stress, les addictions, les conditions socioéconomiques et les dynamiques familiales, mais aucun de ces facteurs ne peut cependant prédire le rétablissement ou non. Les symptômes négatifs et cognitifs ont également un impact sur le rétablissement fonctionnel. Les experts s'accordent en outre sur le fait que l'autostigmatisation a un impact plus important sur le rétablissement que la stigmatisation sociale.

Les experts s'accordent sur la nécessité de mettre en place des interventions psychosociales pour permettre le rétablissement. Les interventions familiales et celles qui permettent le développement des compétences psychosociales et de l'employabilité sont les plus utiles pour le rétablissement. Même si la réhabilitation cognitive est jugée utile dans les interventions psychosociales, les désordres cognitifs ne sont pas la cible première de ces interventions. Le rétablissement fonctionnel est l'objectif premier du traitement médicamenteux.

Enfin, la plupart des experts (87 %) s'accordent sur le fait que le rétablissement est un objectif accessible pour les personnes schizophrènes.

Un dossier consacré au rétablissement (135) regroupant six articles aborde la question du rétablissement et montre que dans ce processus, le patient et le soignant doivent adopter une vision commune, le cheminement de la reconstruction aidant le patient à reconstruire une identité et une nouvelle vie. Pour ne pas aggraver l'état du patient, il convient de l'informer du programme thérapeutique, de le responsabiliser quant à ses actes et de fixer les objectifs dans une relation aidante.

Dans leurs parcours vers le rétablissement, les patients font face à des obstacles juridiques, sociaux, des limites personnelles et des représentations des soignants. S'agissant d'une expérience personnelle, les malades doivent retrouver l'espoir, prendre des responsabilités pour changer leur vie et reconstruire leur identité. Pour ce faire, il est important qu'ils bénéficient d'un environnement favorable reconnaissant leur dignité et leur potentiel.

Tout en respectant le rythme de la personne, l'insertion sociale et la qualité de vie peuvent être améliorées à travers la reconnaissance des patients comme étant des personnes à part entière tant dans le cadre des soins que dans la société. Des rencontres avec des personnes vivant avec des troubles psychiques et des soignants portés par l'espoir du rétablissement du patient permettent d'encourager cette dynamique.

La conception du soin doit permettre :

- l'amélioration de la liberté et de l'autonomie de la personne, et l'apaisement de sa souffrance ;
- le dépassement des représentations du patient et du professionnel, prenant en compte les environnements de chacun ;
- le positionnement de la personne malade, comme une personne à part entière.

Si la psychothérapie analytique est considérée comme un processus long qui vise la réorganisation psychique du patient ayant un symptôme qui induit la souffrance, cette expérience essaie de soigner le patient en le considérant comme porteur du savoir sur lui-même et cherche la valorisation et l'originalité du sujet. Lorsqu'elle est menée avec engagement, elle peut soulager la souffrance du patient et améliorer son rapport à l'existence.

Le retour d'expérience sur les appartements thérapeutiques montre que ce dispositif offre un service de soins en appartement et permet aux participants de rétablir leurs capacités psychiques par une participation au lien du quotidien. Les expériences des patients permettent aux soignants de saisir leur attitude dans le processus de rétablissement qui passe par l'acceptation de ne pas tout contrôler, l'acceptation des limites proposées par les patients et l'accompagnement du « mouvement vers » afin de valoriser les aptitudes des personnes.

Une patiente qui retrace son chemin vers le rétablissement affirme que son parcours repose sur des rencontres bienveillantes et constructives qui lui ont permis de réapprendre les gestes du quotidien, d'avoir à nouveau des projets et d'avancer à son rythme vers le rétablissement. Dans son processus de rétablissement, les professionnels ont adapté leur accompagnement dans le temps, ont eu confiance dans son rétablissement et ont su fixer des objectifs réalisables pour chaque étape. La réinsertion sociale s'est réalisée dans un CHRS et via un groupement d'entraide mutuelle (GEM), les pairs-aidants ayant eu une place importante dans ce processus. Après le rétablissement, il reste une part de vulnérabilité et la possibilité d'une rechute car « on ne guérit pas de cette maladie », mais en se connaissant soi-même et en demandant de l'aide, cela est surmontable.

Une étude montre également que pour les jeunes sans domicile, les réseaux de soutien familiaux et sociaux influent positivement le rétablissement. Plus les jeunes disent avoir de tels réseaux et plus ils se déclarent en rétablissement (136).

4.2.2. Les données de la littérature

Une étude évaluant les besoins d'accompagnement en santé mentale des personnes sans domicile au Canada fait le constat que les services proposés ne sont pas en lien avec les besoins évalués (via une évaluation standardisée du niveau de soin nécessaire pour les services de psychiatrie en Ontario).

Les auteurs recommandent de développer des approches intégrées entre les services psychiatriques et les services d'hébergement des personnes sans domicile et de développer un programme intégré de soins psychiatriques à destination des personnes sans domicile. Un outil structuré d'évaluation de la santé mentale est indispensable pour planifier des soins et des dispositifs de soutien répondant aux besoins des personnes (137).

Une étude concernant l'efficacité d'un programme d'accès aux soins pour des personnes sans domicile avec des troubles mentaux (138) montre des résultats probants en termes d'amélioration de la santé physique et mentale, de diminution des symptômes de la maladie mentale, de la mauvaise utilisation des traitements et du nombre d'hospitalisations. Ce programme consiste en une intervention pluridisciplinaire d'une durée de quatre à six mois qui propose un *case management*, un soutien par les pairs, un accès aux soins psychiatriques et des services de droit commun supplémentaires. Cette étude montre notamment que la force de l'alliance de travail entre la personne et le *case manager* réduit le recours au système de soins et les symptômes de la maladie mentale. Les auteurs concluent qu'une intervention brève pluridisciplinaire semble être une approche prometteuse pour améliorer la santé mentale des personnes sans domicile.

4.2.3. Les recommandations concernant l'accompagnement des personnes avec une problématique de santé mentale

L'ANESM a proposé une recommandation concernant les « spécificités de l'accompagnement des personnes avec des adultes handicapés psychiques » (139). Cette recommandation détaille, dans chaque champ de l'accompagnement (vie relationnelle, affective et familiale, habitat, vie quotidienne et courante, emploi, formation et activités et santé) les mesures à mettre en œuvre pour accompagner les personnes. Il s'agit notamment de coconstruire avec la personne un accompagnement visant à renforcer ses capacités à agir dans tous les domaines de sa vie. Le renforcement de ses capacités à agir s'appuie sur la délivrance d'une information claire et la prise en compte de ses demandes (et non-demandes). Il convient par ailleurs d'ajuster le projet en fonction de la variabilité et de l'évolutivité des troubles, de s'appuyer sur les partenaires du droit commun et du handicap, ainsi que sur les réseaux de la personne pour mettre en œuvre ce projet. Il est recommandé également de participer à la sensibilisation des partenaires aux spécificités de l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique.

Concernant la gestion des crises, l'ANESM recommande d'identifier avec la personne les éléments du repérage, de la prévention et de la gestion de la crise et de les intégrer dans son dossier avec son accord.

Le guide de l'ARS Île-de-France (126) propose également des recommandations pour l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, associée ou non à une maladie mentale :

- rechercher systématiquement la participation de la personne, prendre en compte ses capacités de décision et d'évolution, et sa capacité à développer son pouvoir d'agir ;
- adopter une posture d'empathie et de respect de la différence de l'autre ;
- intervenir sans être intrusif, laisser le choix et le temps à la personne ;
- accepter les retours en arrière ;
- travailler l'estime de soi.

Et le guide propose des actions à mettre en œuvre :

- orienter et accompagner vers les soins ;
- lutter contre les stigmatisations et les discriminations ;
- outiller les équipes pour leur permettre d'identifier les problématiques de santé mentale : savoir repérer les signes de souffrance, les besoins de protection, savoir accompagner vers les partenaires appropriés et savoir gérer les violences ;
- prévenir les ruptures du parcours de soins ;
- s'inscrire dans un travail en partenariat et en réseau, y compris avec les associations d'usagers de la psychiatrie, les groupes d'entraide ;
- sensibiliser les partenaires aux problématiques de l'errance (importance du lien de confiance, difficultés dans l'observance des traitements, dans le suivi des soins, dans l'hébergement, dans l'accès aux droits).

4.2.4. L'état des pratiques

Pour l'accompagnement des personnes avec des problématiques de santé mentale, certains contributeurs (notamment du « Chez-soi d'abord ») indiquent utiliser les outils du rétablissement. Certains s'appuient sur le plan de rétablissement pour accompagner le projet de la personne et sur le Wrap pour anticiper et gérer les situations de crise.

Des contributions mettent en avant l'importance des pairs et du savoir expérientiel dans l'accompagnement des personnes avec des problématiques de santé mentale. L'accompagnement par les pairs permet de développer des groupes d'autosupport.

Les contributeurs (hors dispositif « Un chez-soi d'abord ») font également remonter la difficulté à proposer des solutions de sortie adaptées, certaines personnes nécessitant un accompagnement sur le long terme. Les contributeurs proposent de développer des places et des dispositifs adaptés (type résidence accueil).

4.2.5. Les avis du groupe de travail

L'approche rétablissement est portée par le « Chez-soi d'abord ». Les outils (Wrap, plan de rétablissement, approche par les forces, soutien par les pairs) sont développés. L'accompagnement est adapté aux personnes. Le groupe de travail partage l'intérêt de cette approche.

Le groupe de travail valide l'importance de professionnels formés/sensibilisés aux problématiques de santé mentale. Cela permet de mieux comprendre et appréhender les réactions des personnes et de proposer un accompagnement adapté.

Les membres du groupe travaillant dans des établissements dédiés à l'accueil de personnes avec des problématiques psychiatriques insistent sur l'importance de proposer un soutien et une sensibilisation aux partenaires.

4.3. Le psychotraumatisme

4.3.1. Les données de la littérature

Les deux définitions les plus complètes et les plus reconnues du psychotraumatisme sont :

- celle de Crocq : « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » ;
- celle correspondant au Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV : troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s).

On peut donc définir le psychotraumatisme comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, postimmédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement pour y échapper (phobies, retrait), des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les autotrainer (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes).

Un guide a été publié par les autorités de Colombie-Britannique (Canada) (140) pour développer les connaissances et améliorer les pratiques auprès de personnes ayant subi un trauma. Le groupe d'experts canadiens (Strike et al., 2015) suggère que les professionnels travaillant auprès des publics concernés (programmes d'échange de seringues notamment) soient formés à la prise en compte de la stigmatisation et du trauma.

Ils peuvent être de plusieurs types :

- trauma simple (accident, catastrophe naturelle, événement ponctuel de violence vécu en tant que victime ou témoin) ;
- trauma complexe ou répétitif (guerre, abus ou violences répétés, tels que les violences conjugales ou intrafamiliales...) ;
- trauma développemental : résultant d'un trauma précoce survenu dans l'enfance ou l'adolescence (abandon, négligence, agressions physiques, sexuelles ou psychologiques...) ;
- trauma intergénérationnel : pouvant affecter les personnes vivant aux côtés d'une victime de trauma ;
- trauma historique : résultant d'un événement majeur infligé à un groupe par une population dominante (génocide, esclavage, persécution...) et dont les effets sont ressentis tout au long de la vie et sur plusieurs générations.

Étant donné la prévalence du psychotraumatisme parmi les personnes sans domicile, il est recommandé que les services concernés développent des pratiques tenant compte du trauma (*trauma-informed*) qui ont fait la preuve de leur efficacité. Cette prise en compte permet d'améliorer les relations avec les personnes accueillies, d'éviter les erreurs de diagnostic, de ne pas minimiser ou réactiver un trauma vécu et de faciliter l'adhésion aux soins et le maintien dans les soins.

Ces approches reposent sur trois principes :

- la conscience du trauma. Développer la connaissance, par les professionnels et les personnes accueillies, de la fréquence et de l'impact du trauma, des stratégies d'adaptation développées par les personnes et des conséquences sur la santé somatique, psychique et sur la consommation de substances psychoactives ;
- l'accent sur la sécurité et la fiabilité. Mettre en place un cadre physiquement et émotionnellement sécurisant pour les personnes accueillies (locaux, interactions avec l'équipe à tous les niveaux : admission, information sur l'accompagnement, planification, recherche du consentement éclairé) mais aussi pour les professionnels (supervision, prévention de la souffrance au travail) ;
- l'importance du libre choix, de la collaboration et du lien. L'accompagnement vise, à toutes les étapes, à restaurer le sentiment d'efficacité, l'autodétermination, la dignité et le contrôle du processus par les personnes.

La mise en œuvre d'une approche tenant compte du trauma peut connaître plusieurs étapes, qui forment un continuum à adapter aux contextes particuliers.

Préparation. Il s'agit d'intégrer la prise en compte du trauma à toutes les étapes de l'accompagnement, à travers :

- le renforcement des postures professionnelles. Prise de recul sur les éventuels vécus traumatiques personnels des intervenants, supervision, prévention du traumatisme vicariant et de l'épuisement professionnel ;
- la formation des professionnels. Former les intervenants à la connaissance du trauma et de ses impacts dans différents contextes culturels, adopter une réflexion et un langage qui sortent du registre problématique : le questionnement n'est plus « Qu'est-ce qui ne va pas chez cette personne ? » mais « Qu'est-ce que qui lui est arrivé ? ».

Engagement. Il s'agit de favoriser l'entrée et le maintien dans l'accompagnement en tenant compte de la trajectoire des personnes (modalités d'arrivée dans la structure, etc.) et en mettant en place des pratiques respectant deux principes :

- proposer un cadre fiable et sécurisant, en tenant compte des obstacles (précarité, situation administrative...), en pourvoyant aux besoins immédiats (nourriture, logement, vêtements), en étant transparent dans les objectifs et les modalités de l'accompagnement ;
- rechercher la collaboration et le consentement éclairé des personnes, en les accompagnant dans l'explicitation de leurs priorités, dans la réactivation d'un réseau de soutien, dans la facilitation de l'accès à la structure (transport, garde d'enfant...).

Dépistage du trauma : il existe un consensus dans la littérature en faveur d'un questionnement à propos du trauma lors de l'admission dans les services de santé mentale et d'addictologie. Dans les autres contextes, il faut tenir compte d'une part des inconvénients liés à un questionnement trop direct ou prématuré et d'autre part des avantages liés à un repérage précoce. Chaque structure devrait mener une réflexion sur l'opportunité du questionnement et le cas échéant, sur ses modalités.

Reconnaissance du trauma : il s'agit d'accompagner les personnes dans la reconnaissance des liens entre les vécus traumatiques et les difficultés actuelles rencontrées (somatiques, psychiques, sociales...), de déstigmatiser les manifestations du trauma (flash-back, dissociation...), de déculpabiliser les personnes et de renforcer le soutien des professionnels, des pairs et de l'entourage.

Une organisation tenant compte des traumatismes vécus :

- reconnaît l'étendue de l'impact du trauma et son importance dans le rétablissement des personnes ;

- identifie les signes et symptômes de trauma parmi les usagers, leurs proches et/ou les membres de l'équipe ;
- intègre la prise en compte du trauma dans ses pratiques et ses procédures ;
- évite la retraumatisation (141).

Les six principes clés pour la mise en place d'une approche tenant compte des traumatismes vécus sont :

- la sécurité, l'organisation du service garantissant la sécurité physique et psychologique des usagers et de l'équipe ;
- la confiance et la transparence : les procédures et décisions sont menées dans la transparence et dans le but de construire et maintenir la confiance ;
- le soutien par les pairs (personnes ayant vécu un psychotraumatisme) ;
- la collaboration et la mutualité : nivellement des relations de pouvoir entre usagers et professionnels et entre professionnels (chacun joue un rôle dans l'approche sensible au trauma) ;
- le pouvoir d'agir et le choix : les capacités de la personne sont reconnues et ses choix respectés dans la conduite de l'accompagnement ;
- l'interculturalité, l'histoire et le genre : le service réfute les stéréotypes (fondés sur l'origine, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle...), reconnaît le traumatisme historique et adopte des procédures respectueuses des spécificités ethniques et culturelles.

Par ailleurs, une étude montre que travailler sur le développement des compétences psychosociales est adapté aux personnes présentant des traumatismes. Cela permet de diminuer le stress post-traumatique (142).

4.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques

Concernant les bonnes pratiques d'accompagnement des psychotraumatismes, l'ANESM et la HAS proposent des recommandations concernant le dépistage et l'accompagnement des violences conjugales.

La recommandation « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs au sein du couple » (143) propose des recommandations utiles pour le repérage des violences au moment de l'évaluation et pour l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales. Ainsi, l'ANESM recommande de mettre en place un cadre favorisant la divulgation des violences (communication proactive, actions de prévention, actions de promotion de la santé visant à sensibiliser les personnes accueillies sur les effets de la violence). Elle recommande d'identifier et d'évaluer les signes d'alerte en questionnant toute personne présentant des signes de coups et blessures, en identifiant les différentes stratégies utilisées par l'auteur, les symptômes des violences pour la victime et pour l'enfant victime, en évaluant avec l'encadrement la situation au regard du contexte, de la connaissance de la personne et des freins éventuels à la divulgation des violences et selon les circonstances, en questionnant la personne et en rappelant le caractère répréhensible de ces violences. Enfin elle recommande d'apporter un soutien immédiat, en délivrant un soutien de première intention, en informant des mesures de protection existantes, en évaluant les risques en termes de sécurité et en orientant vers les services de soutien adaptés.

En matière d'accompagnement, l'ANESM recommande :

- d'assurer un accueil en urgence, sécurisant et sécurisé. Cet accueil doit permettre, dans le respect de la temporalité de la personne, d'évaluer les besoins, de délivrer les conseils relatifs

- à la sécurité, de recueillir les informations, d'évaluer les besoins de mise en sécurité, de prévenir la victimisation secondaire (non-jugement et coconstruction) ;
- d'accompagner la restauration de la santé physique et mentale en remettant la personne au centre de son parcours d'accès à la santé et en développant son pouvoir d'action, en évaluant ses besoins et en repérant les signes de répercussion de la violence sur la santé physique et mentale ;
- de soutenir le renforcement des compétences face aux violences, en favorisant la compréhension par la personne de la dynamique de la violence et en l'aidant à développer des stratégies pour y faire face, en soutenant le renforcement des compétences personnelles et sociales ;
- de favoriser l'autonomisation économique et sociale de la personne.

La recommandation de la HAS concerne le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple (144). Elle s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention. La HAS recommande de : créer un environnement favorable (en affichant des informations, en distribuant des brochures, en recevant la femme seule...) ; questionner systématiquement, y compris en l'absence de signe d'alerte ; accorder une vigilance particulière aux femmes enceintes ou en post-partum ; prendre en compte les enfants du foyer ; expliciter les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir ; évaluer les signes de gravité ; établir un certificat médical ; si besoin, faire un signalement ; informer la victime en fonction de sa situation ; s'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire. La HAS précise que le praticien doit être à l'écoute et consacrer du temps à l'entretien, ne doit pas porter de jugement ni banaliser ou minimiser les faits, mais encourager la victime dans sa démarche pour demander de l'aide.

Enfin, la HAS travaille à l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge du psychotraumatisme chez l'adulte et l'enfant. Les apports de cette recommandation pourront être utilisés pour ajuster les pratiques d'accompagnement pour les personnes avec des vulnérabilités spécifiques.

4.3.3. Les avis du groupe de travail

Le groupe de travail souligne la prévalence des psychotraumatismes parmi les personnes accueillies, indique qu'il est nécessaire de réfléchir en équipe à l'intérêt ou non du dépistage systématique de ce traumatisme et de le prendre en compte dans l'approche des personnes.

Le groupe de travail valide l'importance de professionnels formés/sensibilisés aux problématiques de santé mentale. Cela permet de mieux comprendre et appréhender les réactions des personnes et de proposer un accompagnement adapté.

5. La nécessaire coordination sur un territoire entre et dans les secteurs sanitaire, social et médico-social pour accompagner les personnes dans leur parcours

5.1. Quelques éléments de définition

Coordination

L'article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles précise que « la coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements ».

Elle renvoie à « l'articulation des interventions des différents pourvoyeurs de soins, de services et d'aides relevant de trois secteurs d'activité : le secteur sanitaire, qui recouvre les acteurs institutionnels, la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ; le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes ; et le secteur médico-social, [...] qui regroupe les établissements d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile » (145).

Cette coordination nécessite un décloisonnement des cultures et des pratiques professionnelles. Elle s'inscrit dans le territoire d'implantation de l'établissement (146).

Parcours

Le parcours de soins désigne la trajectoire d'une personne au sein du système de soins.

Le parcours de santé désigne l'articulation du parcours de soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Le parcours de vie désigne l'évolution de la personne dans son environnement (scolarisation, parcours professionnel, réinsertion, logement). Il comprend « l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît » (147).

Il appartient au monde sanitaire, social et médico-social, de s'organiser en fonction du parcours de vie des personnes et plus précisément en fonction de leurs besoins tout au long de leur vie (148).

Territoire

La notion de coordination des parcours s'inscrit dans et sur un territoire, aussi la définition de territoire utilisée dans la recommandation est celle proposée par l'ANESM. Il s'agit du territoire avec lequel l'établissement interagit ou pourrait interagir : la ville, la communauté de communes, le département, le bassin de vie... Ce territoire, spécifique à chacun des établissements est délimité en fonction de ses missions et de ses activités (149).

5.2. Les éléments de la littérature

Les éléments de littérature développés ci-dessous identifient l'importance de la coordination des acteurs et du travail en réseau et en partenariat pour éviter les ruptures de parcours dans l'accompagnement social et les soins des personnes sans domicile.

5.2.1. Le parcours de soins des personnes sans domicile

L'article « The role of effective discharge planning in preventing homelessness » (150) identifie la sortie des institutions (prison, hôpital général ou psychiatrique, centre d'hébergement...) comme présentant des risques pour la continuité du parcours de soins, et propose des bonnes pratiques de planification de la sortie issues d'études récentes dans les domaines du sans-abrisme, de la santé mentale et de la justice pénale.

La planification de la sortie fait partie du parcours de soins, allant de l'évaluation et du traitement jusqu'aux services et à la coordination des services dans la collectivité. Cette organisation de la sortie est considérée comme une stratégie de prévention efficace.

Un premier temps d'évaluation identifie les points forts, les points faibles et les besoins des personnes. Cette évaluation doit prendre en compte l'hypothèse que les personnes à risque d'exclusion liée au logement présentent souvent des comorbidités. Si l'évaluation initiale révèle des antécédents de sans-abrisme ou d'instabilité résidentielle, la planification de la sortie doit être axée sur les interventions en matière de logement. Il est également important de déterminer la situation économique, l'aptitude au travail et les droits aux prestations.

La planification des sorties varie en fonction des besoins des personnes et des ressources disponibles. Idéalement, elle est effectuée par une équipe de planification. L'appartenance culturelle et linguistique, les croyances, le style de communication ainsi que les besoins et les préférences de chaque individu ont une place importante dans ce processus. Des options de logement sont déterminées en amont grâce à des partenariats avec les services de l'environnement et des ententes avec des bailleurs. La planification de la gestion financière, l'accès aux médicaments et aux soins et le soutien à domicile seront facilités par l'évaluation des ressources disponibles dans l'environnement. L'évaluation de la situation financière de la personne joue également un rôle important dans ce processus, des prestations sociales pouvant être demandées.

Dans l'organisation de la sortie, la coordination et l'intégration des services jouent un rôle important.

Les éléments garantissant l'efficacité des services sont :

- travailler en coordination avec la personne et sa famille ;
- recourir à une communication claire ;
- proposer un *case management* dans la durée ;
- coordonner entre eux les services pour une approche globale, le système optimal étant une intégration des services les uns aux autres par le biais de collaborations, de coentreprises et de protocoles d'entente, de manière à proposer un référent unique à la personne.

Les freins identifiés pour une planification efficace de la sortie sont :

- l'absence de consensus général sur des pratiques normalisées en matière de planification efficace des sorties ;

- l'absence d'identification d'un responsable de la mise en œuvre du planning et de sa qualité ; en général plusieurs professionnels de plusieurs services collaborent, mais aucun responsable n'est identifié et aucun objectif non plus ;
- l'absence d'une formation spécifique aux outils et techniques de planification de la sortie pour les professionnels de santé mentale et du sans-abrisme ;
- une définition partagée par les acteurs des responsabilités de chacun et des résultats attendus ;
- les moyens disponibles (financiers et en termes de temps, notamment pour des hospitalisations courtes) ;
- le planning de sortie doit être adapté aux ressources de l'environnement des personnes ;
- la prévention de l'expulsion doit être intégrée dans les plannings ;
- la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes sans domicile et qui présentent de nombreuses vulnérabilités doit être prise en compte dans la planification des sorties.

Les recommandations sont :

- standardiser les pratiques et développer des outils pour utiliser en routine les plannings de sortie ;
- développer les partenariats indispensables à la continuité des soins et permettant une réelle mise en œuvre des plannings. Pour que les partenariats soient efficaces, les partenaires doivent convenir du circuit de décision, des procédures et pratiques nécessaires et des responsabilités à chaque étape du processus ;
- impliquer les personnes : intégrer des pairs dans les équipes de planification des sorties afin qu'ils apportent leur expérience pour identifier les besoins critiques et qu'ils facilitent le processus de rétablissement.

Une étude menée sur la médiation en santé en France (151) met en valeur la nécessité de développer le travail et les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social. En effet, faire de la médiation en santé nécessite que se rencontrent et collaborent deux « mondes sociaux » : celui des professions de santé et celui de l'action sociale, parfois éloignés l'un de l'autre. La médiation en santé paraît nécessaire au regard du développement des inégalités de santé, mais il apparaît que le monde de la santé n'accorde pas la même place à la prise en compte des inégalités de santé. L'article fait état de la nécessité de favoriser un travail intersectoriel plus efficace. Pour cela, les auteurs développent trois propositions.

- **Favoriser l'intersectorialité dans toutes les formations** en intégrant des contenus de santé dans les formations sociales et des contenus d'accompagnement social dans les formations en santé, en privilégiant une approche globale de la santé, des interventions croisées sur la promotion de la santé, une logique de pouvoir d'agir des populations et un ancrage territorial de proximité.
- **Renforcer l'accessibilité des formations** dans la médiation en santé, les adapter aux publics à former et développer des formations professionnalisantes et diplômantes afin que les médiateurs en santé soient reconnus par les professionnels du soin.
- **Créer ou renforcer les liens et les synergies entre structures et professionnels des deux champs** en s'appuyant sur des cofinancements et en proposant des formations s'adressant conjointement aux structures éducatives, sanitaires, sociales et médico-sociales, notamment dans les quartiers prioritaires et les zones rurales.

Une étude qui s'appuie sur le programme « At Home / Chez soi » (152) souligne l'importance d'aborder le logement comme une composante intégrale de la planification des sorties de l'hôpital. Les investissements dans la continuité des soins, après la sortie de l'hôpital, auront des effets optimaux si les personnes ne restent pas sans domicile. Des solutions globales, couvrant les secteurs de la santé, du logement et de l'aide sociale, sont fortement recommandées pour prévenir la réhospitalisation et répondre aux besoins des personnes sans-abri souffrant de maladies mentales.

Une étude américaine s'intéresse aux freins et leviers permettant de réorienter les personnes anciennement sans domicile vers les médecins généralistes de droit commun, considérant que la réinscription dans le droit commun est une clé de l'intégration de la personne dans son environnement. Cette réinscription dans le droit commun est facilitée lorsqu'elle correspond à un choix de la personne, lorsque les ressources sont disponibles dans l'environnement, et lorsque la personne dispose des connaissances suffisantes sur le fonctionnement du système de santé. Les structures spécifiques pour la prise en charge des personnes sans domicile ont un rôle primordial dans l'accompagnement de celles-ci vers les structures de droit commun (153).

En France, une étude menée auprès de médecins généralistes marseillais s'intéresse au rôle possible du dossier médical partagé (DMP) dans la prise en charge coordonnée des problématiques de santé des personnes sans domicile (154).

Les médecins interrogés font part d'importantes difficultés à reconstituer l'histoire médicale des personnes sans domicile, une partie de ces difficultés étant ressentie comme spécifique à ces patients (état psychique, addictions, phénomène de l'oubli de soi dû à un vécu de déshumanisation ou au contexte de vie à la rue). Les médecins perçoivent favorablement l'utilité pratique du DMP pour les personnes sans domicile. Mais l'acceptabilité sociale soulève plus de réserves, notamment dans le partage d'informations avec les autres professionnels de santé, des questionnements en termes de temps gagné ou perdu pour l'alimentation du DMP, et une crainte d'accentuer le contrôle sur ces patients.

Propositions pour rendre l'accès au DMP possible pour tous

- Développer un accès sans carte Vitale pour les personnes disposant de l'aide médicale d'État (AME), ou déployer des cartes Vitale pour tous.
- Fournir un accès à internet et proposer un accompagnement à l'utilisation du DMP au sein des structures d'accueil pour les personnes sans domicile.
- S'assurer que le DMP est alimenté par les hôpitaux car la récupération des informations des hôpitaux est cruciale.
- Développer un dossier social partagé, car les personnes présentent des problématiques sociales parfois indissociables des problématiques médicales.

5.2.2. Les parcours de santé et parcours de vie

L'ouvrage de Bloch et Hénaut, « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » (145) propose une rétrospective de la structuration de la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale en France jusqu'à l'émergence de la notion de parcours, avec notamment

un focus sur la coordination en santé mentale. Cet ouvrage, à partir d'enquêtes réalisées sur des territoires identifie des facteurs de réussite pour la mise en place de dispositifs coordonnés pérennes et propose un focus sur les nouveaux métiers de la coordination.

Dans le domaine de la santé mentale, les auteurs font le constat que la question de la coordination des acteurs sanitaires et sociaux, bien qu'ayant émergé depuis les années 1960, reste « un problème public », les obstacles rencontrés dans la coordination lors de la mise en œuvre de la sectorisation empêchant aujourd'hui la rénovation de cette coordination.

Freins identifiés

- Freins non spécifiques à la psychiatrie : système de rémunération à l'acte, déserts médicaux.
- Freins spécifiques : marché des soins particulièrement éclaté et diversifié, évitement et stigmatisation de certains patients (« patates chaudes »), niches de clientèle en fonction du niveau de vie, divergences profondes en matière d'éthique ou de thérapeutique entre groupes professionnels voire au sein de certains groupes (psychiatres par exemple).

La notion de parcours se veut en rupture avec l'idée de prendre comme point d'entrée la mise en cohérence de l'offre de soins et de services existante (via la construction de dispositifs de coordination, de filières, de métaréseaux) et propose comme point d'entrée les besoins de la personne. Il s'agit de faire en sorte que les différentes structures du système de santé offrent un cheminement au patient. « Raisonner en termes de parcours suppose aussi de penser la situation de chacun comme singulière ».

Les facteurs de réussite de la mise en œuvre de dispositifs de coordination pérennes sont :

- une stabilisation des missions et une communication répétée autour de celles-ci auprès des partenaires ;
- un financement sécurisé ;
- des équipes stabilisées ;
- l'importance d'évaluer régulièrement, avec des indicateurs précis ;
- une capacité d'ajustement permanente aux besoins et aux autres acteurs du territoire.

Le focus sur les nouveaux métiers de la coordination (dont les gestionnaires de cas) montre qu'ils restent en grande partie à définir et que leur efficacité repose en grande partie sur l'investissement des professionnels, avec des parcours professionnels riches. Cependant, ils rencontrent des difficultés à asseoir leur légitimité ; les relations et positionnements hiérarchiques sont complexes. Le travail repose sur le relationnel et peut être mis à mal par la rationalisation des pratiques.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans sa publication « Promouvoir la continuité des parcours de vie » (148) indique que les différents besoins de la personne seront amenés à évoluer toute sa vie et qu'ils « nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre en fonction de ses besoins, de ses choix et de l'évolution de son environnement ». Les personnes sont amenées à avoir recours à plusieurs composantes de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale « de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative », les accompagnements sanitaire, social et médico-social se superposant et se commandant mutuellement.

La CNSA préconise :

- d'associer pleinement les usagers à la conception des politiques publiques et à l'élaboration d'actions d'information pour qu'elles soient favorables à la continuité de leurs parcours de vie ;

- que les personnes définissent leur projet de vie pour qu'il soit pleinement en adéquation avec leur parcours de vie ;
- de favoriser l'interconnaissance entre les acteurs en encourageant le partage d'outils et de référentiels ;
- d'accompagner l'adaptation des pratiques ;
- de privilégier, chaque fois que possible, le recours aux dispositifs de droit commun.

5.3. Les recommandations de bonnes pratiques concernant les coordinations et les coopérations

L'ANESM a produit plusieurs recommandations de bonnes pratiques s'intéressant à la question des collaborations et coopérations pour éviter les ruptures de parcours.

La recommandation « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » (149) rappelle l'importance de positionner l'établissement sur son territoire en identifiant, en fonction des besoins des résidents, le partenariat et les acteurs mobilisables. Elle définit l'ouverture de l'établissement comme un double mouvement facilitant la venue à l'intérieur de l'établissement (familles, bénévoles, partenaires, visiteurs) et l'aller vers l'extérieur de l'établissement afin d'intégrer les personnes accueillies dans leur environnement et de sensibiliser cet environnement à l'accueil des personnes. L'établissement est une ressource pour l'environnement ; l'environnement est une ressource pour l'établissement. Les facilitateurs de l'ouverture identifiés sont :

- les liens avec les proches, y compris l'accompagnement pour renouer les liens distendus et les interventions visant à développer les réseaux relationnels ;
- le développement de l'exercice de la citoyenneté, dans son environnement et au sein de l'établissement ;
- l'interaction avec le territoire : participer aux actions de l'environnement, être un lieu ressource pour les autres professionnels, rapprocher le secteur social du monde de l'entreprise et de la formation, et du monde de la culture, faciliter l'accès aux nouvelles technologies, encourager l'action des bénévoles.

La recommandation « Repérage et accompagnement des situations de rupture dans les parcours des personnes accueillies en CHRS » (155) propose des éléments permettant d'identifier les événements déstabilisants afin d'éviter qu'ils ne créent des situations de rupture supplémentaires et d'aider les personnes à dépasser les situations de rupture. Cette recommandation précise que les partenariats doivent exister et être effectifs pour permettre d'accompagner et de dépasser les situations de rupture. Elle insiste sur la nécessité d'une réponse spécialisée adaptée à la problématique de la personne. Sur chacune des thématiques de rupture identifiée, des recommandations d'accompagnement proposent une orientation adaptée vers les partenaires du territoire spécialisés.

La recommandation « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » (156) donne des éléments de gestion des transitions et de coordination transférables aux situations des personnes sans domicile.

Ainsi l'ANESM recommande, comme prérequis à la gestion des transitions et des coordinations :

- d'évaluer les besoins de la personne et de lui permettre d'exprimer son projet et de faire ses propres choix ;
- d'identifier et de reconnaître les ressources de l'entourage ;

- d'identifier et de reconnaître les ressources et limites de l'établissement ;
- d'identifier les acteurs du territoire.

L'ANESM précise que la coordination à mettre en place est fonction de la situation de la personne. Elle identifie les modalités de coordination et de coopération entre la personne, l'entourage et les professionnels, et les modalités entre les acteurs du dispositif ressource.

L'ANESM propose ensuite des recommandations pour la mise en œuvre des plans de transition :

- des rencontres entre la personne et les futurs acteurs ;
- la définition des adaptations possibles ;
- la continuité et la cohérence des interventions ;
- la mise en place d'un suivi le temps que le relais soit effectif.

Le guide de la Fnars et de la Fédération Addiction (125) insiste également sur l'importance du travail en partenariat pour proposer une réponse globale aux besoins des personnes. « Pour les professionnels, s'articuler et se coordonner est une nécessité afin de répondre efficacement et de manière adaptée aux besoins des personnes et à leurs parcours [...] ». Par ailleurs, le document insiste sur la notion de parcours en santé qui doit permettre à la personne de bénéficier d'un accompagnement global qui s'appuie sur une continuité, complémentarité et pluridisciplinarité des interventions sanitaire, sociale et médico-sociale. Le parcours en santé ne peut se limiter à un parcours de soins au sens sanitaire, mais doit remettre la santé au cœur des préoccupations des personnes en leur permettant d'en être actrices. Les deux fédérations précisent que ce parcours n'est pas linéaire – il suit les trajectoires de vie souvent marquées par des ruptures –, qu'il doit s'appuyer sur l'aller-vers et intégrer une démarche de prévention. Pour les professionnels, l'enjeu de l'articulation est d'autant plus fort que les parcours de vie des personnes accompagnées sont complexes et que les intervenants sont multiples. Cela implique une culture de travail commune et une capacité de repérage des situations d'addiction et de précarité.

L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) définit dans son guide « Les coopérations dans le secteur médico-social » (157) des démarches méthodologiques communes et duplicables pour les coopérations à venir. Même si ce guide ne prend pas en compte les établissements pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, certaines préconisations restent transférables. Ainsi le guide identifie trois grandes familles de coopérations entre les ESSMS, dont les coopérations parcours qui tendent à structurer l'offre de services pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers et à répondre, soit à l'évolution des besoins (allongement de l'espérance de vie, développement de polypathologies), soit à l'exigence du citoyen de vivre au maximum hors de l'institution. Ce type de coopération nécessite une implication d'acteurs diversifiés : médico-sociaux, sanitaires, sociaux, professionnels de l'habitat, de l'insertion, de l'éducation.

Les facteurs identifiés contribuant à la mise en œuvre de ces coopérations sont :

- le temps nécessaire pour atteindre une maturité dans ces coopérations et les décliner de manière opérationnelle. Ce temps permet l'appropriation des missions et des capacités d'accompagnement des partenaires ;
- une formalisation de documents de référence liés à la gestion du projet ou à sa déclinaison opérationnelle. Leur caractère synthétique et opérationnel est indispensable à leur appropriation par les acteurs ;
- l'affichage par les parties prenantes de leurs engagements respectifs afin de sécuriser la coopération sur une base « gagnant-gagnant ».

Par ailleurs l'Anap propose des outils méthodologiques visant à comprendre et connaître les territoires, décider la mise en œuvre d'une coopération et mettre en œuvre celle-ci.

5.4. État des pratiques

5.4.1. La coordination avec les partenaires de l'amont

La coordination des parcours des personnes et la définition du rôle et de la place des établissements LHSS, LAM et ACT soulèvent de nombreuses difficultés et interrogations.

Plusieurs contributeurs font part de candidatures non adaptées liées à une mauvaise connaissance des dispositifs par les orienteurs et d'une confusion entre les trois types d'établissements. Parfois, cette méconnaissance se traduit par une absence de candidatures alors que les besoins semblent exister. Les services orienteurs font part d'une complexité dans les procédures d'admission et d'une hétérogénéité des critères de chaque établissement. Certains regrettent également que les orienteurs ne soient pas plus diversifiés. La conséquence est alors le sentiment de ne répondre que de manière partielle ou inéquitable aux besoins, ou de ne pas répondre aux besoins locaux. Par ailleurs, certains établissements se sentent isolés dans leurs rapports avec les prescripteurs et souhaiteraient un portage plus collectif. Certains répondants indiquent que les critères d'admission des établissements ne correspondent pas aux besoins du territoire.

Enfin, la gestion des admissions (candidatures nombreuses, non adaptées et traitées par plusieurs établissements) est une difficulté pour les établissements.

Pour remédier à ces difficultés, les établissements ont mis en place des actions visant à mieux se faire connaître des partenaires orienteurs habituels ou à élargir le champ des orienteurs. Les établissements ont élaboré des outils de présentation du dispositif (plaquettes de présentation individuelles ou communes aux trois types d'établissements, annuaire des structures) généralistes ou ciblés pour un orienteur spécifique (médecin, services accompagnant des personnes sous main de justice). Ils ont également développé des temps de rencontre (portes ouvertes, réunions) ou ont associé les orienteurs aux processus d'admission (participation aux commissions). Les contributeurs insistent sur la nécessité d'une fréquence régulière des informations ou rencontres partenariales.

Certains contributeurs proposent un portage collectif de la communication. Les dispositifs expérimentaux (ACT à domicile, ACT handicap psychique) proposent de développer des réseaux partenariaux participant au pilotage des projets des établissements, et mettent en place des comités de pilotage.

Des établissements développent (ou souhaitent que soient développées) des actions de formation, notamment dans les écoles de formation des professionnels du soin ou du social.

Enfin, des contributeurs ont mis en place (ou proposent de mettre en place en réponse à leurs difficultés) des procédures d'admission communes, allant d'un dossier d'admission commun (qui peut être informatisé avec des grilles d'évaluation communes), de pratiques de transmission de candidatures, à la mise en place de guichets uniques d'orientation. Ces guichets uniques (souvent pour une seule typologie d'établissement) peuvent être gérés par les structures elles-mêmes dans le cadre d'une coordination, ou la gestion peut être déléguée à un tiers (qui peut être ou non le SIAO). Lorsque la gestion est déléguée, certains établissements restent responsables de leurs admissions, d'autres les délèguent totalement au tiers. Ces fonctionnements mutualisés semblent répondre aux objectifs de centralisation des demandes, d'équité de traitement et de simplification des demandes pour les prescripteurs et les usagers et pour certains, cela permet une réactivité dans le traitement des situations. Les équipes qui les ont mis en place évaluent positivement leur fonctionnement. Une seule situation

de mutualisation ne semble pas permettre une simplification de la gestion des admissions (mais seule l'orientation sociale est mutualisée, le dossier médical restant géré par l'établissement). Les équipes indiquent cependant que le travail pour mettre en place ce type de dispositif a souvent été long : bonne connaissance mutuelle et formation des équipes dédiées, le cas échéant.

Concernant la régulation des entrées en LHSS, il y a un enjeu particulier à pouvoir organiser une réponse en urgence pour les personnes sortant d'hôpital. Les établissements ont développé des outils permettant une réponse plus rapide à l'usager. Ces outils permettent de prioriser les situations et d'organiser les modalités de fonctionnement avec les orienteurs, afin de réduire le délai de réponse et de prise en charge ou de permettre des accueils en urgence pour des personnes en situations de fragilité.

5.4.2. La transmission des informations

Les équipes s'accordent sur la nécessité de disposer d'informations complètes et de qualité dans les dossiers d'admission des personnes. Or beaucoup constatent encore des dossiers incomplets, voire des dossiers n'indiquant pas sciemment certains éléments, alors même que la transmission de ces éléments aurait pu éviter un accueil non adapté (absence du matériel médical adéquat) ou des décompensations. Les contributeurs plaident pour plus de confiance et de transparence, notamment pour l'accompagnement des personnes à besoins complexes.

Les solutions apportées ou proposées sont des prises de contact (physique ou téléphonique) avec la personne et ses référents sociaux et médicaux avant l'admission, la création d'outils de liaison partagés (sur le modèle des transmissions avec les établissements relevant du handicap ou des personnes âgées) et l'amélioration de l'évaluation.

Au-delà de la phase d'accueil, certains expriment un besoin de partage avec les partenaires pendant l'accompagnement pour vérifier les hypothèses de travail et mettre en cohérence les différents projets et suivis de la personne. Des outils partagés sont développés (méthodologie d'élaboration du projet commune, groupes de travail entre les structures...). Certains proposent la mise en place d'un dossier social partagé sur le modèle du DMP.

5.4.3. La coordination avec les partenaires de l'aval

Cette coordination est essentielle pour éviter les ruptures dans les parcours des personnes. Cependant, les établissements rencontrent d'importantes difficultés dans sa mise en œuvre. Les contributeurs regrettent le manque de places adaptées aux problématiques de certains publics. Cela est vrai pour les personnes vieillissantes (et encore plus pour celles qui n'ont pas l'âge règlementaire), les personnes en situation de handicap, les personnes sans titre de séjour, les personnes avec des besoins complexes...

Les contributeurs regrettent également la saturation du logement et particulièrement du logement social.

Les solutions proposées sont la mise en place de dispositifs partenariaux d'évaluation de situations complexes, la création de places adaptées au public (FAM, MAS, LHSS, structures pour personnes précaires vieillissantes, hébergement d'urgence, hébergement de stabilisation, structures pour personnes migrantes, etc.) et le développement du partenariat avec les dispositifs accueil, hébergement, insertion (AHI) et les bailleurs sociaux. Les contributeurs insistent sur la nécessité de construire une culture commune entre les ESSMS pour mettre en place un partenariat efficient. Les partenaires les plus cités dans l'accompagnement à la sortie sont les SIAO, les ESSMS du champ du handicap et des

personnes âgées, et les bailleurs sociaux. Le partenariat avec les SIAO est primordial pour accompagner les sorties des LHSS (au regard des missions et de la durée de séjour), les sorties dans le logement accompagné et les sorties des personnes sans titre de séjour. Les contributeurs proposent de sécuriser le partenariat avec les bailleurs sociaux par des systèmes de baux glissants.

Certains proposent des évolutions en termes de politiques publiques et de réglementation (immigration, dérogation d'âge pour les Ehpad, création de logements adaptés aux personnes à mobilité réduite).

D'autres évoquent les difficultés liées à la fin de l'accompagnement ou au déménagement lors de la sortie pouvant engendrer des ruptures et une perte de repères, alors même que l'accompagnement avait permis une stabilisation.

Les expérimentations consistent à anticiper la sortie en dotant les personnes des outils et compétences nécessaires pour l'accès au logement (information, ateliers collectifs avec des supports écrits), et à instaurer des relais pour l'accompagnement en s'assurant avant la sortie que les partenaires prenant en charge l'accompagnement disposeront immédiatement des informations nécessaires. L'accompagnement par des personnes ayant vécu la même situation est également une piste de bonne pratique. Faire glisser le bail au nom de la personne quand cela est possible est également proposé. Enfin, certains poursuivent l'accompagnement des personnes à la fin de la prise en charge et proposent de développer le système ACT à domicile pour répondre au besoin d'accompagnement et éviter les ruptures lors de la sortie.

Sur le cas particulier du « Chez-soi d'abord », la question de la sortie se pose uniquement pour l'accompagnement, les personnes ayant vocation à rester dans leur logement. Cependant une difficulté se pose concernant le glissement du bail. Or, tant que le bail reste au nom de l'établissement, les personnes – même si elles demandent la fin de l'accompagnement – ne se sentent pas totalement autonomes. Aussi, un contributeur souhaite développer une commission partenariale avec les bailleurs et les centres médico-psychologiques (CMP) (qui prennent le relais dans l'accompagnement des personnes) pour sécuriser les bailleurs et permettre des glissements de bail.

5.5. Avis du groupe de travail

5.5.1. La coordination avec les partenaires de l'amont

Le groupe de travail partage dans l'ensemble les constats de la note de cadrage :

- un manque d'homogénéité dans les évaluations, pouvant entraîner un manque d'équité de traitement pour les personnes qui relèveraient des LHSS, LAM ou ACT ;
- un manque de régulation et une impossibilité d'observation des besoins, ce qui ne permet pas de proposer la solution la plus adaptée à la personne ;
- une nécessité de mieux expliciter les attentes et les besoins d'information des établissements LHSS, LAM et ACT auprès des partenaires orienteurs afin que les dossiers soient plus complets et les orientations plus adaptées ;
- une difficulté à concilier le temps des procédures d'admission avec le temps de l'urgence de la sortie vers le sanitaire ;
- des orienteurs qui sont souvent les mêmes car ce sont ceux qui ont repéré les structures et, par conséquent, une partie du public qui n'a pas accès aux structures ;

- pour les services orienteurs, une difficulté à orienter lorsque les candidatures sont refusées au regard des « spécificités » de la structure. Les spécificités ne sont pas toujours clairement explicitées ;
- une difficulté liée à la disparité des dossiers sociaux et médicaux, des commissions d'orientation entre les différents établissements ;
- enfin, les services orienteurs regrettent que les commissions d'orientation soient presque toujours composées uniquement des personnels de l'établissement.

Dans certaines structures, des systèmes de régulation existent : LHSS à Paris, à Lille, ACT en Seine-Saint-Denis et plus récemment à Paris et dans le Val-de-Marne. L'ARS Île-de-France a lancé des travaux pour la mise en place d'un guichet unique de régulation en Île-de-France. Les membres du groupe de travail estiment que si ce dispositif n'est pas forcément duplicable dans les autres régions, il est important d'organiser une forme de régulation, coordonnée avec le SIAO.

Concernant plus particulièrement les liens avec le SIAO : une régulation par le SIAO peut être pertinente à condition que celui-ci soit équipé pour remplir sa mission d'évaluation médicale et psychique, ce qui n'est pas le cas dans la majorité des départements. Les membres du groupe s'entendent sur l'intérêt d'associer le SIAO aux orientations, au regard du public commun auquel ils s'adressent. Par ailleurs sur certains territoires, des places en ACT restent vacantes alors que dans le dispositif AHI, des personnes qui pourraient relever de ces places sont présentes. Enfin, le SIAO va être amené à prendre une place centrale dans l'accès au logement, dans le cadre de la politique du « logement d'abord ». Les coordinations avec celui-ci sont donc incontournables.

Pour les établissements « Un chez-soi d'abord », la règle est que l'équipe ne participe pas à la commission d'admission, pour éviter la notion de « choix » des personnes accueillies. À Marseille, l'animation de cette commission d'admission est confiée au SIAO.

Éléments de bonnes pratiques

- Mettre en place une forme de régulation sur un territoire.
- Mettre en place sur un territoire un dossier unique médical et social, commun à l'ensemble des établissements. Au-delà de l'utilisation d'un dossier unique, travailler ensemble à son élaboration entre établissements et avec les services orienteurs permet aux structures de se rencontrer et de confronter leurs pratiques.
- Homogénéiser les commissions d'orientation sur un territoire et les ouvrir aux extérieurs.
- Organiser les liens entre cette régulation et le SIAO.

5.5.2. Inscrire son établissement au sein du territoire

Le groupe insiste sur la nécessité de s'inscrire sur un territoire et dans un réseau d'action pour mieux répondre aux besoins des personnes. Il faut adapter l'établissement aux besoins des publics du territoire.

Il est nécessaire de réfléchir au positionnement de chaque établissement dans le parcours des personnes. Par exemple, comment se situe le LHSS dans le parcours de la personne ? Au-delà du traitement de la pathologie aiguë, la prise en charge en LHSS permet souvent un diagnostic plus complet. La recommandation doit permettre de positionner le LHSS au sein du parcours. La durée de séjour du LHSS (deux mois) est incompatible avec une orientation logement. Elle permet de se poser.

La recommandation doit être un guide à l'attention des structures et des futures structures pour les aider à répondre et se positionner notamment sur des appels à projet en réponse aux besoins des territoires.

Dans la recommandation, il faut une souplesse d'adaptation pour les territoires ; l'évaluation, c'est l'incontournable. Il faut cartographier les territoires, travailler sur le modèle des répertoires opérationnels de ressources (ROR) qui permettent dans le champ du handicap une identification des ressources sur un territoire. La recommandation doit intégrer cette dimension partenariale de l'évaluation.

En amont de l'ouverture de la structure, il est essentiel d'identifier les lieux stratégiques et de cartographier l'ensemble des ressources potentielles, notamment celles du droit commun.

Dans l'urgence sociale, beaucoup de partenariats relèvent de réseaux personnels, de « systèmes D », d'innovations militantes qui se construisent. Le partenariat repose parfois beaucoup sur des logiques de réseau personnel et n'est pas systématisé ni pensé. Il est nécessaire de construire et d'organiser ce partenariat. La recommandation doit donner des outils de construction et de formalisation du partenariat tout en laissant une place à l'informel, et donner des outils pour faire vivre ces partenariats ainsi que des outils permettant une coordination des parcours.

Les partenariats doivent être pensés et développés en fonction des territoires. Les modalités de travail en réseau ne seront pas les mêmes entre les territoires urbains et ruraux par exemple.

Le partenariat doit être organisé autour des besoins et souhaits de la personne. Si la personne ne vient pas du territoire sur lequel la structure est implantée, il faut soit organiser des transitions douces, soit poursuivre le travail au sein du territoire de la personne.

Une des missions du travailleur social (et des autres professionnels) est d'identifier les liens personnels et professionnels de la personne, ses priorités et ses domaines de satisfaction. L'approche par les forces peut être un outil intéressant pour travailler cela avec la personne.

Le groupe indique que l'objectif du travail en partenariat est de permettre un retour vers le droit commun. Les équipes soignantes ont un rôle à jouer pour créer le lien avec le sanitaire. Il faut expliquer les allers-retours au sanitaire. Avoir un médecin référent dans l'établissement permet de développer un réseau et des liens avec le sanitaire.

Enfin, le groupe insiste sur la nécessaire transparence concernant les missions et les limites de chacun dans les échanges avec les partenaires pour développer la confiance.

Les instances permettant une réflexion commune sur des situations complexes sont importantes pour travailler avec les partenaires : elles permettent un engagement de coopération pour trouver une solution commune à une situation complexe.

Éléments de bonnes pratiques

- Identifier les besoins du territoire.
- Identifier l'ensemble des partenaires du territoire concourant à l'accompagnement global, et formaliser les partenariats essentiels (modalités d'action entre partenaires, règles de transparence).
- Identifier les réseaux de chaque personne.
- Accompagner les personnes vers le droit commun.
- Participer aux instances de réflexion sur les situations complexes ou en développer.

5.5.3. Soutenir et sensibiliser les partenaires

Le groupe fait le constat que les populations hébergées dans les établissements LHSS, LAM et ACT sont susceptibles de subir des discriminations, y compris par les partenaires du territoire. Les structures LHSS, LAM et ACT ont également une mission de sensibilisation des partenaires aux problématiques des publics, et d'accompagnement des publics. Il faut expliquer aux partenaires les allers-retours, les difficultés des personnes accueillies à respecter le cadre. Les missions Interface ont ce rôle de mise en lien des personnes sans domicile avec les structures d'hébergement des personnes âgées ou handicapées. Il faut sensibiliser le partenariat sanitaire, médico-social et social à l'accompagnement des personnes sans domicile.

Éléments de bonnes pratiques

- Développer l'accueil de stagiaires, professionnels du soin ou travailleurs sociaux.
- Intervenir dans les écoles de formation de ces mêmes professionnels.
- Développer les temps d'échange de pratiques avec les autres professionnels au plan territorial ou national.
- Développer des pratiques d'immersion dans des équipes de professionnels partenaires : échange avec des CMP, CSAPA, Caarud, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).
- Accueillir des professionnels d'équipes partenaires en immersion dans les équipes de l'établissement.
- Développer des postes (de type mission Interface) pour faire le lien avec les structures de droit commun.
- Proposer aux partenaires en difficulté avec l'accompagnement de personnes à besoins complexes, un soutien de l'établissement.

5.5.4. La coordination avec les partenaires de l'aval

Constats

- Les personnes restent parfois, faute de relais sur la prise en charge de pathologies pourtant stabilisées.
- Certaines personnes reviennent car le relais n'est pas correctement organisé (incidence sur la santé).

Le groupe de travail identifie les difficultés suivantes.

- **Accès au dispositif AHI et au logement accompagné**
 - Les LHSS, LAM et ACT proposent une inconditionnalité de l'accueil. Les personnes hébergées ne sont donc pas toutes éligibles au logement. Par ailleurs, l'accompagnement au logement est difficilement compatible avec la durée de prise en charge de deux mois des LHSS. Il est indispensable de développer des passerelles entre les CHRS et les LHSS, et donc avec les SIAO.
 - Certains logements accompagnés (notamment les pensions de famille et résidences sociales) pourraient être des solutions adaptées pour des personnes stabilisées, mais nécessitant un accompagnement. Le SIAO oriente sur ces dispositifs, il a donc un rôle central.

- Or sur certains territoires, le SIAO ne considère pas les personnes sortant des LHSS, LAM ou ACT comme prioritaires car elles sont déjà hébergées, alors même que c'est parfois le même gestionnaire qui porte le SIAO et des établissements LHSS, LAM et ACT.
- **Accès aux établissements des personnes handicapées et personnes âgées**
 - Certains établissements sont réticents à accueillir les personnes avec des besoins complexes.
 - **Accès au logement**
 - Il est impératif de travailler sur le volet du logement pour une fluidité des parcours. Mais dans certaines zones, l'accès au logement est saturé, même lorsque les personnes bénéficient d'une priorité au titre du droit au logement opposable (Dalo).
 - Il est nécessaire de créer des passerelles avec le volet « logement d'abord » de la Dihal : effets sur le parc locatif social, inscription dans les accords départementaux, travail avec les bailleurs sociaux.
 - Dans les établissements « Un chez-soi d'abord », dans certaines villes, l'accès réel au statut de locataire pour les personnes logées reste complexe car beaucoup de logements ont été captés auprès de propriétaires privés, et les loyers sont trop élevés pour les personnes. Par ailleurs, les propriétaires sont réticents à faire glisser les baux car ils se sentent sécurisés. Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) qui ont un bailleur en leur sein semblent moins rencontrer cette difficulté.

Éléments de bonnes pratiques

- Conventionner avec les partenaires de l'aval, dont les SIAO, pour les LHSS et les bailleurs pour l'accès au logement.
- Participer aux instances d'orientation des partenaires (commissions SIAO notamment).
- Proposer une médiation en cas de difficulté après la sortie (structures pour personnes âgées ou handicapées et bailleurs sociaux).
- Proposer un accompagnement après la sortie (logement) pour sécuriser le bailleur.
- S'assurer du maintien du lien avec un établissement de soins adapté.
- S'assurer de relais effectifs (addictions, santé mentale) sur lesquels les établissements ou bailleurs pourront s'appuyer en cas de difficultés.

6. Synthèse des éléments pour la pratique

6.1. Quelques éléments indispensables pour mettre en œuvre un accompagnement adapté aux personnes sans domicile présentant des problématiques de santé

6.1.1. Pourvoir aux besoins primaires

Un des freins les plus régulièrement identifiés pour l'accès et l'adhésion aux soins des personnes sans domicile est la compétition des priorités (7, 32, 33, 48) et notamment manger, trouver un endroit pour dormir et se laver.

Aussi, répondre à ces besoins primaires est un préalable. C'est d'ailleurs un des fondements du modèle ACT qui postule que pour mettre en œuvre cet accompagnement, il faut apporter une réponse aux besoins primaires (75).

Ainsi l'accès à un logement est identifié comme un levier pour l'entrée dans les soins (7, 34, 36, 48, 126).

Dans l'approche rétablissement, il y a un consensus pour dire que la satisfaction des besoins fondamentaux (logement et accompagnement) est le point de départ et non le point final du rétablissement. Répondre aux besoins primaires des personnes leur permet de se projeter et d'élaborer d'autres besoins (39, 98, 131), y compris pour les personnes présentant des comorbidités addictives et psychiatriques (99).

6.1.2. Proposer une éthique de l'intervention

L'accompagnement des personnes à besoins complexes interroge la question éthique.

L'éthique, définie comme l'ensemble des principes moraux et valeurs qui guident les pratiques d'accompagnement est un fondement de l'accompagnement (60, 61, 126).

La recommandation « Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux » (111) pose la réflexion éthique comme un soutien nécessaire pour donner du sens aux pratiques d'accompagnement, et donne des repères pour la mise en œuvre de celle-ci au sein des établissements.

Les membres du groupe de travail confirment l'importance de cette réflexion éthique dans leurs pratiques d'accompagnement face à des situations complexes, notamment pour des personnes seules, n'exprimant aucune demande et présentant des désordres cognitifs.

6.1.3. Proposer un cadre sécurisé

Si la sécurisation du cadre de vie est importante pour tous, elle est essentielle pour certains publics, notamment les femmes (100), dont les femmes victimes de violences (143) et les personnes présentant un psychotraumatisme (140, 141).

Le groupe de travail insiste sur l'importance d'adapter l'organisation du cadre de vie à la diversité des personnes accueillies.

6.2. Adapter l'accompagnement aux personnes

6.2.1. Une information claire et compréhensible

Délivrer une information dans un langage clair et accessible et éviter l'utilisation d'acronymes et de jargon professionnel est essentiel dans les pratiques d'accompagnement (57, 60-62). C'est un principe pour la mise en œuvre d'un *case management* de qualité (60, 61).

Pour les personnes ne maîtrisant pas la langue, les traductions et l'interprétariat sont indispensables (57, 150).

Pour les personnes à besoins complexes (problématiques de santé mentale sévères, d'addictions et/ou conditions physiques dégradées), du temps supplémentaire et un langage particulier doivent être adoptés. Une évaluation rapide de ce que la personne a compris doit être conduite pour s'assurer de la bonne compréhension de l'information transmise (62, 81, 139).

Les contributeurs et les membres du groupe de travail font remonter des pratiques de terrain qui visent à améliorer et faciliter cette bonne compréhension : documents en Falc, documents traduits, supports vidéo multilingues...

Enfin, adopter un langage clair et compréhensible permet de rechercher le consentement éclairé de la personne sur les décisions la concernant (126). Le groupe de travail insiste sur la nécessité de rechercher ce consentement éclairé en étant conscient des biais éventuels dans celui-ci : les difficultés cognitives et le manque de solutions alternatives pour les personnes agissent sur le consentement éclairé.

6.2.2. Un accompagnement centré sur les besoins de la personne

Un *case management* flexible, adapté au contexte, aux caractéristiques et à la culture de la personne et centré sur ses objectifs facilite son adhésion. L'approche doit être globale et centrée sur les besoins définis et exprimés par la personne. Le projet personnalisé s'appuie sur une évaluation consistante, adaptée et partagée par la personne et le *case manager*. Il est important de définir des objectifs accessibles, de proposer un soutien actif dans l'accès aux ressources nécessaires aux personnes sans domicile, de proposer une aide centrée sur la personne et de respecter l'autonomie de celle-ci (57, 60, 61, 63, 126).

Pour être efficiente, la réponse doit être centrée sur la personne et proposer le bon service au bon moment. Cela veut dire apporter des services adaptés aux caractéristiques et aux besoins des personnes et décidés avec elles tant pour permettre une adhésion à l'accompagnement (100) qu'une adhésion aux soins (36). Par ailleurs, il est important de pouvoir définir le bon moment d'intervention, celui où la personne est prête à s'engager dans le changement et de respecter sa temporalité (39). Les projets de soins et d'accompagnement sont individualisés et adaptés aux personnes (57). Celles-ci sont légitimes à définir ce qui donne sens à leur vie et les priorités de l'accompagnement (107).

Pour les personnes avec des besoins faibles, la possibilité d'apporter les bonnes réponses au bon moment est un élément clé (proposer un relogement rapide...) (100).

Pour des personnes avec des besoins complexes, il est essentiel de développer des services en capacité d'identifier les besoins, d'engager un suivi et de soutenir dans la durée les personnes en s'adaptant à des besoins changeants et qui se développent. Les services de *case management* s'appuyant sur des experts sont par conséquent ceux qui fonctionnent le mieux (100).

Proposer une réponse adaptée aux besoins diversifiés des personnes nécessite de s'appuyer sur des services pluridisciplinaires centrés sur les personnes (spécifiques, calibrés pour répondre rapidement aux besoins des groupes cibles). En effet, les personnes ont des besoins complexes qui changent avec le temps et requièrent des réponses multiples. Il est donc important d'avoir des réponses intégrées et durables et un panel de services de réponses en périodes cruciales (universelles, indiquées et sélectives) (56, 100) et de proposer une gamme de services dans une offre durable, globale et multidisciplinaire (33, 35). De cette façon, les personnes avec des besoins multiples, complexes et changeants ont plus de chances de trouver une réponse à leurs besoins au moment où ils en ont le plus besoin. Cette approche globale permet un accès plus rapide vers le logement.

Adopter une approche centrée sur la personne améliore l'efficacité du *case management*, y compris pour les patients avec d'importantes problématiques de santé (62), dont des problématiques addictives (125).

Pour les personnes avec des problématiques addictives, cela inclut une démarche de réduction des risques et des dommages (58, 122). Le groupe de travail et les contributeurs identifient également l'approche de réduction des risques et des dommages comme une approche essentielle pour les personnes présentant des problématiques addictives.

Cette approche centrée sur les priorités des personnes est essentielle pour permettre leur rétablissement (132), l'obligation de faire des choix personnels étant au centre de la philosophie du rétablissement.

Elle est également centrale pour les personnes présentant un psychotraumatisme (140).

Par ailleurs, aller vers les personnes et délivrer des soins et un accompagnement sur leur lieu de vie peut être une réponse adaptée (3, 7, 41, 57, 75, 125).

Le groupe de travail partage l'importance de développer un accompagnement en mesure de répondre aux différentes demandes des personnes, y compris d'accompagner les personnes dans la non-demande, en allant vers elles et les aidant à faire émerger cette demande.

Enfin, l'accompagnement s'appuie sur les forces de la personne plutôt que sur ses manques (58, 71, 132). L'importance de s'appuyer sur les forces de la personne est confirmée par les membres du groupe de travail.

6.2.3. Un accompagnement qui développe le pouvoir d'agir de la personne

Un accompagnement centré sur la personne permet à celle-ci de développer ses compétences pour la prise en charge de sa santé au sens large et de développer son pouvoir d'agir (36, 39, 110).

L'accompagnement proposé renforce les capacités d'acteur de la personne, en l'impliquant dans l'ensemble de ses démarches dans le respect de sa temporalité et en favorisant les situations lui permettant d'agir (110, 113, 123, 126).

Prendre en compte les demandes des personnes, développer les compétences psychosociales, développer les pratiques d'auto-organisation soutient le pouvoir d'agir (75, 103-105, 126).

Le développement du pouvoir d'agir est important pour les personnes présentant des problématiques de santé mentale ou un psychotraumatisme (133, 139, 141, 143).

L'importance d'accompagner les personnes dans le développement de leur pouvoir d'agir apparaît également dans les retours de l'appel à contribution et est confirmée par le groupe de travail.

6.2.4. Un accompagnement qui s'inscrit dans la durée

La durée de l'accompagnement doit être adaptée aux besoins des personnes. Les durées d'accompagnement contraintes peuvent mettre à mal les projets des personnes (100, 150).

Les modèles d'accompagnement préconisent souvent un accompagnement qui s'inscrit dans la durée :

- les personnes bénéficiant de *housing first* souhaitent un accompagnement dans la durée (81) ;
- l'évaluation de l'approche par les forces montre que souvent, un accompagnement est encore nécessaire après 18 mois (74) ;
- les concepteurs de l'ACT posent la question de la nécessité de son maintien tout au long de la vie, les résultats de l'étude montrant que les effets de celui-ci ne se maintiennent pas après la fin du programme (75).

Les retours de l'appel à contribution et les échanges avec le groupe de travail confirment la difficulté à agir dans un temps contraint : la durée de prise en charge de deux mois des LHSS est difficilement conciliable avec la mise en œuvre du projet de la personne.

Le modèle CTI apporte une nuance à cette question car le travailleur de la CTI se concentre sur l'identification et la prise en charge d'un nombre relativement restreint de domaines, dans une durée limitée. Cela semble aller à l'encontre de ce qui est généralement donné comme de bonnes pratiques, mais les essais contrôlés randomisés amènent à conclure à son efficacité et à le recommander plus largement (65, 67).

6.3. Le rôle central des équipes

6.3.1. Des équipes engagées dans la relation d'aide

Un des points essentiels de la littérature est le rôle central des équipes dans l'accompagnement des personnes sans domicile.

Ce rôle des équipes est mis en avant pour l'accès aux soins et l'accompagnement.

Concernant l'accès aux soins, les attitudes jugeantes des équipes sont régulièrement perçues et évaluées comme des freins par les personnes sans domicile. À l'inverse, la qualité de la relation et la bienveillance des équipes sont des leviers majeurs de l'accompagnement (7, 33, 35, 38, 41, 57, 60, 61, 63, 81, 110, 121, 123, 125, 126, 138, 140, 141). Des relations fortes et développées entre la personne sans domicile et le travailleur social ou travailleur pair sont essentielles. Le professionnel doit être flexible et capable de s'adapter et d'adapter son approche aux besoins de la personne (60, 61, 100).

Dans la mise en œuvre des modèles d'accompagnement, les études montrent qu'une part des résultats est directement corrélée aux capacités et compétences techniques et relationnelles des équipes et à leurs valeurs personnelles (88, 99).

L'appel à contribution permet d'identifier que la mise en œuvre de postures d'accompagnement plus souples apporte des solutions dans l'accompagnement de personnes à besoins complexes.

6.3.2. Des équipes formées et soutenues

Aussi, la littérature met en avant la nécessité de former les équipes aux problématiques spécifiques des personnes sans domicile et aux évolutions de celles-ci (santé mentale, polypathologies, personnes vieillissantes, etc.). Cela inclut le personnel soignant (33, 38, 41) et les travailleurs sociaux (58, 60, 61, 63, 126, 140).

Cette nécessaire formation se retrouve également dans la mise en œuvre des modèles d'accompagnement (66-69, 78). Au-delà de la formation au modèle, les auteurs proposent de former les équipes à la psychoéducation, à la gestion du stress, aux techniques de crise et de médiation prenant en compte les besoins et les forces de l'individu et de la famille.

Au regard de la complexité et de la diversité des personnes accompagnées, il est également essentiel de soutenir les équipes (58, 60, 61, 110, 140).

Le groupe de travail partage l'importance de former les équipes et de les soutenir. Les formations, en plus de celles permettant l'acquisition de compétences techniques spécifiques, doivent inclure des formations/sensibilisations concernant l'addictologie, la psychotraumatisme, l'accompagnement des personnes vieillissantes, l'accompagnement des personnes présentant des pathologies mentales... Ces formations doivent s'adresser à l'ensemble des professionnels pour leur permettre de mieux comprendre, appréhender et accompagner ces problématiques.

6.3.3. Des équipes qui intègrent des travailleurs pairs

Pour accompagner des personnes présentant des profils diversifiés, il est nécessaire que les profils des équipes soient également diversifiés en termes de compétences, expériences et milieux. Cela inclut l'intégration de travailleurs pairs au sein des équipes (60, 61).

Plusieurs études confortent l'importance de s'appuyer sur des pairs pour aider à l'adhésion des personnes à leurs soins (38, 40, 57), les pairs facilitant le lien avec les institutions et l'adhésion des personnes à un projet. Ils peuvent également permettre de mieux identifier, engager et impliquer les personnes « invisibles » (100, 107-109, 126).

L'approche par les pairs est essentielle en santé mentale (132) car elle porte l'espoir du rétablissement. L'appui sur les travailleurs pairs est un levier nécessaire à la mise en œuvre d'un programme de type *housing first* (88).

L'approche par les pairs est également importante en addictologie (122, 123) et dans l'accompagnement de personnes présentant un psychotraumatisme (141).

Pour permettre au pair d'exercer pleinement ses fonctions, son rôle et sa place au sein de l'équipe doivent être définis. Il doit également pouvoir bénéficier d'un soutien approprié (60, 61, 107, 108, 109).

Le groupe de travail confirme l'importance de l'approche par les pairs, notamment pour accompagner les transitions. Le pair apporte confiance et réassurance.

6.4. Une nécessaire inscription dans l'environnement

6.4.1. Proposer une réponse globale

La nécessité de travailler en lien avec l'environnement, et d'inscrire son accompagnement sur un territoire au service du parcours des personnes, est également fortement mise en avant par la littérature (58, 110, 125, 126, 148). Cela permet la délivrance d'un accompagnement adapté et évite les doublons.

Les services pluridisciplinaires incluant des professionnels du soin, de l'accompagnement social et du logement, et qui travaillent en partenariat et en réseau, montrent des résultats probants (34, 36, 100).

L'appui sur les partenaires permet de proposer des réponses aux besoins non couverts en interne (56, 137).

Le partenariat doit se construire autour des besoins des personnes : c'est le parcours de la personne et ses besoins qui guident le partenariat (125, 145, 150, 157). Concernant les soins, le partenariat doit permettre, si la réponse ne peut être délivrée en interne, de répondre aux problématiques spécialisées (psychiatrie, soins dentaires, addictologie, prévention) (3, 33, 38, 152). Les partenariats permettent ainsi d'éviter les situations de rupture (155).

Les besoins des personnes évoluant, le partenariat est donc amené à évoluer, et il nécessitera un ajustement régulier à ces besoins (148).

Pour que les partenariats soient efficaces, les partenaires doivent convenir du circuit de décision, des procédures et pratiques nécessaires et des responsabilités à chaque étape du processus. Une formalisation de documents de référence synthétiques et opérationnels est nécessaire à la gestion du projet ou à sa déclinaison opérationnelle (150, 157).

La mise en œuvre d'un partenariat efficace et l'inscription dans l'environnement sont essentielles dans l'implantation des modèles d'accompagnement (78, 88).

Le groupe de travail confirme l'importance d'agir au sein de et en lien avec le territoire d'implantation de l'établissement et confirme l'importance d'outils opérationnels partagés.

6.4.2. Permettre un retour dans les dispositifs de droit commun

Si les études s'accordent sur le fait que des structures spécifiques pour l'accompagnement des personnes sans domicile sont plus efficaces que les structures de droit commun, ces mêmes études insistent sur leur rôle dans la (re)création du lien avec le droit commun (3, 7, 33, 38, 40, 153).

Cette réinscription dans le droit commun est facilitée lorsqu'elle correspond à un choix de la personne.

Les modèles d'accompagnement ACT, rétablissement et approche par les forces reposent sur le postulat que l'équipe est présente pour permettre à la personne de vivre dans la communauté (73, 75, 132) et qu'elle s'appuie pour cela sur les forces de l'environnement. La mise en œuvre réussie de ces approches nécessite la collaboration des personnes, des équipes et de l'environnement.

Le groupe de travail partage pleinement la nécessité de faciliter le retour au droit commun.

6.4.3. Sécuriser les transitions

Il est important d'assurer une continuité de la prise en charge (7, 40). Les périodes de transition (entrée et sortie d'hôpital ou de l'établissement) sont des périodes charnières qu'il convient d'accompagner pour éviter les ruptures. Garantir une continuité et s'assurer de l'effectivité des relais avant de mettre fin à l'accompagnement proposé est essentiel (7, 36, 38, 156). La CTI vise particulièrement à encadrer ces transitions. Un élément essentiel pour sa mise en œuvre est la création d'un lien entre la personne en charge de la CTI et la personne accompagnée avant la mise en œuvre de celle-ci (66-69). La CTI permet de mettre en œuvre les relais nécessaires avec le droit commun.

Concernant la phase d'accueil, organiser des conditions d'accueil propices à la prise en charge de la santé et préparer l'accueil en amont de celui-ci par une phase de présentation de l'établissement permet la création du lien et évite les ruptures (58, 110, 114).

Le groupe de travail insiste également sur l'importance de ces phases de transition. Il s'accorde sur la nécessité de préparer l'accueil en assurant notamment la poursuite de l'accompagnement et de sécuriser la sortie en organisant les relais avec les partenaires, y compris pour les sorties non programmées. Il est nécessaire d'anticiper ces phases.

Les retours de l'appel à contribution permettent d'identifier des pratiques de sécurisation des transitions :

- à l'admission, avec la mise en place de procédures organisant les coopérations et la régulation ;
- à la sortie :
 - mise en place de baux glissants ;
 - appui sur des professionnels spécifiquement dédiés à cette mission (mission Interface, personnes en charge du logement) ;
 - poursuite de l'accompagnement sur une période limitée.

6.4.4. Sensibiliser et soutenir les partenaires pour l'accompagnement des personnes à besoins complexes

Enfin, il est nécessaire de développer une mission de médiation et parfois de soutien et/ou de plaider auprès des professionnels du droit commun pour favoriser les parcours des personnes (58, 60, 61, 75). L'établissement est une ressource pour l'environnement ; l'environnement est une ressource pour l'établissement (149). S'appuyer sur les pairs permet également de développer de la médiation et du plaider (100, 126).

Les membres du groupe de travail confirment l'importance de cette mission de médiation, de sensibilisation et de soutien des partenaires.

7. L'accompagnement de la fin de vie

7.1. Le contexte des soins palliatifs en France

7.1.1. Le développement de l'accompagnement aux soins palliatifs dans les ESSMS

L'accès aux soins palliatifs en France n'équivaut pas forcément à l'accès à des structures spécialisées mais à la garantie que le moment venu, le patient et ses proches seront pris en charge par des professionnels compétents pour faire face aux situations de fin de vie. Il s'agit donc d'intégrer la démarche palliative aux pratiques de l'ensemble des professionnels de santé y compris les professionnels intervenant au domicile. À ce titre, les établissements sociaux et médico-sociaux en tant que domicile même provisoire des personnes peuvent participer à la mise en place d'une démarche palliative généralisée (158).

Les programmes nationaux de développement des soins palliatifs proposent des actions visant à développer la prise en charge palliative dans les ESSMS.

Ainsi, le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 proposait dans son axe 1 « Poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extrahospitaliers » une mesure visant à rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, et à diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. Si dans ce programme, le développement de la culture palliative et des soins palliatifs visait essentiellement les Ehpad, le bilan de ce programme concluait sur la nécessité de développer également cette culture palliative dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux (158).

Le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (159) reprend cette orientation en proposant une série de mesures. L'axe 2 « Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs » propose de développer la formation aux soins palliatifs pour les professionnels des ESSMS (actions 4-4 et 8-3). Il vise également le développement des soins palliatifs en ESSMS, en s'appuyant sur des partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les réseaux de soins palliatifs, et en intégrant les soins palliatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et évaluations externes des établissements. Le plan prévoit également le développement des interventions de l'hospitalisation à domicile dans les établissements.

Cependant en 2015, un rapport de l'Observatoire national de la fin de vie portant sur les résidents en appartements de coordination thérapeutique proposait un bilan mitigé de l'intégration des soins palliatifs dans ces établissements. Les données de ce rapport reposent sur 50 % des ACT. Si les professionnels d'ACT indiquent connaître les dispositifs et ressources en soins palliatifs de leur territoire, ils n'en font que très peu usage. Par ailleurs la connaissance du partenariat est parfois partielle. Et si 61 % des équipes comportent un ou plusieurs professionnels formés, il s'agit en général de formations courtes. Enfin, seuls 47 % des ACT ayant répondu se sentaient en capacité de proposer un accompagnement à la fin de vie.

Les auteurs recommandent de développer la formation pour permettre et faciliter l'accompagnement à la fin de vie dans les ACT ; de recourir plus fréquemment aux partenariats en soins palliatifs (réseaux, équipes mobiles et unités de soins palliatifs) ou à des structures d'aide au maintien à domicile (services

de soins infirmiers à domicile (Ssiad), hospitalisation à domicile (HAD)) ; de faciliter l'accueil des accompagnants ; d'augmenter les places en collectif ou semi-collectif pour assurer une permanence professionnelle et faciliter les solidarités entre résidents.

7.1.2. Un renforcement des droits des personnes en fin de vie

La loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie²⁴ réaffirme cette place centrale de la personne dans les décisions concernant sa fin de vie. Son décret d'application relatif aux directives anticipées²⁵ donne des outils permettant à la personne de faire valoir ses propres choix sur la fin de vie : les directives anticipées.

Une politique de diffusion de ces outils est mise en place. Ainsi, le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (159) propose des mesures visant à accompagner les personnes dans la rédaction des directives anticipées et à communiquer auprès des personnes de confiance pour qu'elles appréhendent mieux leur rôle pour garantir un accompagnement palliatif respectueux des choix des personnes.

La HAS a également développé des outils d'information concernant la mise en œuvre de directives anticipées pour les situations de fin de vie (160). Ainsi le guide pour le grand public présente de manière complète et synthétique le rôle et les modalités de rédaction des directives anticipées, le rôle de la personne de confiance et propose un lien vers un formulaire type de rédaction de ces directives.

7.2. Les données de la littérature concernant la fin de vie des personnes sans domicile

Devant le constat que les personnes sans domicile décèdent dans des conditions difficiles, plusieurs revues systématiques ou de littérature (161) (162)²⁶ s'intéressent aux préférences des personnes sans domicile en termes de soins palliatifs ainsi qu'aux freins et leviers pour permettre la délivrance des soins, et proposent des recommandations pour la pratique dans la délivrance de soins palliatifs aux personnes sans domicile.

Attentes et préoccupations des personnes sans-abri dans l'accompagnement à la fin de vie

D'un point de vue physique et psychologique, les attentes et préoccupations sont celles de la population générale (liées à une maladie grave, une détresse physique, à la peur de la mort et au fait de mourir). Mais des préoccupations particulières émergent en lien avec le sans-abrisme : les personnes expriment une peur de mourir seules et dans l'anonymat et également une crainte que leurs volontés concernant les funérailles ne soient pas respectées.

²⁴ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

²⁵ Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

²⁶ À noter que la revue de West inclut également de la littérature grise.

Besoin de soins et accompagnement

L'attitude et le comportement des professionnels est essentiel, et notamment l'importance d'être traité avec respect et dignité. Le besoin d'implication de la famille est variable en fonction des personnes, certaines ne voulant pas être une charge pour la famille. Les personnes font remonter également l'importance d'être accompagnées dans la spiritualité et la religion et l'importance de ne pas rester anonymes, de ne pas être isolées et de garder le contrôle des décisions sur leur fin de vie.

Une seule étude s'intéresse aux besoins après la mort et fait remonter l'importance d'une sépulture digne.

Une grande partie des personnes exprime le souhait de mourir sur son lieu de vie et d'hébergement. Seule une minorité souhaite mourir à l'hôpital pour ne pas être une charge, avoir accès à un médecin 24 h/24 et avoir une meilleure chance de rémission dans le cas de pathologies éventuellement curables.

Préférence pour les soins et traitements futurs

Les préférences de soins mises en avant dans la littérature sont une demande de prise en charge de la douleur, une volonté de réanimation à la condition de pouvoir récupérer ses capacités fonctionnelles et un refus des traitements de maintien.

Freins identifiés pour la mise en place des soins palliatifs

– Freins liés aux personnes sans domicile

- La fin de vie n'est pas une priorité car la vie à la rue ne permet pas l'anticipation et les priorités du quotidien ne sont pas le soin en général, et les soins palliatifs en particulier.
- La vie à la rue ne permet pas d'avoir les conditions matérielles propres à la délivrance des soins palliatifs (pas d'accès à l'électricité pour certains appareils médicaux, pas d'accès à un frigidaire).
- L'absence de soutien familial.
- Le manque de confiance dans le système de soins en général lié aux mauvaises expériences passées.
- Le manque de compétences pour naviguer dans le système de santé et les idées reçues sur les soins palliatifs.

– Freins liés aux professionnels de santé

- Des attitudes négatives : stigmatisation tacite, manque de compréhension, sentiment d'être ignoré, discriminé, manque de respect et de confiance entre les personnes et les professionnels de santé.
- Un manque de formation et d'expérience avec les problématiques de santé mentale et les comportements complexes des personnes sans domicile.
- Des diagnostics et pronostics difficiles à poser pour les soignants car les personnes présentent des comorbidités physiques et psychiatriques et ne s'engagent pas dans les soins. Comme les évolutions des maladies sont difficiles à prévoir, les opportunités d'échange sur la fin de vie sont souvent manquées.

– Freins liés à l'organisation des soins

- Les modèles de soins ne sont pas adaptés à la réalité des personnes sans domicile : les systèmes de soins palliatifs reposent sur la présomption que les personnes ont un domicile stable et un aidant. À l'inverse, les structures d'hébergement pour les personnes sans domicile ne sont pas équipées pour assurer les soins palliatifs. Les hôpitaux sortent des personnes sans domicile trop rapidement sans s'assurer d'un relai sur les soins palliatifs.
- Les ruptures dans l'organisation du système de soins entraînent des ruptures dans l'accompagnement de la fin de vie des personnes.

Leviers identifiés par la littérature scientifique pour la mise en place des soins palliatifs

– Une approche centrée sur la personne

- Les priorités de la personne ne sont pas nécessairement celles de l'organisation ou des professionnels de santé, mais doivent guider la délivrance des soins. Le traitement de la douleur est une des priorités des personnes, il doit être pris en charge.

– Le rôle des équipes

- Les données de la littérature démontrent que le rôle de l'équipe soignante est primordial pour permettre l'accès et le maintien dans les soins palliatifs : postures non jugeantes et à l'écoute des besoins des personnes (confiance, respect, dignité, flexibilité, disponibilité, adaptation). Cela facilite l'alliance thérapeutique.
- L'établissement d'une relation de confiance permet par ailleurs de travailler à la rédaction des directives anticipées.
- Il est également essentiel que les équipes soignantes soient formées aux différentes problématiques des personnes sans domicile pour répondre à leurs besoins complexes. Les problématiques addictives et de santé mentale et leur prise en charge dans un contexte de fin de vie doivent faire l'objet de formation.
- Enfin, une étude réalisée dans un centre d'hébergement montre l'intérêt de former les équipes non soignantes à l'accompagnement à la fin de vie pour améliorer la gestion des émotions, les connaissances sur la fin de vie et apporter un meilleur soutien aux personnes (163).

– L'importance de l'organisation

- Adapter l'organisation des soins palliatifs aux besoins des personnes sans domicile permet de mieux répondre à leurs demandes et d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. Ainsi l'organisation doit proposer une réponse au moment où la personne le demande. Elle doit pouvoir aller vers la personne sur son lieu de vie (rue ou hébergement).
- Les systèmes de soins palliatifs doivent également proposer une prise en charge des personnes avec des besoins complexes (addictions ou santé mentale), sans exigence de soins préalables.
- Enfin, pour éviter les ruptures de parcours, le travail en partenariat et en réseau doit être privilégié.

La question de la prise en charge des personnes avec des addictions actives étant une difficulté majeure pour les systèmes de soins palliatifs, les résultats d'une étude traitant cette question sont présentés ici (164). Cette étude cherche à répondre aux questions qui suivent.

- Quelles sont les barrières à l'accès aux soins palliatifs pour cette population ?
- Quels sont les défis particuliers de la délivrance de soins palliatifs à cette population ?
- Quelles sont les stratégies qui peuvent être utilisées pour permettre un engagement dans les soins palliatifs de cette population ?

Cette étude identifie trois barrières dans l'accès aux soins palliatifs des personnes sans domicile présentant des addictions à des substances illicites.

- **La compétition des priorités** : la santé n'est une priorité que dans des situations d'urgence, les personnes adhèrent donc peu aux soins et ne bénéficient pas d'un accompagnement palliatif.
- **Le manque de confiance dans les professionnels du soin** qui est lié à une impression d'être jugé et un sentiment de honte.
- **L'exclusion des services traditionnels d'accompagnement à la fin de vie** qui n'ont pas de tolérance sur les consommations de drogue, ou qui peuvent exclure les personnes au regard de leur comportement en situation de consommation. Les structures de soins palliatifs sont des endroits qui se veulent calmes et sereins, ce qui n'est pas adapté au style de vie des personnes avec des problématiques addictives.

Par ailleurs, cette étude identifie des points de vigilance pour les services délivrant des soins palliatifs pour les personnes avec des problématiques addictives.

- **Le fait que les personnes n'informent pas les équipes de leurs consommations** peut avoir pour conséquences l'augmentation des effets secondaires liés à la délivrance de médicaments à visée palliative, une difficulté pour les équipes soignantes à déterminer la cause des modifications du comportement de la personne et une difficulté à déterminer si les évolutions de l'état de santé sont liées à une consommation ou à l'évolution de la maladie.
- **Le manque de formation croisée des professionnels de santé sur les deux champs** : addictologie et soins palliatifs, couplé à un manque de travaux de recherche sur le sujet.
- **La difficulté à prendre en compte des ruptures de soins liées aux consommations**. Les consommations n'étant pas autorisées dans les lieux d'accompagnement à la fin de vie, les personnes quittent le lieu pour consommer. Cela pose plusieurs difficultés : risque d'une interruption de soins, risque de blessures, risque d'overdose accidentelle. Certains professionnels pensent qu'il faudrait autoriser les consommations sur place pour les personnes en fin de vie pour leur permettre d'accéder réellement aux soins palliatifs, car il est illusoire de penser que des personnes ayant consommé sur de longues périodes vont cesser ces consommations dans un contexte de fin de vie.

Pour améliorer l'accès des personnes sans domicile avec des addictions aux dispositifs de soins palliatifs, les auteurs proposent des services plus flexibles, plus individualisés et de proximité, non jugeants et développant une approche centrée sur les personnes. Ils proposent également des formations obligatoires en addictologie pour les professionnels en soins palliatifs.

Les auteurs préconisent en outre de développer des soins palliatifs dans des structures d'hébergement pour personnes sans domicile en mettant en œuvre une approche centrée autour de la réduction des risques. Enfin, ils recommandent à la recherche d'explorer les lieux autorisant les consommations sous surveillance médicale.

Devant le faible pourcentage de personnes sans domicile ayant formalisé leurs directives avancées, certaines études s'intéressent aux freins et leviers pour la rédaction de ces directives (165-167).

Sudore (165) met en avant des facteurs facilitants pour la réflexion et la formalisation de ces questions :

- plus la durée de sans-abrisme est longue, moins les personnes sont susceptibles d'avoir eu des échanges autour des directives avancées. Les personnes disposant de confidents ou d'un lieu de soins habituel ont plus souvent eu des échanges autour des directives de fin de vie ;
- avoir entre un et cinq amis proches et avoir une bonne compréhension des formulaires médicaux facilite la rédaction de directives ou la désignation d'une personne de confiance ;
- avoir des addictions diminue les chances d'avoir des directives formalisées ou une personne de confiance désignée.

Il conclut que si les personnes vieillissantes sans domicile ont formalisé leurs préférences pour l'accompagnement médical à la fin de vie moins souvent que la population générale, elles évoquent les mêmes préoccupations que la population générale concernant la prise en charge de la fin de vie et évoquent, de plus, des difficultés particulières liées à leur précarité (inquiétudes matérielles et peur de l'anonymat).

Par ailleurs les personnes disposent, pour plus de la moitié d'entre elles, de liens sociaux et d'une personne qu'elles indiquent pouvoir nommer comme personne de confiance. Mais même lorsque les personnes sans domicile échangent sur leurs souhaits pour l'accompagnement de la fin de vie, elles ne le font que très peu avec le personnel médical. Il est donc nécessaire de développer la formation/sensibilisation du personnel médical sur ce sujet.

Il est nécessaire également de développer des interventions spécifiques pour leur permettre de formaliser leurs souhaits, afin que l'accompagnement de fin de vie corresponde à ces souhaits, d'autant que les résultats d'autres études (166) (167) montrent qu'avec un accompagnement adapté, le taux de formalisation des directives anticipées augmente de manière significative. Une simple information et la mise à disposition d'un formulaire permettent également, mais dans une moindre mesure, d'améliorer le taux de formalisation des directives anticipées (167).

Enfin, il est nécessaire de prendre en compte les freins spécifiques à la formalisation des directives de fin de vie des personnes sans domicile : diversité culturelle, accès limité à l'écrit, accès limité à la santé, manque de confiance dans le système de soins et contraintes et limites du système de soins pour les plus démunis.

Une étude menée en Belgique auprès des médecins généralistes (168) met en avant l'importance d'un planning de soins partagé et négocié en continu entre le médecin et la personne et/ou ses proches, et coordonné avec les médecins spécialistes intervenant dans le suivi de la personne. Cette étude montre aussi l'importance de la formation du médecin à l'accompagnement à la fin de vie. Les médecins formés à ces questions sont plus susceptibles de privilégier le maintien à domicile ou dans l'établissement dans lequel résident les personnes, à l'inverse les médecins non formés privilégieront plus facilement le recours à l'hospitalisation. De même, un soutien du médecin par une équipe ou un réseau spécialisé en soins palliatifs favorisera le maintien à domicile.

Récapitulatif des freins et leviers à l'accès aux soins palliatifs des personnes sans domicile identifiés par la littérature

Types de freins/leviers	Freins	Leviers	Recommandations
Liés aux personnes sans domicile	La fin de vie n'est pas une priorité face aux autres priorités du quotidien L'absence de soutien familial L'absence de prise en compte, ou la mauvaise prise en compte de leur santé par les personnes sans domicile	La religion et la spiritualité Les attentes des personnes : – similaires à celles de la population générale (peur de la souffrance et de la mort) – particulières (peur de l'anonymat)	
Liés aux professionnels de santé	Le sentiment d'être ignoré, discriminé, le manque de respect et de confiance entre les personnes et les professionnels de santé Le manque de formation des professionnels du soin sur la question des personnes sans domicile	La mise en place d'une relation de confiance Une flexibilité et un pragmatisme dans la délivrance des soins Les activités et thérapies qui permettent d'améliorer les interactions et la confiance entre les personnes sans domicile et les professionnels de santé La formation des professionnels à l'accompagnement à la fin de vie et particulièrement à la fin de vie des personnes sans domicile	Formation, éducation, amélioration des connaissances des professionnels Attitudes des professionnels respectueuses Délivrance des soins respectueuse des personnes
Organisation générale des systèmes de soins	Le coût des systèmes de soins L'organisation rigide des systèmes de soins, qui ne permet pas l'adhésion des personnes sans domicile	Une organisation flexible	Accessibilité (y compris financière) des dispositifs Implication des personnels, coordination, définition d'une politique et de lignes de conduite claires, travail en partenariat et échange de pratiques
Rédaction de directives anticipées	Diversité culturelle, accès limité à l'écrit, accès limité à la santé, manque de confiance dans le système de soins et contraintes et limites du système de soins pour les plus démunis Durée de sans-abrisme : 5 ans supplémentaires à la rue diminuent de 30 % les chances d'avoir échangé sur des directives anticipées Avoir des addictions	Avoir des confidents et/ou un lieu de soins habituel Ne pas avoir de pathologie connue ou en avoir plus de trois Avoir une bonne compréhension des formulaires médicaux et un accès à l'écrit Les activités et thérapies sont également des facilitateurs car elles permettent la confiance nécessaire pour aborder ces questions et mettre en place un accompagnement personnalisé	Nécessité pour les médecins traitants d'être sensibilisés à ces questions et de les aborder avec les personnes sans domicile Nécessité de développer des interventions spécifiques pour accompagner les personnes sans domicile à la formalisation des directives avancées

7.3. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'accompagnement de la fin de vie

À l'échelon international, nous avons identifié deux recommandations portant sur l'accompagnement à la fin de vie des personnes sans domicile.

Le National Health Service (NHS) Improving Quality a proposé en 2014 une recommandation intitulée « End of life care: Achieving quality in hostels and for homeless people, a route to success ».

Il recommande les quatre éléments ci-dessous.

- **Une délivrance des soins centrée sur la personne** : les personnes doivent être traitées avec respect et dignité, leur engagement dans les soins doit être accompagné, leur refus de s'engager dans les soins respecté. Il est également important d'oser aborder ces sujets avec les personnes.
- **Une prise en compte des contraintes physiques de l'environnement** : il est nécessaire de s'adapter à l'environnement, y compris si celui-ci ne permet pas l'intimité. Il est également nécessaire de prendre en compte les besoins complexes de la personne et de connaître les limites de l'accompagnement dans l'établissement.
- **Une prise en compte des contraintes institutionnelles** : l'établissement doit concilier accompagnement vers une solution indépendante et accompagnement à la fin de vie, en s'appuyant sur un travail partenarial et une planification.
- **Une bonne connaissance du partenariat** : il est nécessaire de prendre en compte les représentations que les autres services ont des personnes sans domicile (non conciliantes, non fiables) et de connaître les partenaires, d'être en capacité de surmonter les obstacles (bureaucratie et représentations). Les partenaires qui délivrent des soins palliatifs ou qui accompagnent les personnes avec des addictions doivent être repérés. Il est également important de travailler avec les médecins responsables pour assurer une médiation.

Par ailleurs, la recommandation insiste sur l'importance de dépister en amont les personnes en fin de vie pour mettre en place les soins appropriés le plus tôt possible.

La recommandation s'organise en six étapes.

- **Importance d'échanger sur la fin de vie**, en s'appuyant sur une communication ouverte et honnête et en formalisant des temps d'échange sur ces questions.
- **Évaluation et planning de soins** : il s'agit de définir un planning de soins correspondant aux souhaits de la personne, de réévaluer régulièrement ses besoins et préférences et d'évaluer les besoins des soignants.
- **Coordination des soins** : elle doit être organisée au niveau de l'établissement et au niveau de chaque personne, les réponses des services doivent être rapides.
- **Délivrance d'un accompagnement de fin de vie de haute qualité** quel que soit le lieu de vie de la personne.
- **Les soins dans les derniers jours** : il est important d'identifier l'approche de la mort et de s'assurer des préférences de la personne pour les funérailles, d'apporter un soutien à la personne et aux soignants et de respecter les souhaits concernant la réanimation et le don d'organes.
- **Les soins après la mort** : la fin de vie ne s'arrête pas au décès, il est important d'accompagner l'organisation des funérailles et d'apporter un soutien émotionnel et pratique à la famille et aux soignants pour accompagner le deuil.

Le Health Care for the Homeless Clinicians' Network (169) propose également des recommandations de bonnes pratiques pour accompagner la fin de vie des personnes sans domicile.

Les recommandations sont regroupées en neuf thématiques.

Évaluation des besoins du patient

- Nécessité de répondre d'abord aux besoins sociaux, émotionnels, mentaux et environnementaux qui pourraient influencer sur la délivrance des soins de fin de vie.
- Cibler les examens médicaux en fonction des demandes des patients et ne pas réaliser d'évaluations non utiles ou non souhaitées, évaluer les addictions.
- Proposer une approche *trauma-informed*.

Objectifs des soins

- Permettre aux patients de prendre une part active dans les décisions concernant les traitements.
- Les objectifs de soins du patient peuvent être différents de ceux des soignants mais doivent être respectés.
- Proposer une approche de réduction des risques pour les personnes avec des addictions, pour les personnes souhaitant rester dehors et pour l'adhésion aux traitements.

Planning de soins

- Identifier les espaces et opportunités pour proposer aux personnes sans domicile une planification des soins de fin de vie et la rédaction de directives anticipées, et proposer un accompagnement à la rédaction de celles-ci.
- Évaluer les influences culturelles qui sont importantes dans la fin de vie.

Gestion de la douleur et des symptômes

- Encourager les centres d'hébergement à adapter leur organisation aux besoins des personnes en fin de vie.
- Organiser la délivrance des soins pour les personnes choisissant de rester à la rue (prévoir le stockage des traitements opioïdes par exemple).
- Adapter la quantité d'opioïdes prescrits aux problématiques addictives éventuelles des personnes.
- Prendre en compte les conditions d'accès à la nourriture.
- Être conscient des limites de l'établissement en termes de traitement de la douleur.
- Préparer le groupe au décès.

Addictions et problématiques de santé mentale

- Adapter les règlements pour accepter les consommations dans les centres.
- Proposer du matériel et des conseils de réduction des risques et accompagner les consommations d'alcool.
- Préférer l'alliance thérapeutique et des approches flexibles à une conception de l'adhésion aux traitements rigide. Cela inclut soutenir les patients qui prennent les traitements psychotropes de manière discontinue.
- Assurer l'accès aux traitements en santé mentale.

Soutien social

- Échanger avec le patient sur la fin de vie, se renseigner sur les personnes à contacter ou pas, recueillir les souhaits concernant les obsèques, gérer les affaires des personnes.

- Mobiliser les ressources nécessaires pour permettre à la personne d'accéder aux soins nécessaires.
- Accompagner les familles vers les dispositifs d'aide pour la prise en charge des funérailles.

Aides financières

- Repérer les aides financières existantes.

Spiritualité

- Accompagner la spiritualité dans le respect des choix du patient.
- Lui permettre de réaliser un retour sur sa vie en étant vigilant quant au ressenti qui peut en résulter, lié à ses conditions de vie (sans-abrisme, condition médicale, comorbidités).
- Identifier les proches du patient pour anticiper les deuils et les réponses à ceux-ci dans la mort du patient, et les orienter vers les ressources de la communauté.

Modèles de soins

- Évaluer les complémentarités des services du territoire pour identifier les manques et les risques de rupture dans l'accompagnement à la fin de vie des personnes sans domicile, et participer à la réflexion pour l'implantation de nouveaux services.

En France, la HAS a produit plusieurs travaux sur l'accompagnement à la fin de vie, dont une note méthodologique concernant l'amélioration de la sortie de l'hôpital et les dispositions permettant de favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs (124), et une fiche points clés sur l'amélioration de la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs (170).

La note méthodologique insiste sur la nécessité de développer des soins palliatifs à domicile pour mieux répondre aux souhaits des patients, 81 % des personnes exprimant le souhait de décéder chez elles, et 59 % décédant en réalité à l'hôpital. Elle rappelle par ailleurs que les ESSMS sont considérés comme le domicile des patients.

Ces deux documents donnent des clés pour le repérage précoce des situations nécessitant des soins palliatifs, et insistent sur la nécessité de coordonner les soins hospitaliers et à domicile pour proposer des parcours de soins aux personnes.

Enfin, ils donnent des outils pour la gestion des situations critiques, notamment le repérage des évolutions et de l'aggravation des situations, et la gestion des situations urgentes.

La HAS a produit également un document visant à accompagner les professionnels du soin dans l'annonce des mauvaises nouvelles (171). Ce document délivre des conseils en termes de posture, d'écoute, de choix des mots, de suivi de l'annonce. Il permet de mieux comprendre et appréhender l'effet traumatique de l'annonce de la mauvaise nouvelle et les différentes réactions des patients. Enfin, il propose un questionnement permettant de préparer l'entretien de l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Ces conseils aux professionnels soignants peuvent être largement utilisés par les professionnels exerçant en ESSMS et confrontés à des accompagnements de fin de vie.

Enfin, l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a produit des recommandations de bonnes pratiques concernant l'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées à domicile et en Ehpad (172).

Ces recommandations proposent de définir des principes et un cadre d'intervention partagés au sein de l'établissement pour garantir les droits des résidents. Il s'agit de :

- formaliser la stratégie d'accompagnement à la fin de vie dans le projet d'établissement
 - en définissant les objectifs d'accompagnement à la fin de vie dans le cadre d'une réflexion éthique partagée guidant la définition d'actions, et en s'assurant de la mise en place et du suivi de celles-ci ;
 - en soutenant les professionnels par de la formation adaptée, par un partage d'expériences et de savoirs et par l'organisation et l'outillage des équipes ;
 - en organisant et en mobilisant les ressources internes et externes pour mettre en place des accompagnements à la fin de vie, et en adaptant ces ressources aux besoins et attentes particuliers du résident ;
- informer les résidents sur leurs droits et recueillir leurs souhaits
 - en délivrant une information systématique dès l'accueil et répétée de manière individuelle et collective ;
 - en recueillant les volontés et souhaits des personnes ;
- repérer les besoins, évaluer et adapter l'accompagnement
 - en repérant les besoins des personnes et en évaluant les situations de fin de vie ;
 - en assurant le confort du résident ;
 - en soutenant ses proches ;
- accompagner le décès, le deuil et les funérailles
 - en prenant en charge avec respect le corps du défunt ;
 - en accompagnant les proches, en soutenant les autres résidents et les équipes. Cela nécessite une attention toute particulière portée à l'annonce et à l'accompagnement des personnes qui étaient proches du défunt.

Le guide santé de l'ARS Île-de-France (126) consacre également un chapitre à l'accompagnement de la fin de vie des personnes sans domicile. L'ARS propose les recommandations suivantes :

- s'appuyer sur les professionnels de la santé pour identifier la situation de fin de vie ;
- définir un scénario d'accompagnement, en lien avec les professionnels de santé, prenant en compte les souhaits de la personne et les contraintes de la structure d'hébergement (chambre individuelle, équipement adapté...) ;
- instaurer une relation d'écoute avec la personne, lui apporter une attention, une écoute et un réconfort, sachant que sa souffrance peut être à la fois physique, psychologique, sociale et spirituelle ;
- s'interroger sur les conséquences pour les proches d'un éventuel décès ;
- aménager si besoin le lieu d'hébergement ou anticiper une éventuelle réorientation en recherchant le consentement éclairé de la personne ;
- recueillir par écrit « les dernières volontés ». Cela permet de déterminer ce qui doit être fait avant et après son décès : revoir un proche, identifier une personne à prévenir, préparer des éléments à lui remettre, choisir le lieu et le mode d'enterrement et de funérailles, anticiper l'écriture du testament pour la transmission des biens ;
- soutenir la mobilisation de fonds financiers spécifiques par les opérateurs sanitaires. Certains fonds, comme le fonds national d'action sanitaire et sociale de soins palliatifs (Fnass), dispositif de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), peuvent être

mobilisés en lien avec les opérateurs de santé. Ils peuvent permettre de couvrir les frais de petit matériel et d'alimentation adaptée ;

- faire face aux situations d'urgence ;
- accompagner les proches dans les démarches funéraires autant que nécessaire. En leur absence, il appartient au responsable de l'établissement de s'en saisir, voire de se rapprocher des mairies dont certaines offrent des services funéraires, et des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), pour envisager les modalités de financement. En cas de rapatriement du corps à l'étranger, se renseigner auprès de l'ambassade ou du consulat du pays de destination ;
- permettre à ceux qui le souhaitent, avec l'accord de la famille, d'assister aux funérailles ;
- informer le Collectif des morts de la rue du territoire : outre le recensement des décès, le collectif peut aider à retrouver les familles, à organiser les funérailles et offre un soutien dans les démarches à entreprendre ;
- prévoir des temps d'échange avec les autres résidents, des temps de parole collectifs ou individuels entre professionnels ;
- mettre en place et partager des « outils de guidance » ;
- s'informer/se former sur la fin de vie, et notamment sur le cadre éthique et réglementaire, sur la manière de communiquer et d'appréhender les questions de la fin de vie et de la mort ;
- repérer les acteurs concernés et créer du lien.

Un ensemble d'acteurs, engagés à des titres divers, peuvent intervenir dans les situations de fin de vie.

7.4. État des pratiques

La question de l'accompagnement à la fin de vie n'était pas directement posée dans l'appel à contribution car le cadrage ne prévoyait pas de la traiter de manière spécifique. Cependant, quelques retours de l'appel à contribution traitaient de cette question. Les établissements indiquaient notamment être de plus en plus confrontés à cette problématique, au regard du fait que les personnes accueillies présentaient de plus en plus de pathologies lourdes et de comorbidités. Les établissements ont développé des partenariats et des formations, mais sont en demande d'une meilleure formation à ces questions et de partenariats plus développés ou plus opérationnels.

7.5. Avis du groupe de travail

Les retours de l'appel à contribution, des entretiens menés avec les fédérations du secteur ou les ARS et des échanges au sein du groupe de travail, ont montré un véritable besoin d'accompagnement des équipes sur ce sujet. Le groupe de travail a donc fait le choix de traiter cette question de manière spécifique dans l'élaboration de la recommandation.

Les membres du groupe de travail sont en accord avec les éléments identifiés par la littérature.

Concernant les attentes des personnes, le groupe indique également que les personnes en fin de vie sont en demande d'éléments très concrets sur la fin de vie (« Comment ça va se passer ? », « Est-ce que je vais souffrir ? »...).

Le groupe confirme la difficulté de la prise en charge des obsèques. Le rapatriement du corps pour les personnes sans droits est un véritable défi. Les corps peuvent être placés à la morgue jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée.

Le groupe confirme l'importance de la spiritualité. Toute structure de soins doit disposer d'un service d'aumônerie et permettre à la personne d'accéder au culte de son choix.

Le groupe confirme l'importance de respecter le choix de la personne concernant l'alerte de la famille, mais souligne qu'il peut être pertinent de requestionner régulièrement les volontés de la personne à ce sujet, pour s'assurer qu'elle n'ait pas changé d'avis.

Les personnes en fin de vie peuvent préférer décéder dans l'établissement plutôt qu'à l'hôpital. Les établissements essaient d'accompagner ces demandes en préservant le groupe, mais le groupe de travail reconnaît que cet accompagnement soulève de nombreuses questions au sein des équipes.

Concernant la nécessaire formation des équipes, le groupe insiste sur l'importance de former/sensibiliser l'ensemble de l'équipe, et pas uniquement les personnels soignants, aux problématiques spécifiques des personnes sans domicile et à l'accompagnement à la fin de vie. Il indique notamment une difficulté à aborder la question des choix concernant la fin de vie avec les personnes, et préconise de développer des interventions spécifiques pour permettre aux personnes sans domicile de formaliser leurs souhaits de manière dédramatisée et déconnectée de l'agenda médical. L'élaboration du projet personnalisé peut être un moment propice pour échanger sur les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance.

Éléments de bonnes pratiques

- Conduire une réflexion éthique sur les pratiques et les modalités permettant le respect des droits des personnes et mettre en place une procédure ou un protocole d'intervention en cas de décès, le cas échéant en lien avec les services de soins palliatifs.
- Former les professionnels à l'accompagnement des personnes en fin de vie, y compris pour les aider à accompagner les personnes et leurs proches.
- Identifier et mettre en place des partenariats avec les acteurs des soins palliatifs.
- Identifier et mettre en place des partenariats avec les acteurs du territoire intervenant dans l'organisation des obsèques, la prise en charge des frais, etc. : CCAS, pompes funèbres, morgue, associations caritatives, communautaires, religieuses, cultes (église, mosquée...).
- Accompagner le deuil, en maintenant une vraie vigilance y compris sur le long terme.
- Préserver les autres résidents au moment du décès et accompagner leur deuil.
- Accompagner / se rendre disponible, le cas échéant, pour les proches de la personne décédée, y compris lorsqu'ils se manifestent longtemps après le décès.
- Soutenir les équipes après le décès d'un résident et prévenir les risques psychosociaux
- Évaluer en équipe le parcours de la personne décédée dans l'établissement, les prestations proposées et la qualité de l'accompagnement.

Table des annexes

Annexe 1.	Restitution de l'appel à contribution	143
Annexe 2.	Recherche documentaire	183

Annexe 1. Restitution de l'appel à contribution

Introduction

Dans le cadre de l'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques « LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours », la HAS a réalisé un appel à contribution afin de recueillir auprès des structures concernées (administrateurs et professionnels), des usagers de ces structures et des professionnels orientant des usagers vers ces structures, des pratiques de terrain et les difficultés rencontrées sur des thématiques repérées lors de la phase de cadrage.

Méthode

Il s'agit d'une enquête qualitative permettant de recueillir le point de vue, les pratiques et les besoins des destinataires suivants :

- professionnels exerçant au sein de LHSS, LAM ou ACT y compris les ACT « Un chez-soi d'abord » ;
- administrateurs d'associations gérant des LHSS, LAM ou ACT y compris les ACT « Un chez-soi d'abord » ;
- usagers hébergés ou logés au sein de LHSS, LAM ou ACT y compris les ACT « Un chez-soi d'abord » ;
- professionnels orientant des usagers vers les structures LHSS, LAM et ACT, y compris les ACT « Un chez-soi d'abord ».

Le but de cette enquête n'était pas d'obtenir des données chiffrées applicables à l'ensemble des établissements, mais d'apporter des éléments de compréhension sur des pratiques et des besoins.

Pour cet appel à contribution, les destinataires étaient sollicités pour répondre à une ou plusieurs des thématiques ci-dessous.

- La connaissance des dispositifs LHSS/LAM/ACT du territoire : stratégies de communication mises en œuvre à destination des orienteurs ou du grand public, dispositifs partenariaux.
- L'organisation de la régulation locale ou territoriale des places disponibles : dispositifs mis en œuvre, besoins constatés, expérimentations probantes ou non...
- L'organisation de la transmission des informations pertinentes à l'entrée : dispositifs mis en œuvre, dispositions visant à garantir les droits des usagers.
- L'association de la personne à la construction de son projet personnalisé : dispositifs mis en œuvre, difficultés rencontrées.
- L'adaptation de l'accompagnement aux spécificités de certains publics : description d'un accompagnement ou d'un besoin, difficulté d'accompagnement à destination d'un public spécifique (femmes et enfants, personnes migrantes, personnes vieillissantes, personnes souffrant d'addictions, personnes souffrant de troubles psychiatriques), accompagnement au vivre-ensemble.
- La préparation à la sortie, l'organisation des sorties du dispositif : dispositifs mis en œuvre, difficultés rencontrées.

Pour chaque thématique, les répondants pouvaient décrire une expérimentation ou un dispositif mis en œuvre, ou faire part d'un besoin, d'une difficulté constatée.

Pour décrire **l'expérimentation ou dispositif mis en œuvre**, il a été demandé de préciser, autant que possible, les éléments suivants :

- l'objectif ;
- les modalités de mise en œuvre ;
- les acteurs professionnels et non professionnels de la mise en œuvre (y compris dans le cadre de partenariats) ;
- les lieux de mise en œuvre ;
- la fréquence de la mise en œuvre ;
- le cas échéant, les typologies de personnes concernées ;
- les modalités d'évaluation ;
- les effets et les limites.

Pour décrire **le besoin ou difficulté repérée**, il a été demandé de préciser autant que possible les éléments suivants :

- la difficulté ou le besoin identifié ;
- le périmètre géographique de cette difficulté ou de ce besoin ;
- les conséquences de cette difficulté ou ce besoin ;
- les solutions qui pourraient permettre de le pallier.

Les personnes répondant à ce questionnaire avaient le choix de répondre à une ou plusieurs thématiques.

Cet appel à contribution a été mis en ligne entre le 9 août et le 13 septembre 2019 sur le site internet de la HAS. La diffusion de cet appel à contribution a été réalisée par mailing aux associations, fédérations, etc.

Cette présentation de l'appel à contribution propose une synthèse quantitative des réponses puis, par thématique, une synthèse de l'ensemble des réponses portant sur cette thématique, expérimentations et initiatives d'une part, difficultés rencontrées d'autre part, en s'appuyant sur des illustrations de situations particulières qui éclairent les propos et sur des outils mis en évidence.

Résultats généraux

La base a été extraite le 16 septembre 2019 et comporte 359 observations.

Après l'identification et le repérage de doublons, il restait 339 observations.

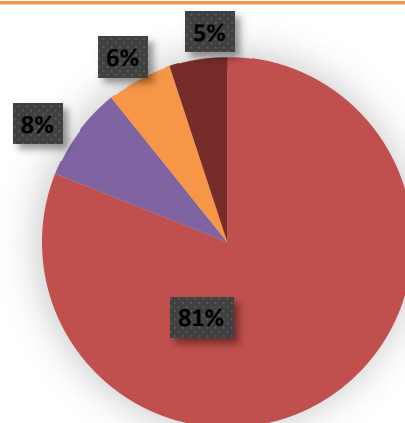
Pour l'analyse des réponses, un questionnaire a été retenu si une thématique au moins était choisie. Cela correspond à 158 questionnaires.

158 réponses ont été recueillies

- 128 de professionnels exerçant au sein d'un LHSS, LAM ou ACT ;
- 13 de professionnels d'une structure sanitaire ou sociale adressant des usagers aux structures ;
- 9 d'administrateurs d'une association gestionnaire d'un établissement LHSS, LAM ou ACT ;
- 8 de particuliers usagers des établissements.

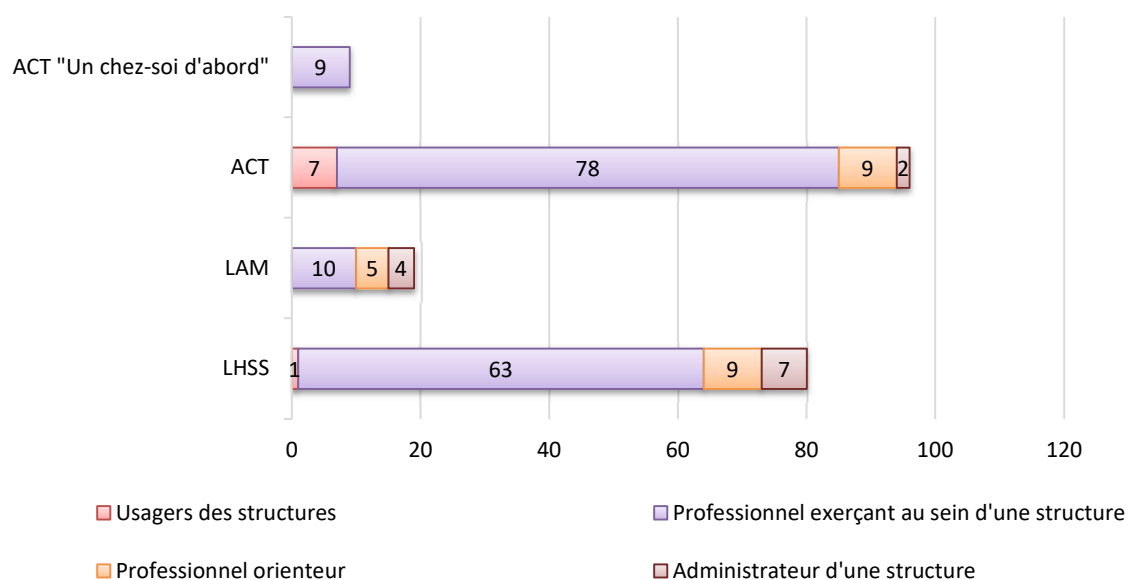
Profil des répondants

- Professionnel exerçant au sein d'un LHSS, LAM ou ACT
- Professionnel d'une structure sanitaire ou sociale adressant des usagers aux structures LHSS/LAM/ACT
- Administrateur d'une association gestionnaire d'un établissement LHSS, LAM ou ACT
- Particulier usager d'un établissement d'hébergement



Les réponses par catégorie d'établissement sont en cohérence avec le nombre d'établissements par catégorie.

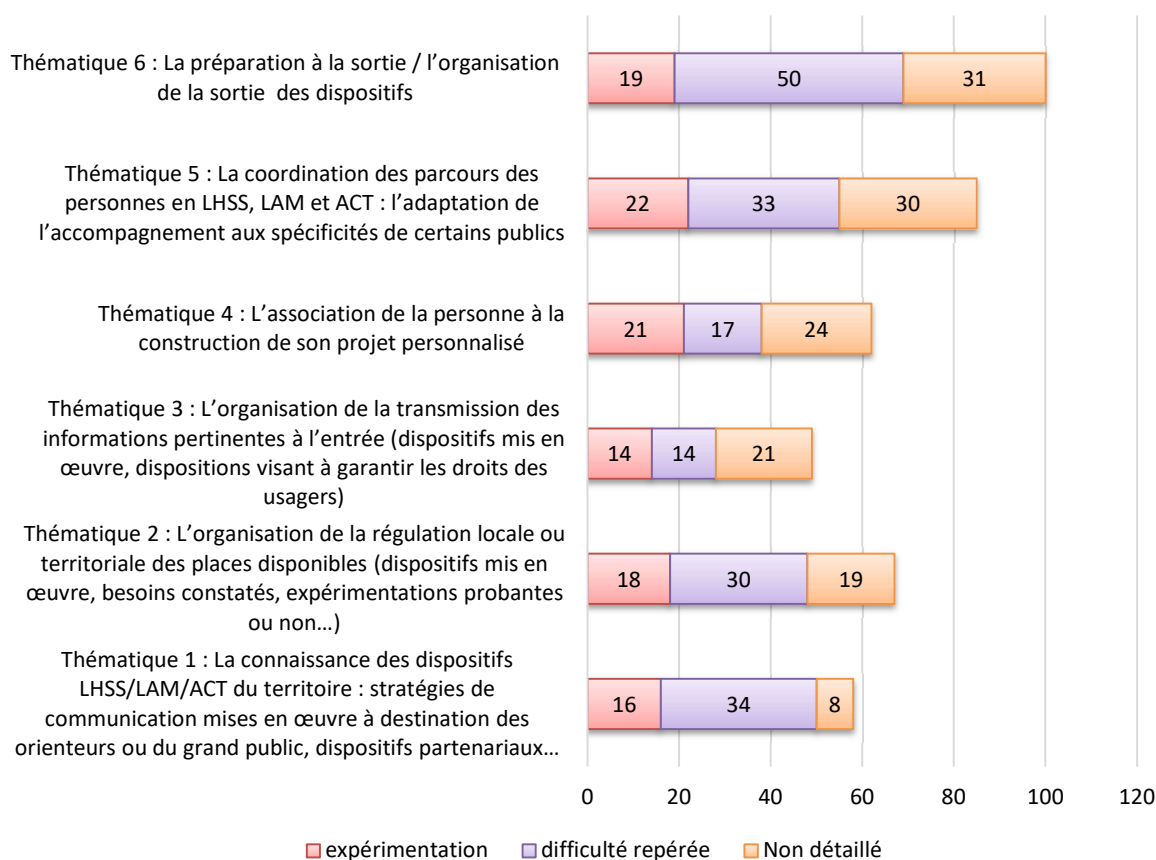
Nombre de réponses par typologie d'établissement



Le total est supérieur à 158, certains répondant ayant indiqué plusieurs typologies d'établissements.

La plupart des réponses ont concerné plusieurs thématiques. Le nombre de réponses par thématique varie entre 49 et 100 avant retraitement des données, et entre 17 et 63 après retraitement des données.

Nombre de réponses par thématiques avant retraitement des données



Certains répondants ont sélectionné une thématique mais n'ont ni proposé d'expérimentations, ni fait part de difficultés. Ces questionnaires ne seront donc pas présentés dans l'analyse des réponses de la thématique.

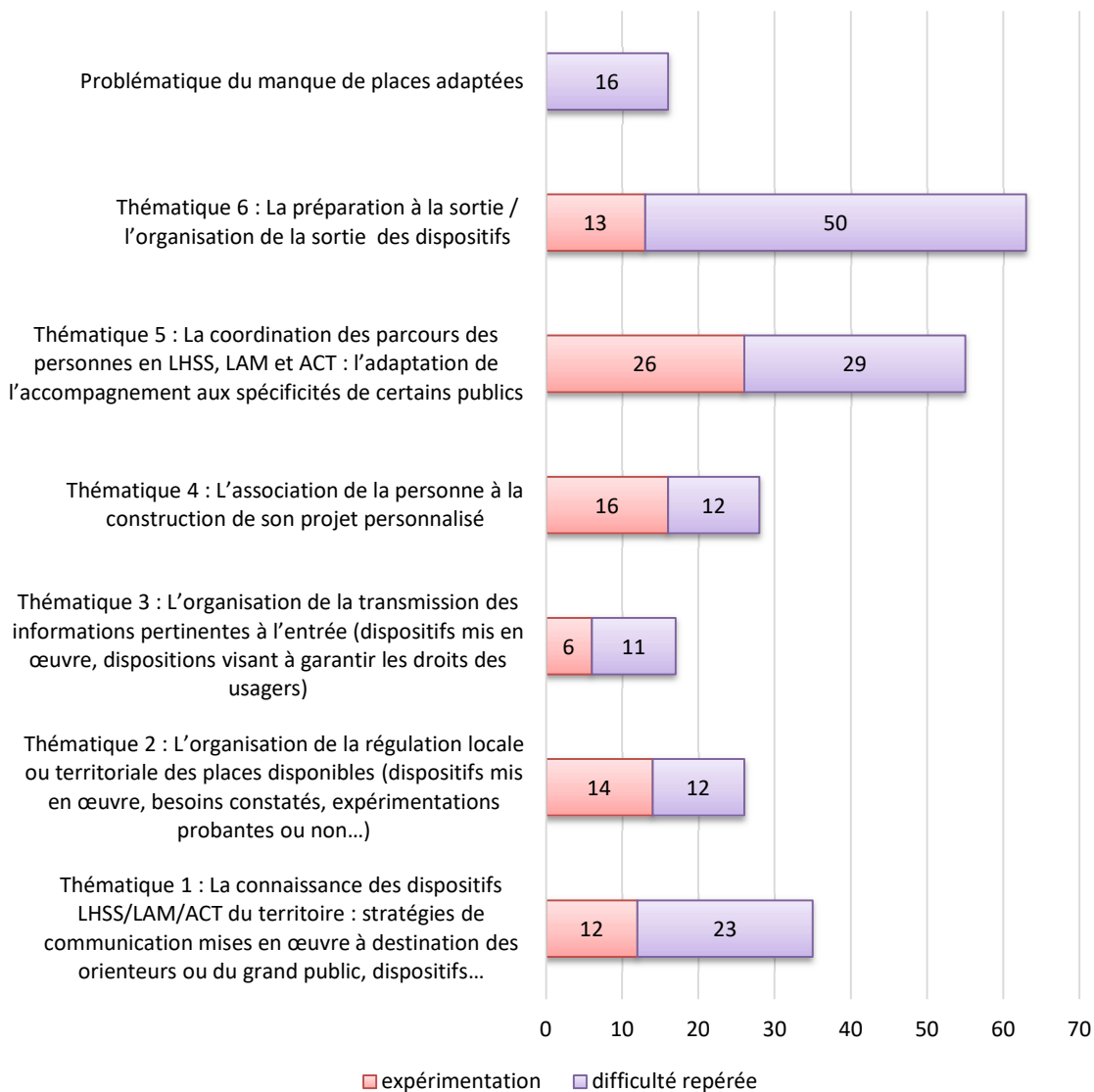
Par ailleurs, certaines réponses n'étaient pas exploitables, d'autres réponses ont été reclassées²⁷.

Enfin, de nombreux répondants ont fait part d'une difficulté à l'entrée des dispositifs qui n'était pas spécifiquement interrogée : le manque de places adaptées. Nous avons donc fait le choix de présenter ces retours dans un chapitre spécifique.

²⁷ Le détail des réajustements par thématique est explicité à chaque thématique, certaines réponses ont été reclassées dans plusieurs thématiques.

Le nombre réel de réponses par thématique se répartit donc comme suit.

Nombre de réponses par thématiques après retraitement des données



La problématique du manque de places adaptées

Il s'agit là du manque de places dans les dispositifs LHSS, LAM et ACT et du manque de places dans d'autres dispositifs entraînant des orientations non adaptées vers les LHSS, LAM ou ACT. Il ne s'agit pas du manque de places adaptées à la sortie des établissements LHSS, LAM et ACT, qui est traitée dans la thématique 6.

Cette thématique n'avait pas été interrogée car la création de places adaptées ne relève pas de la recommandation de bonnes pratiques. Cependant, 16 réponses traitaient de cette question, nous avons donc souhaité vous retranscrire les difficultés remontées par les contributeurs.

16 répondants (dont quatre professionnels orientant vers les dispositifs LAM, LHSS et ACT et un usager des dispositifs) font remonter une difficulté sur le nombre de places disponibles dans les dispositifs LHSS, LAM et ACT.

En particulier, les répondants regrettent l'absence de places de LHSS ou LAM :

- LAM pour répondre à l'aggravation des pathologies des personnes sans domicile et pour lesquelles l'hébergement en LHSS n'est plus adapté ;
- LHSS pour répondre aux besoins d'hébergement notamment des personnes sortant d'hôpital afin d'éviter les ruptures de soins. Certains font part de besoins spécifiques : LHSS femmes, LHSS enfants. Pour pallier ce manque de places, un répondant propose le développement de LHSS hors les murs pour répondre à moindre coût aux problématiques de santé des personnes hébergées dans des dispositifs d'urgence.

En LAM comme en LHSS, en plus de la problématique du manque de places, se pose la question du manque de places sur certains territoires. Des répondants insistent sur la nécessité d'apporter des réponses au plus près des lieux de vie des sans-abris.



« Nous constatons que souvent les personnes orientées ne veulent pas être “délocalisées”, ne serait-ce que pour la durée des soins. Ce sont des personnes en errance dont la vie est structurée par la rue et le quartier où elles “vivent”, elles ne peuvent imaginer partir de cette ville. »

Trois répondants font part de manque de places en ACT.

Enfin, des répondants font part de manque de places ou de places adaptées à un public précaire dans d'autres dispositifs sanitaires ou médico-sociaux (FAM, Ehpad, structures d'addictologie ou de psychiatrie) ou même des structures de droit commun (logement). Ce manque de places expliquerait aussi certaines orientations inadaptées vers les LHSS, LAM ou ACT, les orienteurs multipliant le nombre de demandes pour ne pas rester sans solution.

THÉMATIQUE 1 – La connaissance des dispositifs du territoire : stratégies de communication mises en œuvre à destination des orienteurs ou du grand public, dispositifs partenariaux

Problématique repérée

La phase de cadrage du sujet a permis de mettre en avant un manque de connaissance des dispositifs LHSS/LAM/ACT par les orienteurs. Cela se traduit par une inadéquation entre les demandes adressées aux structures et les possibilités d'hébergement de celles-ci.

Ainsi, le bilan national des ACT 2017 indique que 38 % des candidatures sont refusées en métropole hors Île-de-France car le dispositif n'est pas adapté aux besoins des personnes. Ce chiffre est de 18 % en Île-de-France et de 43 % en outre-mer (29). Concernant les LHSS, une enquête réalisée en 2018 par le cabinet Ernst and Young montre que 27 % des refus sont liés à une non-adaptation du dispositif à l'état de la personne. L'enquête précise que cette donnée est très hétérogène selon les territoires et qu'elle peut être très faible localement (31). Cela confirme la problématique du manque de lisibilité des structures par rapport aux partenaires. Les critères propres à chaque typologie d'établissement sont parfois mal connus de ceux-ci. Par ailleurs, les établissements au sein d'une même typologie n'accueillent pas tous le même public (établissements spécialisés pour certaines pathologies par exemple). De plus, le degré d'appréciation de l'adéquation d'une pathologie au dispositif pouvant varier d'un établissement à l'autre, ces dispositifs ne sont pas clairement repérés et identifiés par les services orienteurs. Chaque établissement peut avoir son propre dossier et ses propres modalités d'accueil. Le risque est de n'orienter systématiquement que vers l'établissement le mieux connu du dispositif orienteur. L'enquête du cabinet Ernst and Young note que « le public accueilli par les LHSS est en pratique très localisé et [la] diversité [des structures d'accueil] ne permet pas une prise en charge optimale de l'ensemble des besoins identifiés » (31). Certains établissements peuvent également prévoir une procédure d'admission spécifique (avec entretien par exemple). La procédure peut décourager certains usagers qui vont alors soit renoncer aux soins, soit limiter leurs demandes à une ou quelques structures.

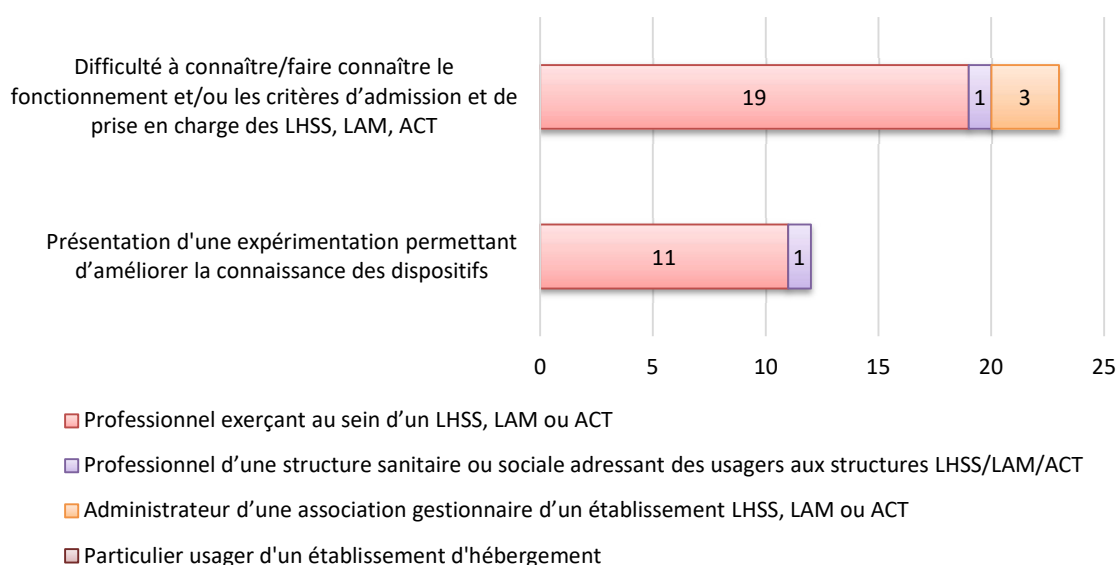
Au regard de la complexité des circuits d'admission, certaines personnes ne recourent probablement pas à ces dispositifs et renoncent aux soins. Bien que difficile à quantifier, cette demande invisible est néanmoins existante.

Synthèse des réponses de l'appel à contribution

Avant retraitement des données, 50 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de l'amélioration de la connaissance des dispositifs LHSS/LAM/ACT par les partenaires du territoire, 16 présentant des dispositifs mis en place pour la pallier et 34 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 35 questionnaires exploitables dans cette thématique, 12 présentant des expérimentations et 23 faisant part de difficultés.

Typologie des répondants



Sur les 12 témoignages présentant une pratique, un provient d'un professionnel orienteur, les 11 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Sur les 23 témoignages présentant une difficulté, trois proviennent d'un administrateur d'une structure, un d'un professionnel orienteur et les 19 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Les expérimentations et initiatives présentées

Trois des 16 questionnaires sont vides ou inexploitable (ne répondant à aucune des problématiques proposées) et un est inexploitable dans cette rubrique car ne répondant pas à la question posée ici. Il sera réintégré dans la problématique à laquelle il répond. Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 12 questionnaires exploitables.

Deux expérimentations concernent la mise en place de nouveaux dispositifs (ACT à domicile et ACT handicap psychique). Les stratégies de communication mises en place visent alors à faire connaître ces dispositifs. Dans les deux cas, afin de s'inscrire dans une dynamique partenariale, les équipes des ACT ont mis en place des comités de pilotage.

Plusieurs expérimentations partent du constat d'une mauvaise connaissance des établissements par les services hospitaliers et notamment les services hospitaliers de proximité, et proposent des solutions pour la pallier. Enfin, des initiatives visent à l'élargissement du champ des orienteurs (SIAO, autres ESSMS).

La mise en œuvre des expérimentations et initiatives est de deux ordres.

- Renforcement des liens avec les professionnels orienteurs, soit en proposant des temps de rencontre, soit en les invitant à visiter l'établissement, ou encore en les associant au processus

d'admission. Ces expérimentations semblent permettre d'améliorer l'adéquation des orientations avec les modalités de prise en charge de l'établissement.



« Sondage des participants : taux de satisfaction élevée et nombre de refus d'admission pour cause de demande inadaptée ou de dossier incomplet en baisse »

« Cela permet d'affiner les critères d'admission, ce qui est particulièrement intéressant pour un nouveau dispositif. »

- Développement d'outils de communication et de présentation des établissements généralistes ou plus ciblés.



« Élaboration de deux plaquettes de présentation du dispositif à l'attention :

- des médecins orienteurs ;
- des services en charge des personnes incarcérées ou sous main de justice »

« Création d'un annuaire de présentation des structures »

Enfin, afin de simplifier les démarches des structures orienteuses, des établissements ont mis en place des procédures d'admission communes.



« Réaliser la promotion d'un guichet unique auprès des orienteurs »

« Nous avons mis en place avec [deux autres associations] un dossier commun pour le dispositif LHSS dans le but d'uniformiser et de simplifier les demandes pour les prescripteurs. »

Les expérimentations ou initiatives mettent l'accent sur la nécessité d'une fréquence régulière des informations ou rencontres partenariales.

Ces expérimentations ou initiatives sont mises en œuvre autant par les équipes de terrain que par les équipes de direction.

Dans l'ensemble, ces initiatives ou expérimentations ne sont pas ou peu évaluées. Des évaluations sont néanmoins prévues pour la mise en œuvre des nouveaux dispositifs ACT.

Les difficultés rencontrées

Cinq des 34 questionnaires sont vides ou inexploitable (ne répondant à aucune des problématiques proposées), et quatre sont inexploitable dans cette rubrique car ne répondant pas à la question posée ici. Ils seront réintégrés dans la problématique à laquelle ils répondent. Sept répondent à la thématique du manque de structures LHSS, LAM ou ACT.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 18 questionnaires exploitables dans cette rubrique auxquels ont été ajoutés cinq questionnaires complétés dans d'autres thématiques mais répondant à la thématique 1, soit 23 questionnaires (pour 22 répondants).

La problématique majoritaire est la pertinence des candidatures orientées vers les établissements. 17 réponses font état de cette difficulté qui se traduit dans 15 cas par des candidatures non adaptées.



« Il y a une grande méconnaissance des dispositifs LHSS ou LAM [...] et surtout des critères d'admission. »

« Globalement, nous avons le sentiment que le dispositif ACT est mal connu des professionnels. La pertinence des orientations nous interroge. »

« Certaines personnes sont orientées en ACT alors qu'elles ont un bail de droit commun. »

Cette méconnaissance est parfois liée à une confusion entre les trois dispositifs LHSS, LAM et ACT.



« Même si des présentations sont régulièrement faites au sujet des dispositifs [LHSS, LAM, ACT], les prescripteurs les sollicitent ponctuellement et oublient les distinctions. »

Elle se traduit même dans trois cas par une absence de candidatures, alors que les répondants indiquent que les besoins existent.



« Le dispositif est largement ignoré des professionnels du soin et de l'accompagnement : des demandes et des besoins locaux ne sont pas orientés vers nos dispositifs. »

« Population existante répondant aux critères des ACT mais non orientée »

Ces orientations non adaptées ont pour conséquence une perte de temps dans les délais de traitement, des réponses tardives et, dans le cas d'une absence de candidature, une non-réponse aux besoins du territoire.

Deux établissements font part d'une méconnaissance de leurs procédures d'admission.

Deux répondants (dont un prescripteur) font part d'une complexité et d'une hétérogénéité dans les critères et procédures d'admission d'établissements de même type.



« Nécessité d'harmoniser les critères d'admission »

Trois répondants pointent une difficulté à élargir le champ des prescripteurs. La conséquence est alors le sentiment de ne répondre que de manière partielle ou inéquitable aux besoins, ou de ne pas répondre aux besoins locaux. Par ailleurs, cela peut se traduire par la non-prise en compte des besoins du champ social et médico-social au détriment des besoins du sanitaire.



« En conséquence, le périmètre géographique de recrutement des candidats [...] est élargi [...] alors qu'il serait plus pertinent de répondre aux besoins locaux et de

ne pas délocaliser les candidats de leurs lieux de vie, candidats déjà souvent marqués par l'errance. »

« Risque que des orienteurs potentiels ne soient pas informés [...], c'est le cas notamment des structures d'hébergement alors que les besoins du public qu'ils accueillent sont importants »

Enfin, deux répondants font part d'un sentiment d'isolement dans leurs relations avec les prescripteurs et souhaiteraient un portage plus collectif ou plus institutionnel.

Concernant les solutions qui pourraient être apportées pour remédier à ces difficultés : 13 répondants proposent le développement et la poursuite de la communication, trois d'entre eux proposant également que cette communication soit portée de manière plus collective (association des ARS, des fédérations, organisation d'événements départementaux). Par ailleurs, afin d'éviter les confusions entre les trois dispositifs et de permettre aux professionnels de juger du dispositif le plus adapté à la situation, trois répondants proposent des plaquettes de présentation communes aux trois dispositifs, permettant de mieux comprendre les spécificités de chacun.



« Communication de l'ARS aux hôpitaux, aux LHSS et toutes structures susceptibles de réaliser des dossiers de candidatures en ACT. Poursuivre le travail de communication de chaque ACT et de la Fédération Santé Habitat »

« Organiser un colloque ACT LHSS LAM sur le département »

« Un document unique de présentation des dispositifs mettant en avant les différences »

Cinq répondants proposent une mutualisation de tout ou partie de la procédure d'admission (création d'un guichet unique, d'un dossier unique papier ou informatisé).



« Un guichet unique qui connaîtrait les spécificités de chaque établissement »

« Site internet avec description des dispositifs, des missions et grille d'évaluation à construire »

Deux répondants proposent que les dispositifs LHSS, LAM et ACT soient intégrés dans les cursus de formation tant des professionnels de santé que des professionnels du travail social.



« Inscrire les ACT dans les cursus de formation des professionnels du soin »

« Communication élargie (centre hospitalier universitaire, écoles d'infirmiers, IRTS, CPAM²⁸...) »

²⁸ Caisse primaire d'assurance maladie.

Enfin, un répondant propose de développer de nouveaux dispositifs, les candidatures non adaptées pouvant être liées à l'absence de réponses pour certaines personnes.



« Intervenir chez la personne qui a un logement afin de coordonner un accompagnement pluridisciplinaire »

Il est à noter que certaines réponses pointent une application pas toujours rigoureuse de la réglementation par les différents établissements LHSS/LAM/ACT. Certains répondants mettent en avant des critères d'admission en décalage avec la réglementation propre à leur établissement. Il conviendra donc de s'interroger, dans le cadre de l'écriture de la recommandation, sur la bonne connaissance de la réglementation par l'ensemble des structures.

THÉMATIQUE 2 – L’organisation de la régulation locale ou territoriale des places disponibles (dispositifs mis en œuvre, besoins constatés, expérimentations probantes ou non...)

Problématique repérée

La phase de cadrage du projet a mis en avant l’absence de régulation à l’entrée dans les dispositifs. Lors de la création des LHSS, le cahier des charges national²⁹ prévoyait que « la régulation des places disponibles [devait] être organisée, en fonction du contexte local, dans le cadre du dispositif de veille sociale » (173). Malgré cela et dès 2013, le rapport Itinere faisait le constat d’un mode d’orientation directe retenu pour la majorité des structures (23). Cette obligation de régulation n’a pas été reprise dans le décret de 2016, ni pour les LHSS, ni pour les LAM (25). Par ailleurs, elle n’existe pas dans les textes régissant les ACT. Enfin, les services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO) n’ont pas pour mission l’orientation vers les dispositifs médico-sociaux et ne sont souvent pas équipés de personnel médical, alors même que le public auquel ils s’adressent est commun avec celui des ACT, LHSS et LAM et que le SIAO a une mission de référent de parcours pour les personnes qu’il accompagne (174). Le mode d’orientation directe reste donc la règle pour la majorité des structures, même si certains dispositifs de régulation peuvent exister.

Cette absence de régulation a les conséquences suivantes.

- Des différences d’appréciation des situations pouvant ou non relever d’une prise en charge pour le même type d’établissement

Le rapport Itinere soulève ainsi que « selon les structures, en fonction de l’approche des médecins responsables et des responsables de LHSS, la lourdeur des pathologies entraînant une décision favorable ou un rejet de la demande est différemment évaluée » (23). L’enquête menée par le cabinet Ernst and Young en 2018 pointe des disparités de régulation des orientations dans les trois départements visés par cette enquête (31). Un des départements propose une régulation « partiellement centralisée », un autre une régulation infradépartementale et le troisième ne présente aucune régulation des admissions en LHSS. L’enquête évalue que, si les orientations directes permettent « une plus grande souplesse dans la prise en charge en urgence », l’absence de régulation ne permet pas une « priorisation des demandes en fonction de la gravité de la situation », et elle indique que les « critères de recevabilité des demandes [sont] propres à chaque structure ».

- La création d’un effet filière

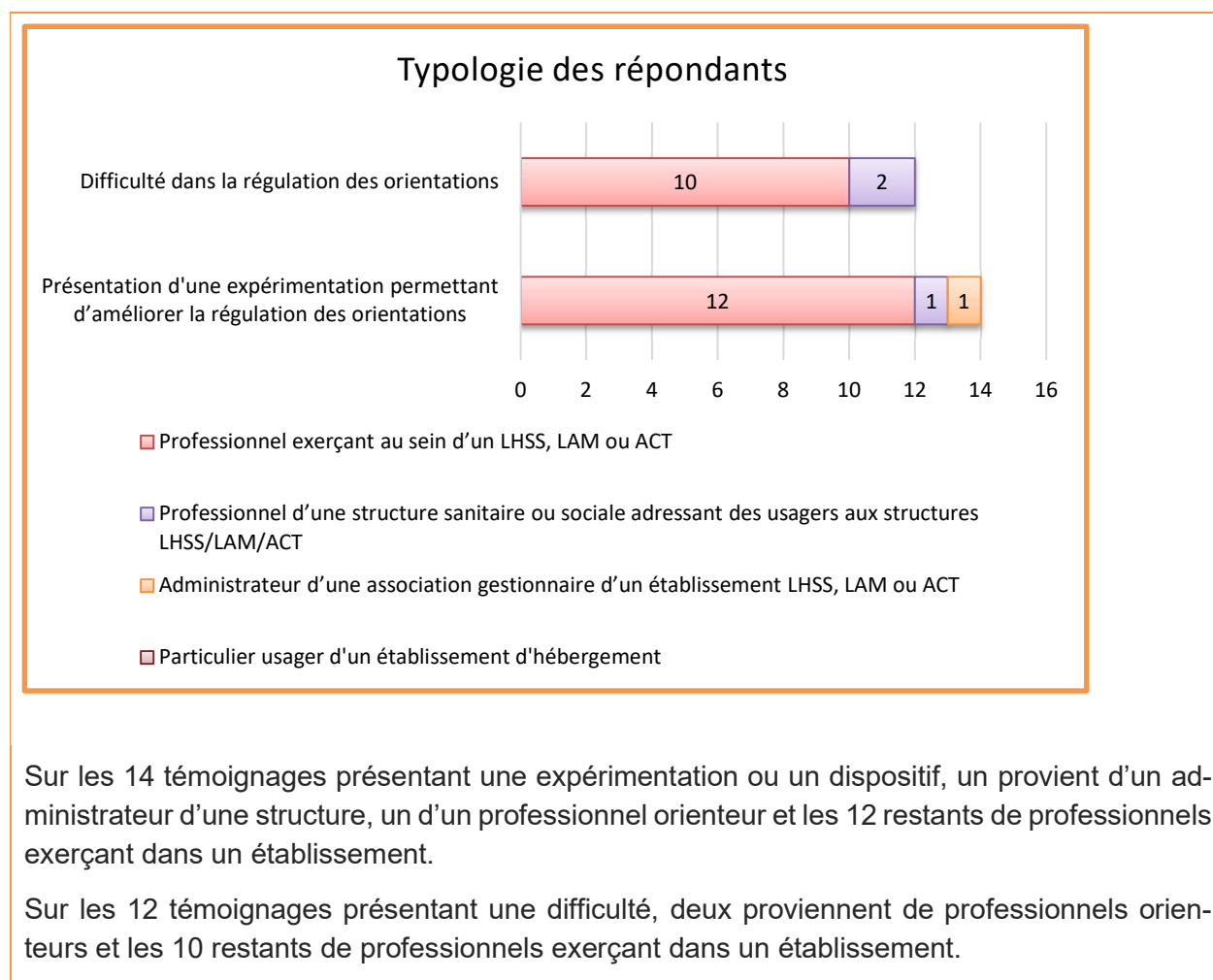
Cet effet filière peut exister entre LHSS et LAM ou ACT et également entre structures gérées par un même gestionnaire, interrogeant également l’équité de traitement. Cependant, cet effet filière semble limité (23) (31), les hôpitaux étant les principaux orienteurs des LHSS et ACT. L’effet filière semble plus prononcé dans les LAM où une grande partie du public (variable en fonction des départements) vient des LHSS (31). Mais cela peut n’être que ponctuel, en lien avec le fait que l’absence de places de LAM a contraint les LHSS à héberger des personnes dont l’état de santé relevait plus probablement d’établissements LAM.

²⁹ Cahier des charges annexé à la circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 { 2006 #225} relative à l’appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé » article 4.2.

Synthèse des réponses de l'appel à contribution

Avant retraitement des données, 48 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de l'organisation de la régulation locale ou territoriale des places disponibles, 18 présentant des expérimentations ou initiatives et 30 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 26 questionnaires exploitables dans cette thématique, 14 présentant des expérimentations et 12 faisant part de difficultés.



Les expérimentations et initiatives présentées

Sur les 18 questionnaires présentant une expérimentation avant retraitement, quatre sont vides ou trop incomplets. Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 14 questionnaires exploitables.

Organisations territoriales de type « guichet unique »

Huit répondants présentent une organisation territoriale de type « guichet unique » pour la régulation des admissions. Dans la quasi-totalité de ces expérimentations, la régulation ne concerne qu'une typologie d'établissement. Les modalités de régulation sont diversifiées, certains dispositifs de régulation étant organisés par les établissements concernés et d'autres étant confiés à des organismes extérieurs.

Quatre répondants présentent une régulation mise en place pour des dispositifs ACT (une régulation est présentée deux fois).

Deux des expérimentations concernent une régulation mise en place par les établissements eux-mêmes. Le secrétariat est assuré par une des structures gestionnaires d'ACT. Celle-ci centralise les demandes et instruit les dossiers de candidatures. Une commission unique regroupant les structures concernées statue sur les admissions.



« Guichet unique [...]. Préparation en amont [de la commission] des dossiers sociaux et médico avec l'aide d'un secrétariat »

Dans l'autre expérimentation, la régulation du dossier social est confiée au SIAO, l'étude du dossier médical restant confiée à l'ACT.

Concernant les dispositifs de régulation mis en place dans les LHSS, deux initiatives sont présentées, l'une gérée par une des structures membres et l'autre par un organisme extérieur (assurant également une régulation dans les LAM).



« Régulation des places disponibles par une organisation extérieure aux dispositifs LHSS et LAM. LHSS : échanges a minima hebdomadaires avec [l'organisme de régulation] sur le nombre de places "libres". [...] LAM : réalisation de commissions d'admission dès qu'une place en LAM est libérée »

« Régulation centralisée avec l'appui d'une astreinte médicale 24 h/24 »

Enfin, deux répondants présentent les dispositifs de régulation mis en œuvre dans le cadre des ACT « Un chez-soi d'abord ». L'ensemble du processus d'admission est confié à une commission de régulation, au sein de laquelle les équipes du « Chez-soi d'abord » ne sont pas représentées.



« Mise en place d'une commission ad hoc avec présence du SIAO, la commission valide les dossiers au regard des critères d'inclusion (âge, diagnostic présent, parcours de rue ou urgence sociale, besoins élevés validés [...], souhait de la personne). L'équipe ne participe pas à la commission. Ceci a pour objectif de favoriser au maximum l'impartialité des décisions d'entrée dans la structure et d'autre part de sensibiliser et acculturer les partenaires à l'action et philosophie du chez-soi. »

Les commissions d'orientation (quand elles existent) se réunissent tous les mois ou tous les deux mois pour les ACT.

Pour les LHSS, les dispositifs de régulation sont organisés pour répondre en urgence (voire 24 h/24).

Concernant l'évaluation, un répondant indique que l'organisation est trop récente pour être évaluée, un autre répondant fait part d'une organisation complexe qui peut retarder les délais de traitement des candidatures.



« Les effets sur les personnes concernées : double demande à réaliser. [...] Les délais de traitement ne sont pas les mêmes entre le volet médical et le volet social. »

Pour les autres, les fonctionnements proposés semblent répondre aux objectifs de centralisation des demandes, d'équité de traitement et simplification des demandes pour les prescripteurs et les usagers et pour certains, cela permet une réactivité dans le traitement des situations.



« Pour les personnes hébergées et les prescripteurs : un seul intervenant, intérêt de ne pas être confronté à de multiples demandes identiques »

« Équité dans la demande de traitement, le médecin d'astreinte peut évaluer immédiatement la pertinence de la candidature et préconiser des réorientations le cas échéant »

« Continuité du parcours résidentiel et/ou d'hébergement pour un public vivant avec une problématique de santé ([présence du] SIAO) ; organisation partenariale obligatoire autour des besoins de la personne ; distance entre la personne accueillie et l'équipe (ils ne sont pas choisis), tout le travail du rétablissement est alors possible »

Les limites identifiées sont liées au manque de places disponibles par rapport au nombre de demandes et au travail important nécessaire en amont pour former les équipes orienteuses.

Outils de régulation ou de priorisation des places

Cinq répondants présentent des dispositifs permettant une réponse plus rapide à l'utilisateur hébergé en LHSS.

Ces outils peuvent permettre de prioriser les situations ou d'organiser les modalités de fonctionnement avec les orienteurs afin de réduire le délai de réponse et de prise en charge. Un dispositif de régulation a pour objectif de permettre des accueils en urgence pour des personnes en situations de fragilité.



« [L'objectif est de] permettre des accueils de courtes durées pour des personnes extrêmement fragilisées ressentant la nécessité de se poser et de faire une évaluation de leur état de santé. [...] la porte d'entrée [...] se fait en lien avec un état de santé psychique ou physique précaire. »

Dans l'ensemble, cette réduction des délais de réponse et cette meilleure articulation avec les partenaires est évaluée de manière positive, même si ces dispositifs ont parfois été mis en place pour pallier un manque de places empêchant une prise en charge de l'ensemble des situations qui le nécessiteraient.



« Il semble que le fonctionnement adopté [...] corresponde aux attentes des professionnels et des usagers. »

« La mise en place de cette liste de diffusion facilite les orientations, les personnes concernées ne sont pas dans une attente longue de réponse. »

« Les retours aussi bien de nos partenaires que des résidents sont positifs. La possibilité de se reposer, de se renforcer, de rompre l'isolement et d'éventuellement définir des perspectives aussi bien médicales que sociales permet d'affronter un possible retour à la rue avec plus de force et parfois plus d'espoir. »

Les difficultés rencontrées

Deux des 30 questionnaires sont vides ou inexploitable (ne répondant à aucune des problématiques proposées), 16 sont inexploitable dans cette rubrique et un partiellement exploitable car ne répondant pas ou pas uniquement à la question posée ici. Ils seront réintégrés dans la ou les problématiques auxquelles ils répondent. Huit de ces questionnaires concernent entièrement ou partiellement le manque de places dans les dispositifs LHSS, LAM ou ACT.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 12 questionnaires totalement ou partiellement exploitables dans cette rubrique.

Deux problématiques principales émergent.

- La difficulté à connaître les besoins du territoire, et à y répondre.



« L'établissement priorise seul ses critères d'admission. Risque de décalage entre les besoins du territoire et la réponse apportée par l'établissement »

« Commission d'admission par établissement, risque de choix avec des critères interprétés différemment [...] pas de visibilité sur les places fléchées sortant de prison, fin de vie... »

- La gestion chronophage des dossiers d'admission par les établissements. Certains soulignent par ailleurs que chaque dossier est étudié par l'ensemble des structures implantées sur un même territoire.



« Gestion chronophage des admissions par les établissements »

« Candidatures doublées sur les deux ACT [du territoire], perte de temps sur le traitement de la candidature puisque parfois les personnes sont déjà intégrées sur l'autre établissement »

Les répondants font également remonter une difficulté liée à l'absence de régulation générale ou spécifique sur un territoire.

En réponse à ces problématiques, la mise en place d'un outil commun de régulation apparaît comme une solution pour la totalité des répondants professionnels exerçant dans les structures LHSS, LAM

et ACT. Les formes proposées pour cet outil varient de la mise en place d'un outil informatique à une régulation de type guichet unique.



« Un guichet unique [...] adossé au SIAO doté d'une capacité et autorisation à analyser la situation de santé des demandeurs »

« Construire un outil sous la forme d'une plateforme sur internet qui centralise l'ensemble des places disponibles sur le territoire, et qui est consultable facilement par les services orienteurs »

« Une coordination départementale ou régionale des demandes d'admission »

« Créer un service intégré permettant de mettre en lien l'offre et la demande »

Les deux répondants, professionnels exerçant dans des structures orientant vers les LHSS, LAM et ACT préconisent une meilleure visibilité des places et des typologies de places disponibles, ainsi que des accès prioritaires pour répondre aux contraintes des « temps hospitaliers ».

Cette difficulté à pouvoir répondre rapidement aux sollicitations hospitalières est également remontée par des professionnels exerçant en LHSS, LAM ou ACT.

Enfin, un répondant fait part d'une situation où une régulation existe, mais semble ne pas permettre une réponse adaptée aux besoins des personnes.



« La régulation [...] ne permet pas aux personnes qui le souhaitent de déposer une demande aux deux ACT [...]. C'est [l'instance de régulation] qui oriente vers les ACT Nord ou Sud. Si l'établissement refuse, le dossier n'est pas réorienté vers le second établissement. [...] Les dossiers rejetés par un établissement devraient être également évalués par le second établissement [...]. En effet, les critères d'admission sont différents entre ces deux établissements. »

THÉMATIQUE 3 – L’organisation de la transmission des informations pertinentes à l’entrée (dispositifs mis en œuvre, dispositions visant à garantir le droit des usagers)

Problématique repérée

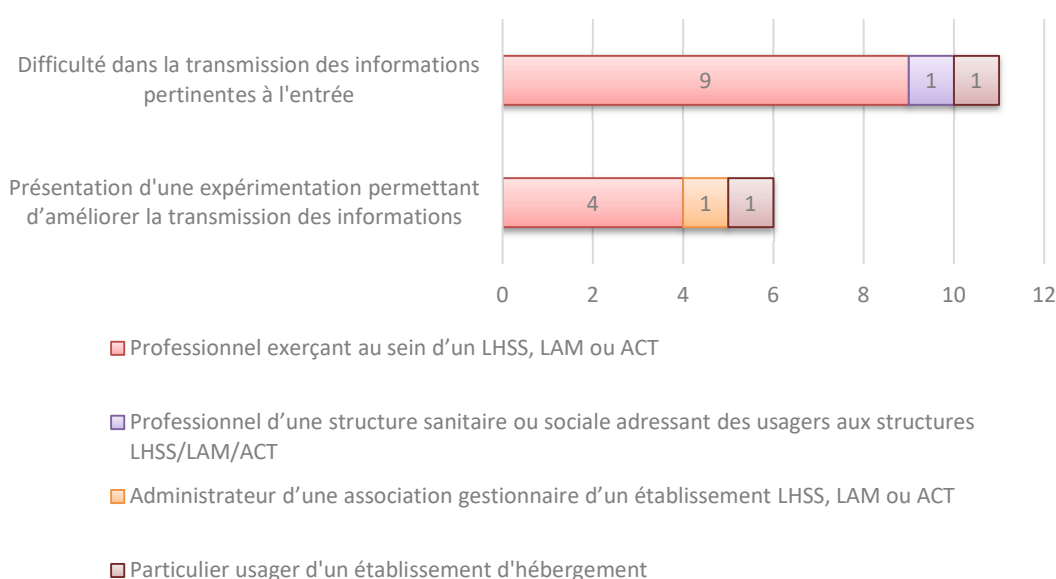
La dernière problématique à l’entrée dans les dispositifs concerne la transmission des informations pertinentes dans le respect des droits des usagers afin d’éviter des ruptures dans le parcours et de s’assurer de l’adéquation du projet de l’établissement aux besoins et attentes de la personne. En effet, une information claire et précise sur le fonctionnement et les missions du centre est essentielle pour que la personne accueillie puisse exercer son consentement éclairé pour accepter ou non la proposition d’hébergement. Par ailleurs, les parties prenantes rencontrées dans les travaux préparatoires et les enquêtes menées auprès des structures ont fait remonter un défaut de transmission des informations importantes nécessaires à l’accompagnement des personnes, engendrant des doublons dans l’accompagnement, des oublis et des retards. Cela a des conséquences sur la fluidité des parcours, notamment dans le cadre des prises en charge courtes (LHSS). Plus le diagnostic psycho-médico-social avant l’admission sera précis et l’évaluation fine, plus le travail sur le projet et notamment le projet de sortie en LHSS pourra se mettre en place rapidement, afin d’éviter les ruptures de parcours (y compris de soins) et d’éviter à la personne d’avoir à recommencer la construction de son projet à chaque entrée dans un nouveau dispositif.

Synthèse des réponses de l’appel à contribution

Avant retraitement des données, 28 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de la transmission des informations pertinentes à l’entrée, 14 présentant des expérimentations ou initiatives et 14 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 17 questionnaires exploitables dans cette thématique, 6 présentant des expérimentations et 11 faisant part de difficultés.

Typologie des répondants



Sur les six témoignages présentant une expérimentation ou un dispositif, un provient d'un administrateur d'une structure, un d'un usager des dispositifs et les quatre restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Sur les 11 témoignages présentant une difficulté, un provient d'un professionnel orienteur, un d'un usager des établissements et les neuf restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Les expérimentations et initiatives présentées

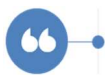
Sur les six expérimentations présentées, trois concernent la transmission d'informations à la personne lors de son accueil et trois le recueil d'informations sur la personne par la structure.

- Permettre à la personne de disposer dès l'admission de l'ensemble des informations importantes sur le séjour

Les trois expérimentations mettent en avant l'importance pour les personnes de disposer des informations complètes et précises sur la prise en charge dès l'accueil dans la structure. Pour ce faire, un établissement propose des documents en Facile à lire et à comprendre (Falc), un autre propose un accueil en équipe pluridisciplinaire pour présenter l'ensemble du dispositif. Enfin, la troisième contribution propose d'associer des pairs à l'accueil afin d'être mieux informé sur le déroulement du séjour. Il est à noter que cette proposition est faite par un usager des dispositifs.

- Disposer des informations nécessaires à la continuité du parcours

Les trois répondants mettent en avant l'importance des éléments du dossier d'admission (volet social et médical). Par ailleurs, deux répondants proposent également une rencontre de préadmission avec la personne et une prise de contact avec ses référents sociaux et médicaux.



« Prise de contact téléphonique avec les professionnels orienteurs si besoin d'un complément d'informations. Rencontre avec la personne par un binôme cadre-professionnel de l'équipe [...] »

Les difficultés rencontrées

Un des 14 questionnaires est vide, deux sont inexploitable dans cette rubrique et sont traités dans les thématiques auxquelles ils répondent.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 11 questionnaires exploitables dans cette rubrique.

Sur les 11 contributions, 10 font part de difficultés dans la transmission des informations entre les orienteurs et la structure. Ces difficultés peuvent être liées à un manque de moyens des orienteurs. Mais les contributions indiquent aussi un manque de transparence des orienteurs sur certaines problématiques, notamment addictives et de santé mentale.



« Peu ou pas d'informations concernant les troubles psychologiques ou psychiatriques des résidents ainsi que les parcours de vie des sortants de prison »

« Difficultés lorsque la demande d'admission ne mentionne pas tous les éléments pouvant être problématiques (addictions, alcoolisme, Diogène...) »

« Les dossiers sociaux et médicaux [...] ne sont pas toujours le reflet de la situation réelle : notamment sur le plan médical (sonde à demeure non précisée, perfusion non évoquée, personne totalement désorientée) »

Ces difficultés engendrent une perte de temps dans l'accompagnement et le suivi des personnes.



« Perte de temps au téléphone [engendrant des retards dans la] mise en œuvre rapide des soins (traitements, soins infirmiers, kinésithérapeutes...) [et des] loupés dans certains suivis ou consultations »

Par ailleurs, la non-transmission volontaire des informations sensibles à la structure peut mettre celle-ci en difficulté dans l'accompagnement des personnes.



« C'est au moment de crises violentes physiques ou de décompensations que les anciens partenaires nous donnent des bribes d'informations sur les résidents. Certaines situations en fonction des informations données auraient pu être évitées. »

Il semble donc essentiel que plus de transparence et de confiance se créent entre les établissements et les services orienteurs et que chacun fasse un pas vers l'autre pour pouvoir échanger sur des situations dites complexes et apporter en commun des solutions aux personnes présentant des problématiques complexes.

Les solutions proposées sont de trois ordres.

- Création d'outils de liaison partagés : outils papier du type fiches de liaison ou outils informatiques sur le modèle de ceux existants pour les personnes âgées ou handicapées.



« Accès à un logiciel commun. [...] Création de fiches de liaison »

« Il faudrait un outil informatique de type trajectoire afin de recenser de manière très objective les problématiques médicales adressées aux LHSS. »

- Amélioration de l'évaluation sociale partagée par notamment un travail conjoint sur les dossiers d'admission.



« Un dossier plus fourni à tout point de vue est indispensable afin d'adapter au mieux notre suivi et notre accompagnement des résidents. Des rencontres, des mails, un accès au suivi de la précédente structure, plus de communication »

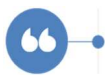
« Initier un groupe de travail sur la question de l'évaluation des situations à destination des services orienteurs »

- Des moyens supplémentaires pour les structures orienteuses et notamment les Pass³⁰ afin qu'elles puissent proposer un véritable suivi et qu'elles puissent accompagner la transition.



« Les services de la Pass [...] devraient être plus développés et plus accessibles aux usagers. [Il faudrait] rapprocher les soins gratuits (hôpitaux) des centres-villes. »

La dernière contribution est celle émanant de la personne usagère des dispositifs. Cette contribution fait part de difficultés dans la transmission des bonnes informations de l'établissement aux usagers avec pour conséquence une absence de solutions adaptées à la sortie. La solution proposée est d'accompagner la personne dans ses propres choix et ne pas lui imposer ceux des professionnels.



« Commencer par identifier ce que veut la personne et non prendre les décisions à sa place »

³⁰ Permanence d'accès aux soins de santé.

THÉMATIQUE 4 – L'association de la personne à son projet personnalisé

Problématique repérée

Les LHSS, LAM et ACT ont pour mission réglementaire d'accompagner les personnes autour de leur projet – projet d'accompagnement pour les ACT, de vie pour les LAM, de sortie pour les LHSS. Or si la mission d'accompagnement au projet diffère d'un dispositif à l'autre, au sein même de chaque dispositif, il n'existe pas de consensus autour de cette mission et les pratiques sont hétérogènes.

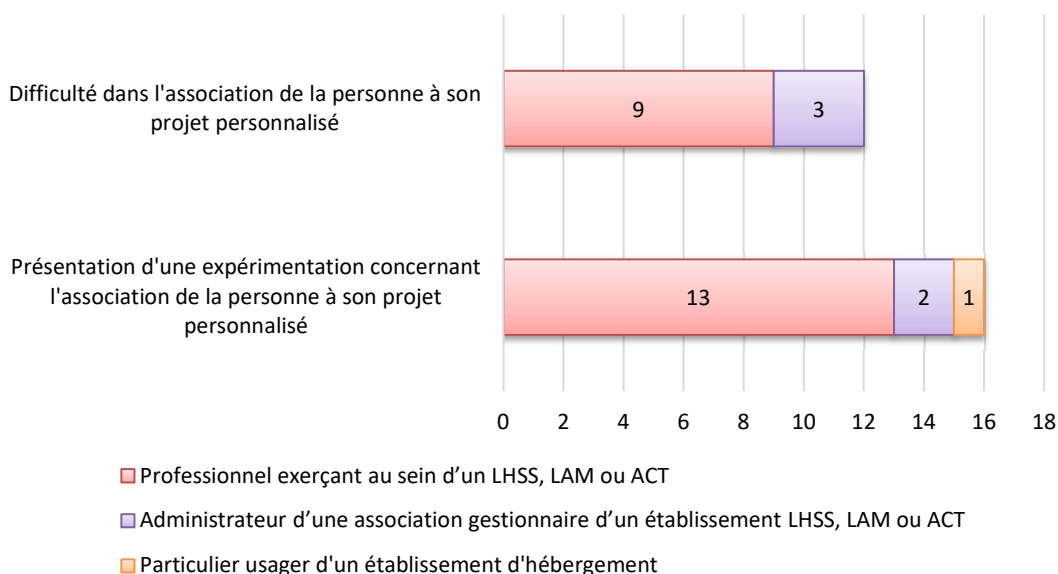
La problématique de l'accompagnement au projet au sein des LHSS demande une attention particulière car les durées de séjour sont courtes, la mission d'accompagnement est plus restreinte. Cependant, la mission d'accompagnement social et notamment « ce que la structure considère relever de son rôle en termes d'élaboration du projet de sortie varie considérablement d'une structure à l'autre. Si certaines considèrent devoir accompagner les personnes jusqu'à une modalité d'hébergement durable ou de logement [...] d'autres considèrent qu'une sortie en centre d'hébergement d'urgence ou hôtel pour quelques nuits peut être acceptable » (31).

Synthèse des réponses de l'appel à contribution

Avant retraitement des données, 38 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de l'association de la personne à son projet personnalisé, 21 présentant des expérimentations ou initiatives et 17 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 28 questionnaires exploitables dans cette thématique, 16 présentant des expérimentations et 12 faisant part de difficultés.

Typologie des répondants



Sur les 16 témoignages présentant une expérimentation ou un dispositif, deux proviennent d'un administrateur d'une structure, un d'un usager des dispositifs et les 13 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Sur les 12 témoignages présentant une difficulté, trois proviennent d'un administrateur d'une structure et les 9 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Les expérimentations et initiatives présentées

Six des 21 questionnaires sont vides ou inexploitable (ne répondant à aucune des problématiques proposées).

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 15 questionnaires exploitables dans cette rubrique auxquels a été ajouté un questionnaire complété dans une autre thématique mais répondant à la thématique 4, soit 16 questionnaires.

L'ensemble des contributions présente des procédures de construction et réévaluation des projets personnalisés, sept présentent plus particulièrement des outils.

Ces contributions ont pour objectif l'autonomie et le développement du pouvoir d'agir des personnes afin qu'elles deviennent actrices de leurs projets.

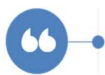


« En fonction de l'histoire et d'éventuelles problématiques spécifiques au moment de l'élaboration du projet personnalisé, l'équipe s'efforce de s'adapter au mieux pour que l'entretien se passe dans des conditions propices à la compréhension de la finalité du projet personnalisé, à la confidentialité et la confiance (composition de l'entretien, temporalité, lieu). L'écoute et l'implication du résident dans cette démarche sont toujours recherchées. »

« Évaluation conjointe avec la personne accompagnée et les professionnels tous les 6 mois. Permet d'étoffer, de reformuler et de préciser le fonctionnement entre accompagnés et professionnels au regard de l'évolution des projets et envies des usagers. [...] Les usagers identifient par eux-mêmes si les objectifs ont été atteints. »

« L'idée est de laisser la place nécessaire à la personne accompagnée en valorisant ses capacités, savoir-faire et compétences. La place varie selon l'utilisateur [...]. Cet outil induit un accompagnement personnalisé. L'équipe d'accompagnement va travailler sur les questionnements exprimés par la personne dans les étapes prévues pour réaliser le projet. »

Concernant les outils, un contributeur présente un outil informatique permettant à toutes les parties concernées de repérer et hiérarchiser les besoins d'accompagnement, proposer des moyens d'accompagnement et des leviers d'action. En fonction de ces paramètres, l'outil informatique aide à la construction du projet d'accompagnement.



« L'outil numérique, accessible 24 h/24 permet de faire varier la place de chacun en fonction de celui ou celle qui identifie le besoin. Le professionnel et/ou la personne accueillie va opérer l'enchaînement des opérations suivant :

- identification des causes du besoin avec éventuellement un classement par famille ;
- identification du ou des moyens à mettre en œuvre ;
- repérage des forces nécessaires pour y parvenir ;
- planification de l'action coconstruite. »

D'autres outils coconstruits sont proposés : grilles d'évaluation ou classeurs permettant le recueil de la parole des personnes et une coconstruction du projet.



« Les personnes se sentent considérées. C'est à partir de ce qu'elles expriment que l'accompagnement se construit, avec elles. »

Les outils peuvent également être adaptés pour une meilleure appropriation par les personnes.



« Traduction des outils [livret d'accueil, projet personnalisé] d'accueil en "Facile à lire et à comprendre" »

Enfin, trois contributions présentent les outils du rétablissement, dont le plan de rétablissement et le Wrap (outil de prévention et de gestion de crise).



« Utilisation d'outils favorisant l'*empowerment* :

- Wrap collectif ou individuel ;
- plan de rétablissement.

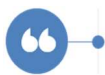
Des outils qui par définition prévoient une évaluation permanente des besoins et peuvent évoluer dans le temps au fur et à mesure de l'évolution des besoins. »

Les difficultés rencontrées

Quatre des 17 questionnaires sont vides ou inexploitable. Un est inexploitable dans cette rubrique et sera traité dans la thématique à laquelle il répond.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 12 questionnaires exploitables dans cette rubrique.

Sur les 12 contributions, cinq font remonter un besoin de partage pour une meilleure cohérence du projet personnalisé. Ce besoin de partage s'exprime avec les partenaires du parcours des personnes et les autres établissements LHSS, LAM et ACT.



« Nous travaillons actuellement à un projet d'accompagnement personnalisé utilisé par tous les acteurs du suivi de l'usager car actuellement chacun utilise ses propres outils et le suivi des objectifs mis en place a du mal à exister. »

« Besoin de partager notre hypothèse de travail avec d'autres professionnels afin d'élaborer ensemble une pratique de réalisation de projet personnalisé utile en cas de transfert de la personne accompagnée vers d'autres [établissements]. Les données et analyses suivent la personne. »

Les solutions proposées sont logiquement des propositions d'échange de pratiques et de mutualisation d'outils.



« Partager les pratiques autour de la méthodologie liée à l'élaboration du projet personnalisé »

« Groupe de travail/échanges entre les structures »

« Dossier partagé sécurisé pour les organismes sociaux »

« Mise en place d'un outil commun travaillé avec tous les professionnels concernés qui serait un support permettant de rendre l'usager acteur de son séjour »

Trois contributions font remonter des difficultés pour les personnes à s'approprier leur projet individualisé, celui-ci étant décrit comme le projet de la structure plus que celui des personnes qui n'y mettent pas de sens.



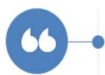
« Alors comment s'assurer de la libre expression des souhaits ? [Comment] s'assurer que les demandes formulées ne sont ni induites par l'établissement, ni par les professionnels, ni par les missions de l'ESSMS ? »

Les propositions d'amélioration sont de l'ordre de l'évaluation des pratiques, en y associant les personnes concernées.



« Faire une synthèse avec le résident, puis ensuite en équipe »

Deux contributions émanant de LHSS font remonter la difficulté à concilier le temps de la prise en charge et le temps du projet personnalisé.



« Concilier les difficultés à trouver des orientations sociales avec la mission sanitaire du LHSS. Quand les soins sont terminés, la personne est censée quitter le LHSS alors que le volet social du projet personnalisé n'est pas abouti. »

« La coconstruction d'un projet personnalisé nécessite du temps et la limitation à deux mois empêche la projection dans l'avenir. »

La solution envisagée est d'inscrire le projet dans le parcours de la personne en assurant un accompagnement à la sortie.



« Solution de sortie avec un accompagnement social pour assurer la continuité du parcours »

Enfin, deux contributions font part de difficultés à respecter les temporalités et contenus des projets personnalisés.



« Difficultés à tenir les périodes de 6 mois. Difficultés à ne pas s'éloigner du projet de départ »

THÉMATIQUE 5 – L'adaptation de l'accompagnement aux spécificités de certains publics

Problématique repérée

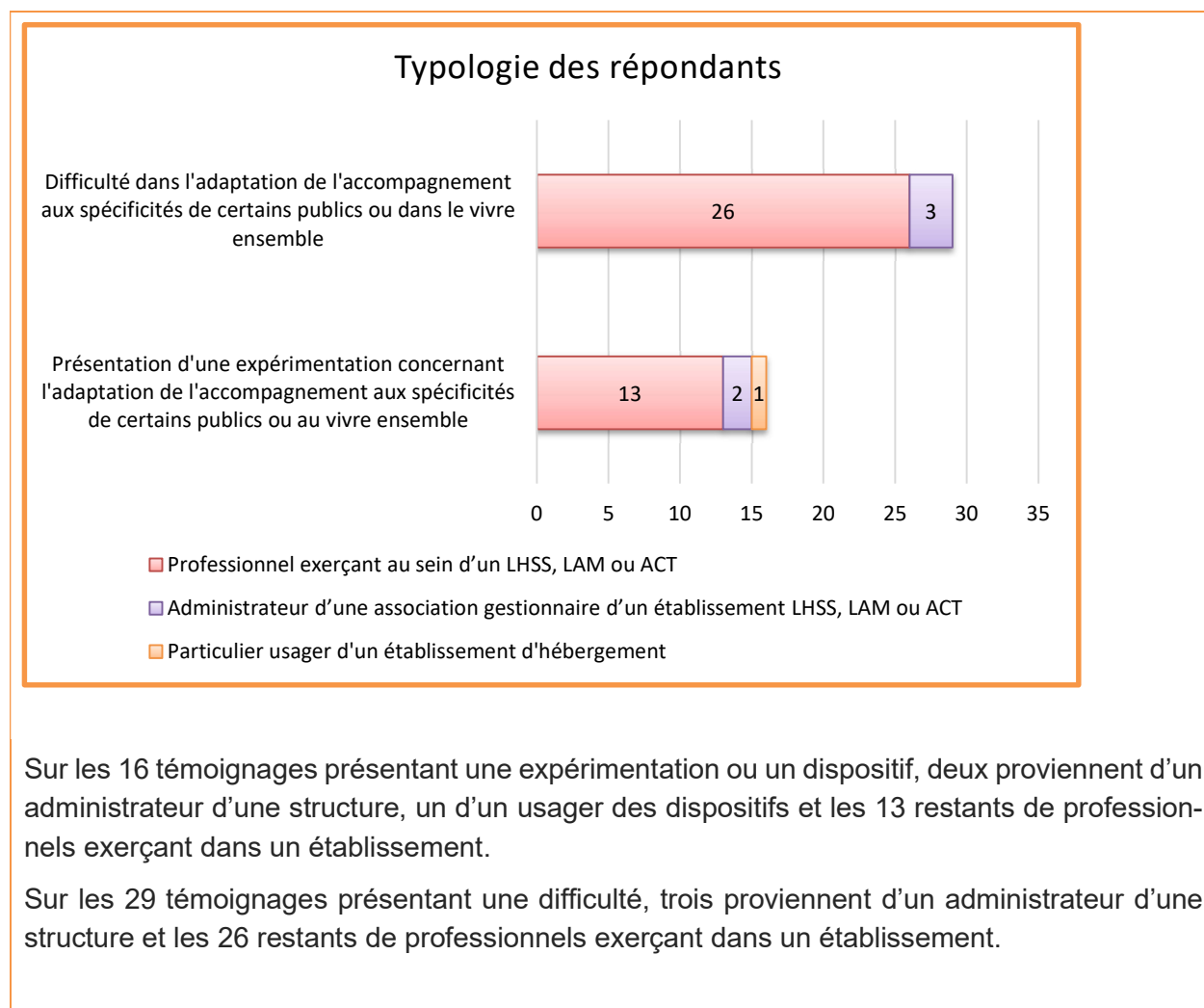
L'évolution des typologies des publics sans domicile a un impact sur les pratiques d'accompagnement des professionnels. La phase de cadrage avait mis en avant des spécificités liées à l'accompagnement des publics migrants, des femmes, des enfants et des personnes présentant des problématiques médicales complexes (psychiatriques, addictives, handicap, vieillissement...).

Enfin, la cohabitation de publics très hétérogènes pouvait également interroger les différents dispositifs.

Synthèse des réponses de l'appel à contribution

Avant retraitement des données, 55 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de l'adaptation de l'accompagnement aux spécificités de certains publics, 22 présentant des expérimentations ou initiatives et 33 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 45 questionnaires exploitables dans cette thématique, 16 présentant des expérimentations et 29 faisant part de difficultés.



Les expérimentations et initiatives présentées

Sept des 22 questionnaires sont vides ou non exploitables car ne répondant pas à une thématique proposée.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 15 questionnaires exploitables dans cette rubrique auxquels a été ajouté un questionnaire complété dans une autre thématique mais répondant à la thématique 5, soit 16 questionnaires.

Neuf contributions présentent des dispositifs d'accompagnement de publics spécifiques, sept des dispositifs visant à développer le vivre-ensemble.

Dispositifs d'accompagnement de publics spécifiques

Cinq contributions présentent des dispositifs d'accompagnement de personnes présentant des problématiques addictives. Dans l'ensemble, les contributions proposent des approches fondées sur la réduction des risques et des dommages et un cadre souple qui s'adapte aux besoins et envies de la personne. Il peut s'agir d'assouplir des règlements de fonctionnement pour les mettre en cohérence avec la réalité des personnes présentant des problématiques addictives. La question des consommations est abordée de manière transparente avec les personnes. Les expérimentations présentées s'appuient également sur les réseaux partenariaux (CSAPA, Caarud, centres de cure) pour proposer des réponses globales.



« La question des addictions est abordée dès l'entrée. [...]. Des ateliers sont proposés avec les usagers, des outils de réduction des risques sont à disposition des usagers. Des activités collectives sont organisées par et pour les usagers. »

« La situation [de l'établissement] facilite l'accueil de personnes concernées par les addictions. L'objectif a été d'enrichir les pratiques des professionnels [...] :

- faciliter les immersions des professionnels du LHSS dans les CSAPA [...] ;
- renforcer les échanges avec les professionnels : au moment de l'admission, faciliter les rencontres sur le LHSS avec l'équipe du CSAPA et la personne accueillie. En effet, la personne suivie au CSAPA donnera dans ces conditions plus de confiance au LHSS [...].

Pour adapter l'accompagnement aux spécificités d'un ou plusieurs publics, il est indispensable de s'interroger sur les règles de fonctionnement : un règlement de fonctionnement psychorigide ne permet en aucun cas l'adaptabilité. »

« L'adhésion à l'accompagnement et aux soins des personnes consommatrices de stupéfiants et des personnes consommatrices de crack est un vrai défi pour les LHSS [...]. Différents espaces de réflexion ainsi que des actions favorisant l'adhésion des personnes [se sont développées :] formations pour les professionnels centrées sur la réduction des risques et l'entretien motivationnel, mise en place d'un règlement de fonctionnement plus souple, mise en place d'un réseau partenarial étoffé (services hospitaliers, CSAPA, équipes mobiles, centres d'hébergement spécifiques). »

Trois contributions font remonter des expérimentations concernant des personnes avec une problématique de santé mentale. Deux de ces expérimentations mettent en avant l'importance des pairs et la valorisation du savoir expérientiel dans l'accompagnement de ces personnes.



« [Mise en place d'un] groupe de parole orienté autosupport [pour des entendeurs de voix]. Les effets sont une meilleure compréhension des symptômes et des stratégies de *coping* mises en place pour vivre avec. Les limites identifiées sont une recrudescence des voix. »

« Nous avons pu accompagner un certain nombre d'usagers de la psychiatrie et de la rue à créer une association d'usagers. [...] Aujourd'hui elle produit a minima un journal d'informations par mois pour tout public qui vient parler du vivre-ensemble dans la cité. [...] Cela fonctionne selon le principe d'autosupport. »

Enfin une contribution présente un dispositif d'accompagnement adapté aux familles avec enfants. Cette structure a adapté ses locaux et les profils des professionnels aux besoins des familles.



« Adaptation du lieu d'accueil, adaptation des profils de personnel. [...] Pour les familles que nous accueillons, nous mettons en place un accompagnement spécifique : un binôme avec l'intervenante sociale et l'éducatrice de jeunes enfants. La question de la collaboration entre l'EJE et l'intervenante sociale au travers de la parentalité se fait dès l'entrée de la femme enceinte ou de la famille. »

Dispositifs visant à améliorer le vivre-ensemble

Les sept expérimentations visant à améliorer le vivre-ensemble s'appuient sur le développement d'espaces et d'actions collectives. Elles proposent de travailler sur des valeurs partagées de respect et cherchent à développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes accueillies.



« Travail sur les valeurs : respect de l'autre, tolérance, maîtrise des émotions, participation, soutien, engagements et respect des engagements. »

« Le service [...] a mis en place de nombreuses séquences collectives : sorties, séjours, ateliers couture, repas partagés, jeux de société, relaxation, potager partagé, permettant aux personnes de se rencontrer, de vivre des moments de partage, de mettre en lumière leurs compétences par notamment la coanimation de ces temps. »

« On se retrouve pour des sorties au bureau et on part ensemble avec les fourgons. On propose des activités aux éducateurs et on organise avec eux ces activités. »

« Développer le vivre-ensemble et favoriser la participation des résidents, leur permettre de participer à certaines prises de décision pour l'amélioration du fonctionnement de la structure, pour favoriser le lien social et connaître ses droits. »

Les difficultés rencontrées

Cinq des 33 questionnaires sont vides ou inexploitable. Quatre sont inexploitable dans cette rubrique et seront traités dans les thématiques auxquelles ils répondent.

Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 24 questionnaires exploitables dans cette rubrique auxquels ont été ajoutés cinq questionnaires complétés dans d'autres thématiques mais répondant à la thématique 5, soit 29 questionnaires (pour 28 répondants).

Huit contributions font remonter des difficultés dans le vivre-ensemble et la cohabitation de personnes parfois très différentes. Ces difficultés de cohabitation sont renforcées dans les structures collectives et dans les structures proposant des chambres partagées. Ces difficultés de cohabitation semblent particulièrement présentes pour les personnes avec des problématiques addictives et de santé mentale. La cohabitation semble poser problème également pour les personnes sortant de prison.



« Difficultés à accepter la singularité de chacun particulièrement sur les temps de repas et cohabitation en chambre »

« Parfois les interactions entre les deux publics [familles et personnes marginalisées] ne sont pas forcément positives ni bénéfiques, surtout quand on parle de personnes touchées par des addictions, troubles psychiatriques et de comportements. »

« Ces cohabitations nécessiteraient des prises en compte renforcées par des infirmiers psychiatriques intégrés à l'équipe. »

Les solutions consistent à une amélioration et une individualisation des conditions d'accueil et à la mise en place de temps collectifs de réflexion associant les usagers.



« Améliorer les conditions d'accueil (ex. : chambres individuelles) »

« Interventions d'associations spécialisées sur la question des discriminations »

« Brainstorming avec l'équipe de professionnels et idem avec le groupe de résidents volontaires »

Huit contributions constatent un manque de structures adaptées à l'accompagnement complexe de ces publics.



« Des personnes qui ne relèvent plus médicalement de telles structures mais qui ne sont pas en capacité de vivre dans un logement dit ordinaire »

« Besoin de dispositifs ressources combinant soutien thérapeutique et réhabilitation psychosociale comme porte d'entrée »

« Difficultés cognitives : démences souvent entre 45 et 60 ans »

Les contributeurs proposent de développer de nouveaux dispositifs, de renforcer des accompagnements ou d'assouplir certaines réglementations (dérogations d'âge pour les entrées en Ehpad) pour répondre à ces difficultés.



« Augmenter la présence de travailleurs pairs, de pratiques orientées rétablissement avec pour outil principal l'autosupport »

« Parcours prioritaire avec une aide MDPH³¹ réservée LHSS/LAM/ACT car notre public est isolé et très marginalisé »

« Possibilité pour l'équipe des ACT [...] de maintenir un suivi post ACT. [...]. Places ACT hors les murs reconnues et financées »

Sept contributions traitent de la difficulté à accompagner le public migrant, notamment liée aux difficultés de stabilisation de la situation administrative et à l'absence de ressources. Ces difficultés peuvent être renforcées par les pratiques restrictives de certaines préfectures. Pour deux contributeurs, cela les conduit à ne pas héberger les personnes sans titre de séjour, malgré l'obligation d'accueil inconditionnel.



« Pour les parents d'enfants malades, difficultés d'accès au droit commun en raison de titres de séjour trop courts »

« La coconstruction d'un projet personnalisé nécessite du temps et la limitation à deux mois empêche la projection dans l'avenir. »

« Difficultés d'accueillir des personnes sans droits donc sans ressources »

« La problématique des renouvellements de titres de séjour [...] où la préfecture [...] ne délivre plus de récépissé en attendant la délivrance du titre (ou pas), qui fait que des personnes totalement insérées perdent du jour au lendemain leur ressources, les prestations, leur travail »

Les contributeurs proposent quelques pistes de solutions autour du développement du partenariat avec l'Ofii³² et les préfectures et la prise en compte des surcoûts engendrés par cette prise en charge.



« Prise en compte financière du surcoût engendré par l'accueil de personnes migrantes »

« Travailler le partenariat avec les préfectures, l'Ofii »

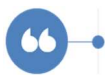
« La délivrance du récépissé qui est "théoriquement obligatoire" selon l'article R. 3114 du Ceseda³³ »

Quatre contributions font part de difficultés concernant l'adhésion des personnes avec des problématiques complexes à l'accompagnement médico-social proposé par l'établissement.

³¹ Maison départementale des personnes handicapées.

³² Office français de l'immigration et de l'intégration.

³³ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.



« Difficulté à prendre en charge globalement un usager qui du fait de ses addictions et/ou de sa situation de grande précarité s'auto-exclut au sein même du service »

« Difficultés d'accompagnement des personnes en déni de pathologie (addiction, santé mentale) ou en refus de soins (addiction, santé mentale). Difficultés majeures en cas de troubles cognitifs ou neuro-psy (troubles de mémoire, désorientation temporo-spatiales) [...] Départs volontaires pour personnes ne supportant pas le collectif ou le règlement »

« Certaines personnes accueillies adhèrent difficilement ou irrégulièrement aux soins. »

Les solutions proposées sont une organisation plus souple et des postures professionnelles compréhensives.



« Rester un lieu d'accueil plus souple. [...] Formation adaptée des professionnels »

« Connaître les motivations de l'usager à un séjour aux LAM ou LHSS. Prioriser avec l'usager les objectifs de son séjour. Communiquer de manière plus efficace entre les différents professionnels pour ne pas submerger l'usager avec des objectifs trop lourds ou trop nombreux. Se donner les moyens de mettre en place les actions pour réaliser les objectifs »

Enfin, deux contributions font part de difficultés liées à l'accompagnement de la fin de vie. Face à ces difficultés, les établissements ont développé des partenariats, de la formation et sont en recherche d'outils complémentaires.



« Nous constatons que nous accueillons de plus en plus de personnes avec des pathologies lourdes [...] et se pose la question de l'accompagnement à la fin de vie. »

« Nous travaillons très étroitement avec les soins palliatifs, nous organisons des formations, une collègue va faire une formation longue sur ce thème. »

« Le partenariat avec les soins palliatifs du secteur nous est d'une grande aide. Une formation pour accompagner les personnes en fin de vie a été organisée et nous a aidés à améliorer notre approche humaine. »

« Existe-t-il d'autres formations pouvant nous apprendre à aborder la fin de vie avec le patient ? Comment accompagner les familles ? »

« Nous souhaitons travailler avec des partenaires (hôpital, Ehpad...) pour avoir un lit qui puisse répondre à ce besoin [...]. Qu'en est-il sur les autres départements ? »

THÉMATIQUE 6 – La gestion des sorties

Problématique repérée

La phase de cadrage avait permis d'identifier les éléments suivants.

Pour bien accompagner la sortie de la structure et réussir l'intégration dans une nouvelle entité, l'identification des éventuelles difficultés de la personne à vivre les séparations et les ruptures, de ses besoins et de ses attentes ou aspirations peut aider à la gestion des transitions et à l'intégration dans la nouvelle structure d'accueil. Identifier les risques liés à la transition et mettre en place les adaptations nécessaires à celle-ci demeurent des conditions majeures de réussite dans cette phase de transition, ce qui peut nécessiter un accompagnement renforcé de l'équipe sociale.

Par ailleurs, une grande partie des personnes accueillies ne présentent pas de titre de séjour, ou des titres très précaires. Les solutions à la sortie se limitent donc à l'hébergement généraliste spécialisé. Or l'enquête du cabinet Ernst and Young repère un point de blocage lié notamment à la saturation des dispositifs pour les sorties vers les CHRS (31).

Par ailleurs, pour les personnes ne présentant pas de difficultés particulières au regard du séjour, les sorties vers le logement ou vers un hébergement médico-social présentent également des points de blocage liés à la saturation des dispositifs mais aussi à des réticences à accueillir des personnes en grande précarité et pouvant présenter des addictions, des problématiques de santé mentale et une situation financière fragile.

Les établissements sont alors confrontés à une alternative :

- orienter vers une solution précaire de sortie ;
- ou maintenir des personnes dont la situation sanitaire n'est pas adaptée à la prise en charge.

Cette difficulté est encore plus cruciale pour les LHSS dont la durée de séjour est de deux mois renouvelables.

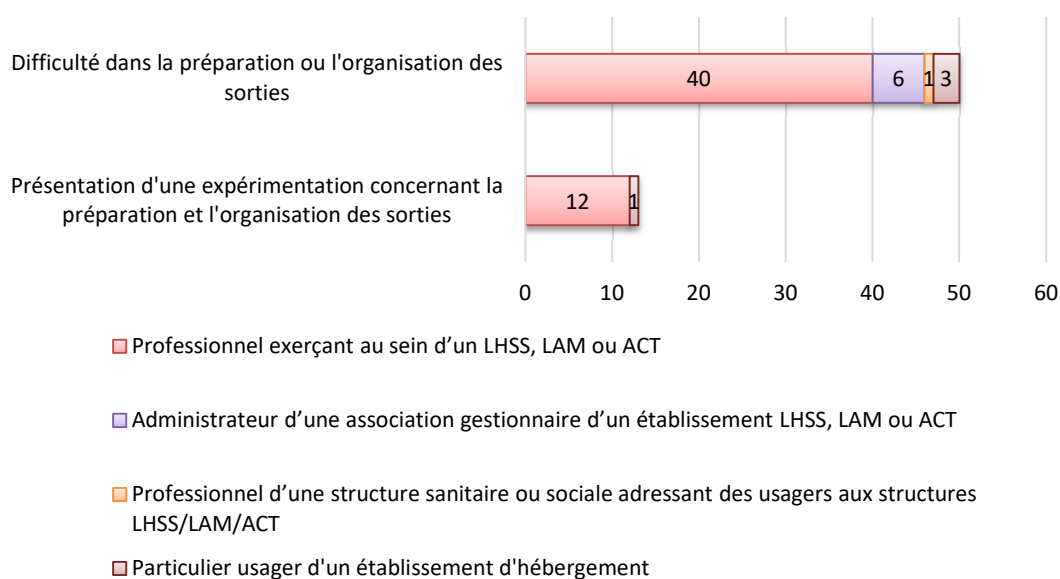
Pour les ACT « Un chez-soi d'abord », l'accès au logement est concomitant à l'entrée dans le programme, aussi si la question de la sortie n'existe pas par rapport au logement, cette question se pose pour l'accompagnement proposé, qui a vocation à permettre le rétablissement de la personne et qui doit donc avoir une perspective de fin.

Synthèse des réponses de l'appel à contribution

Avant retraitement des données, 69 questionnaires avaient été reçus sur la thématique de la gestion des sorties, 19 présentant des expérimentations ou initiatives et 49 faisant part de difficultés.

Après retraitement des données, il reste 63 questionnaires exploitables dans cette thématique, 13 présentant des expérimentations et 50 faisant part de difficultés.

Typologie des répondants



Sur les 13 témoignages présentant une expérimentation, un provient d'un usager des dispositifs et les 12 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Sur les 51 témoignages présentant une difficulté, trois proviennent d'un administrateur d'une structure et les 26 restants de professionnels exerçant dans un établissement.

Les expérimentations et initiatives présentées

Six des 19 questionnaires sont vides ou non exploitables car ne répondant pas à une thématique proposée.

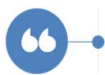
Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur les 13 questionnaires restants.

Deux contributions présentent des dispositifs visant à anticiper la sortie des personnes et à la préparer en amont.



« La sortie du LHSS est évoquée dès les premiers moments du séjour. [...] Dès leur premier jour, il [...] est communiqué [aux personnes] une date de sortie prévisionnelle précise : à l'oral et à l'écrit. [...] À chaque décision de prolongation de séjour, une nouvelle date prévisionnelle de sortie est de nouveau transmise à l'utilisateur à l'occasion d'un entretien individuel. »

Trois contributions présentent des dispositifs partenariaux visant à favoriser les sorties, un de ces dispositifs étant orienté sur les situations complexes.



« Réunion partenariale sous forme de synthèse. [...] La personne est bien évidemment présente et peut exprimer ses besoins, ses craintes, ses doutes. »

« Trouver de nouvelles solutions de sortie pour les situations complexes : commission de sortie organisée 2 fois par an pour analyser les freins à la sortie et les situations comparables d'admission en FAM, MAS. »

Trois contributions présentent des dispositifs mixant l'anticipation de la sortie et l'appui sur le partenariat.



« Identifier dès la demande les partenaires impliqués dans la prise en charge de la personne accueillie. Travailler en étroite collaboration avec ces partenaires tout au long de la prise en charge. Le projet de sortie doit être défini dès l'évaluation et avant l'entrée pour le rendre efficient. »

« La sortie de la structure est un sujet abordé dès les premiers jours. [...] Il est [...] important que la personne se sente épaulée et soutenue même en étant dans la rue. Le Samu social est prévenu de toute sortie à venir. Un lien est également fait avec l'assistant social de secteur [...]. Si l'usager le souhaite, nous pouvons provoquer une rencontre avant la sortie de la structure afin qu'il puisse bien identifier son travailleur social. »

Cinq contributions présentent des outils pour améliorer la sortie, trois permettant de mieux préparer celle-ci et deux ayant pour objectif de la sécuriser.



« Prévoir des outils que l'on puisse garder à la sortie des ACT sous forme d'information collective »

« Préparer les personnes à la sortie via des ateliers "réorientation" comprenant la présentation de la demande de logement, le logement accompagné, [la présentation du dispositif] Dalo [...] »

« Favoriser avec les bailleurs sociaux le transfert de bail afin que les [personnes] accueillies puissent si elles le souhaitent rester dans l'appartement »

« Rendre possible le glissement de l'accompagnement ACT en structure lors de la sortie sous forme d'accompagnement ACT à domicile »

Les difficultés rencontrées

Quatre des 49 contributions sont vides ou inexploitable. Les éléments identifiés ci-dessous s'appuient donc sur 45 questionnaires exploitables dans cette rubrique auxquels ont été ajoutés cinq questionnaires complétés dans d'autres thématiques mais répondant à la thématique 6, soit 50 questionnaires pour 48 répondants (ce qui explique la présence d'un service orienteur dans cette thématique, alors que les orienteurs n'avaient accès qu'aux trois premières thématiques de l'appel à contribution).

30 contributions identifient un manque de solutions en sortie. Cela peut concerner l'ensemble des personnes accueillies, notamment dans les zones en tension sur le logement ou certaines catégories de publics en particulier (personnes sans titre de séjour, personnes très précarisées présentant des problématiques addictives, personnes vieillissantes...).



« Manque de solutions d'hébergement, de places en établissements handicap, maisons de retraite, ou logement autonome »

« Pour un public vieillissant, précaire et très malade les orientations sont parfois longues. L'accueil dans un hébergement autonome s'avère parfois ne plus être adapté et les solutions d'orientation vers des dispositifs plus adaptés tels que FAM³⁴ ou LAM ou Ehpad sont très longues. »

« Accès au logement social long malgré un positionnement comme public prioritaire dans le cadre du PDAHLPD³⁵. Manque d'autonomie des personnes pour l'accès à un logement autonome et manque de places dans les structures d'hébergement et de logement adapté. Situation médicale très dégradée ne permettant pas une sortie vers un autre dispositif »

Les conséquences sont un allongement des durées de séjour, des solutions de sortie inadaptées voire des remises à la rue pour certaines structures.



« Embolisation du service et allongement des séjours... Sorties inadaptées au vu de la problématique des personnes »

« Pas de solutions d'hébergement adapté à la personne. Manque de fluidité entrées/sorties LHSS »

« Le retour à la rue ou en hébergement chez un tiers »

« *Je n'ai pas de logement à moi.* »

Les solutions consistent à augmenter le nombre de places.



« Développer les structures d'accueil pour les personnes âgées vieillissantes »

« Augmentation des moyens pour les structures d'hébergement et extension des parcs de logements sociaux »

³⁴ Foyer d'accueil médicalisé.

³⁵ Plan départemental d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées.

18 contributions identifient une difficulté de coordination avec les acteurs de l'aval.



« Dispositifs LHSS/LAM méconnus des établissements et institutions vers lesquels une orientation peut être préconisée [publics en situation de handicap lourd]. Représentations et idées reçues concernant les publics »

« Nous repérons [...] un vrai besoin de rendre visible le dispositif ACT auprès des partenaires de l'AHI. Nous souhaiterions que le SIAO [...] puisse être à l'initiative de cette rencontre/communication afin de favoriser une meilleure connaissance des dispositifs du secteur de l'AHI et aussi du soin [LHSS, LAM, ACT]. »

« Fluidifier le parcours logement des personnes en facilitant l'accès aux bailleurs publics »

Les conséquences sont également un allongement des durées de séjour, donc une impossibilité d'accueillir des personnes en demande, un épuisement des équipes et des ruptures de parcours.



« Séjours en LAM et LHSS longs, épuisement des équipes au quotidien du fait de n'avoir aucune visibilité d'accueil en structure »

« [Les] personnes restent très longtemps sur le dispositif ACT et empêchent l'admission de personnes qui justifieraient de l'accompagnement spécifique proposé. »

« Des ruptures de parcours, un non-recours aux soins. Des places embolisées car pas de sortie possible »

Les solutions consistent à proposer des dispositifs visant à améliorer la coordination des acteurs.



« Rapprochement avec le secteur du handicap. Conventions. Intégration des dispositifs LHSS, LAM et ACT dans la liste des orienteurs potentiels vers les établissements spécialisés »

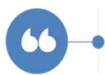
« Meilleure communication entre les deux secteurs [AHI et LHSS, LAM, ACT] afin de rendre davantage visible les dispositifs existants »

« Faciliter la mise en place de baux glissants avec les bailleurs publics »

« [Mise en place d'un] temps dédié à la mise en lien physique des assistants sociaux des LAM et LHSS avec les structures d'hébergement pour un partenariat efficace ou [développement] de postes de chargés de mission tel que celui d'interface entre les secteurs de l'urgence, insertion et les personnes âgées du SIAO »

« Nous pensions créer une commission de sortie dans laquelle il y aurait autour de la table surtout les bailleurs et les partenaires de droit commun. »

Trois contributions identifient des difficultés d'accès aux droits pour les personnes.



« Délais d'instruction des dossiers MDPH trop longs. Délais de mises en place d'une protection des majeurs trop longs... »

« La lenteur de la procédure de demande de régularisation pour soins, retardant l'arrivée du titre de séjour en cas d'avis favorable (environ un an), ce qui diffère l'initiation des démarches administratives [et rend complexe le travail autour] de l'insertion professionnelle »

« La trop grande lenteur administrative [...] : les gens quittent la structure au bout de deux ans et n'ont toujours pas obtenu de réponse d'organismes tels que la MDPH (un an à un an et demi d'attente de traitement de dossier), de l'Ofii, de la préfecture et de la CPAM. »

Les conséquences sont encore une fois un allongement des durées de séjour et des ruptures de parcours.



« Démotivation et anxiété des personnes accueillies face à l'absence de solution, rupture de soins, prolifération des squats et marchands de sommeil, suroccupation de logements, précarisation des populations qui malgré leurs difficultés se maintiennent sur le territoire »

« Remise à la rue pour certains »

Les contributeurs ne sont pas en capacité d'agir sur ces délais administratifs et ne proposent pas de solutions.

Enfin, une dernière problématique est de proposer des solutions qui permettent une réelle continuité des parcours et n'entraînent pas de ruptures. Quatre contributeurs font part de difficultés à proposer une continuité des parcours à la sortie, deux d'entre eux insistant sur le manque de choix à la sortie et l'obligation d'accepter la solution, les deux autres mettant en avant l'importance du réseau constitué.

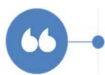


« Les personnes ne décident pas de l'endroit où aller. »

« À la fin du contrat de séjour, le changement de lieu d'habitation [...] déstabilise l'ensemble. Le travail accompli perd son sens et les personnes doivent reconstruire toute la coordination qui existait précédemment autour d'eux. Les repères sont perdus, les professionnels changent, les habitudes n'existent plus... Les difficultés les plus importantes sont : les décompensations, les problèmes budgétaires, les pertes de repères et l'isolement, la régression de l'état de santé. »

« Une sortie d'accompagnement bénéfique se distingue par le fait d'une recreation de réseaux autour de la personne, par elle-même et avec elle-même. Ainsi une sortie des effectifs, sans la présence soutenance de ces réseaux, est problématique. »

Cette difficulté entraîne une rupture dans les parcours des personnes, avec parfois un retour à une situation proche de la situation de départ.

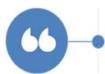


« Déstabilisation importante des personnes et absence de fluidité... Sentiment d'échec vécu par les personnes »

« Pour une partie du public, en défaut de régularisation de droit au séjour, le recours au 115 signifie bien souvent un retour à la rue... »

« Pour la personne : des risques de grande solitude, de retourner dans une spirale d'exclusion. En somme une désinclusion sociale »

Par ailleurs, au travers des difficultés identifiées par les contributeurs, la question de la sortie des personnes sans titre de séjour est régulièrement citée. En effet, les seuls dispositifs auxquels elles peuvent prétendre sont des hébergements via les 115 – SIAO, souvent précaires. Ces situations mettent les établissements en difficulté dans l'exercice de leurs missions.



« Il est évident que les personnes issues de la demande d'asile ont peu de solutions d'hébergement adapté si elles sont déboutées de leur demande. »

« [...] la complexité liée à travailler autour de l'insertion professionnelle liée à la lenteur de la procédure de régularisation pour soins »

Les contributeurs proposent de permettre le maintien des personnes dans leur propre logement, de construire des indicateurs permettant d'objectiver les réseaux de soutien et enfin de développer un soutien par les pairs.



« Repenser les modalités d'hébergement et de logement en ACT quand les situations administratives le permettent. Sortir de la logique d'hébergement »

« Être vigilants au niveau des indicateurs visibles de ces réseaux (familial, amical, professionnel, social, sportif) »

« Il suffirait qu'une personne ayant eu des difficultés semblables travaille avec le travailleur social pour préparer la sortie et [...] propose en accord avec la personne concernée [...] un accompagnement suivi et régulier [après la sortie]. »

Par ailleurs, les éléments de réponse à cette difficulté ne sont pas du ressort des établissements, ce qui les laisse dans une forme d'impuissance à agir. Certains contributeurs proposent des dispositifs spécifiques, d'autres affirment la nécessité d'agir sur le plan des politiques publiques.



« Création de lieux d'hébergement et de dispositifs plus "légers" et questionnement sur l'accompagnement et l'hébergement des étrangers malades venus pour se soigner »

« L'apport de solutions impliquerait la révision de la politique d'immigration en France. »

Annexe 2. Recherche documentaire

Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec les chefs de projet, et a été limitée aux publications en langues anglaise et française.

La recherche initiale a porté sur la période de janvier 2009 à septembre 2019.

➔ Sources bibliographiques

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale, la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone, la Banque de données en santé publique, la base Littérature scientifique en santé (Lissa), Cairn.info, Elsevier Masson consulte, le Système universitaire de documentation, la Documentation française, la Revue d'épidémiologie et de santé publique ;
- la Cochrane Library ;
- les sites internet publiant des recommandations ;
- les sites internet des sociétés savantes, agences et ministères compétents dans le domaine étudié.

Ci-dessous, la liste des structures dont les sites ont été consultés (dernière consultation : juin 2020).

- Académie nationale de médecine
- Agence nouvelle des solidarités actives
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – Cismef
- Collectif des morts de la rue
- Conseil économique, social et environnemental – CESE
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
- Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
- Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques – Drees
- Expertises collectives, Inserm
- Institut national de la statistique et des études économiques – Insee
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé – Irdes
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du monde
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies – OFDT
- Observatoire national de la fin de vie
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
- Samu social
- Santé publique France
- Secours Catholique-Caritas France
- Sénat
- Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ

- Alberta Medical Association
- Allied Health Evidence
- American Academy of Family Physicians
- American College of Physicians – ACP
- Australian Clinical Practice Guidelines
- BMJ Best Practice
- British Columbia Guidelines
- Campbell Collaboration
- Canadian Task Force on Preventive Health Care
- Center for Evidence-based Solutions to Homelessness
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE
- Centre Homelessness Impact
- Center for Effective Practice
- CMA Infobase
- Cochrane Library
- European Observatory on Homelessness
- Eurostat
- Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri
- Guidelines International Network – Gin
- Homeless Hub
- Homeless Link
- Housing First Europe Hub
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – Inesss
- Institut national de santé publique du Québec – INSPQ
- National Health Care for the Homeless Council
- National Health and Medical Research Council
- National Health Services Evidence
- National Institute for Health and Clinical Excellence – Nice
- New Zealand Guidelines Group – NZGG
- Ontario Health Technology Advisory Committee
- Organisation de coopération et de développement économiques
- Social Care Institute for Excellence
- The Neurodiagnostic Society
- Tripdatabase
- UK Collaborative Centre for Housing Evidence
- U.S. Interagency Council on Homelessness
- U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF
- Veterans Affairs, Dep. of Defense Clinical Practice Guidelines

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes ou types d'études.

Tableau 1 : stratégie de recherche dans la base de données Medline (interface PubMed)

Type d'étude/sujet		Période	Nombre de références
	Termes utilisés		
Prise en charge de la santé des sans-abri			
Recommandations		01/2003 – 06/2019	20
Étape 1	"Homeless Persons"[Mesh] OR "Homeless Youth"[Mesh] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Health"[Majr] OR "Health Services"[Mesh] OR health*[TI])		
ET			
Étape 2	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Sans-abri et accès aux soins			
Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	152
Étape 3	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Health Services Accessibility"[Majr] OR access to health*[TIAB] OR health services availability[TIAB] OR accessibility[TI])		
Évaluation des besoins en santé des sans-abri			
Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	81
Étape 4	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Needs Assessment"[Majr] OR "Health Services Needs and Demand"[Majr] OR ((need[TI] OR needs[TI] OR demand[TI] OR demands[TI]) AND (health[TI] OR healthcare[TI]) AND (assessment*[TI] OR evaluation*[TI]))) OR ("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Needs Assessment"[Mesh] OR "Health Services Needs and Demand"[Mesh] OR ((need[TI] OR needs[TI] OR demand[TI] OR demands[TI]) AND (health[TI] OR healthcare[TI]))) AND ("Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR questionnaire[TI] OR survey[TI] OR index[TI])		
Sans-abri et observance thérapeutique			
Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	150
Étape 5	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Patient Acceptance of Health		

	Care"[Majr] OR "Treatment Adherence and Compliance"[Majr] OR healthcare acceptance[TIAB] OR adherence[TI] OR acceptance[TI] OR acceptability[TI] OR barrier*[TI] OR compliance[TI])		
--	---	--	--

Efficacité des programmes pour les sans-abri

Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	52
Étape 6	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Program Evaluation"[Majr] OR effectiveness[TI] OR efficiency[TI] OR appropriateness[TI] OR evaluation[TI])		

Sans-abri et continuité / coordination des soins

Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	72
Étape 7	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Continuity of Patient Care"[Majr] OR continuum of care*[TIAB] OR care continuum[TIAB] OR continuity of care[TIAB] OR care continuity[TIAB] OR continuity of patient care*[TIAB] OR "Delivery of Health Care/methods"[Majr] OR "Delivery of Health Care/organization and administration"[Majr] OR coordinat*[TI])		

Sans-abri et éducation thérapeutique

Tout type d'étude		01/2009 – 09/2019	88
Étape 8	("Homeless Persons"[Majr] OR "Homeless Youth"[Majr] OR homeless*[TI] OR street people[TI]) AND ("Health Education"[Mesh] OR patient education[TIAB] OR therapeutic education[TIAB] OR health education[TIAB])		

Rétablissement chez les patients atteints de troubles bipolaires ou schizophrénie

Recommandations		01/2009 – 09/2019	6
Étape 9	("Mental Disorders/rehabilitation"[Majr] OR "Mental Health Recovery"[Mesh] OR mental health recovery[TIAB]) AND ("Bipolar Disorder"[Majr] OR bipolar[TI] OR manic[TI] OR mania*[TI] OR "Schizophrenia"[Majr] OR schizophreni*[TI])		

ET	Étape 2		
----	---------	--	--

Méta-analyses, revues systématiques		01/2009 – 09/2019	47
Étape 10	metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR pooled analysis[TI] OR meta-analysis[PT] OR "Systematic Review" [PT] OR cochrane database syst rev[TA]		
ET	Étape 9		

Essais contrôlés randomisés		01/2009 – 09/2019	58
Étape 11	(Mental Health Recovery"[Mesh] OR mental health recovery[TIAB] OR recovery[TI]) AND ("Bipolar Disorder"[Majr] OR bipolar[TI] OR manic[TI] OR mania*[TI] OR "Schizophrenia"[Majr] OR schizophreni*[TI])		
ET			

Étape 12	random*[TIAB] OR random allocation[MH] OR double-blind method[MH] OR single-blind method[MH] OR cross-over studies[MH] OR randomized controlled trial[PT] OR "Controlled Clinical Trial"[PT] OR multicenter study[PT]		
----------	---	--	--

Sans-abri et standard case management

Tout type d'étude		Pas de limite – 01/2020	9
Étape 13	("Homeless Persons"[Mesh] OR "Homeless Youth"[Mesh] OR homeless*[TIAB] OR street people[TIAB]) AND ("Standard Case Management"[TIAB] OR Standard Case Management[OT])		

Sans-abri et intensive case management

Tout type d'étude		Pas de limite – 01/2020	78
Étape 14	("Homeless Persons"[Mesh] OR "Homeless Youth"[Mesh] OR homeless*[TIAB] OR street people[TIAB]) AND ("Intensive Case Management"[TIAB] OR Intensive Case Management[OT] OR ICM[TI])		

Sans-abri et assertive community management

Tout type d'étude		Pas de limite – 01/2020	70
Étape 15	("Homeless Persons"[Mesh] OR "Homeless Youth"[Mesh] OR homeless*[TIAB] OR street people[TIAB]) AND ("Assertive Community Treatment"[TIAB] OR Assertive Community Treatment[OT])		

Sans-abri et critical time intervention

Tout type d'étude		Pas de limite – 01/2020	24
Étape 16	("Homeless Persons"[Mesh] OR "Homeless Youth"[Mesh] OR homeless*[TIAB] OR street people[TIAB]) AND ("Critical Time Intervention"[TIAB] OR Critical Time Intervention[OT] OR CTI[TI])		

Mesh : descripteur ; Majr : descripteur majoré ; TI : titre ; AB : résumé ; OT : autre terme ; PT : type de publication ; TA : titre journal

Résultats

Nombre de références identifiées : 1104

Nombre de références analysées : 412

Nombre de références retenues : 176

Références bibliographiques

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384(9953):1529-40. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61132-6)
2. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med* 2012;27(1):16-22. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1848-9>
3. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The medical treatment of homeless people. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(40):673-9. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0673>
4. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(8):1235-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>
5. Montgomery AE, Szymkowiak D, Marcus J, Howard P, Culhane DP. Homelessness, unsheltered status, and risk factors for mortality: Findings from the 100 000 homes campaign. *Public Health Report* 2016;131(6):765-72. <http://dx.doi.org/10.1177/0033354916667501>
6. Chambers C, Chiu S, Scott AN, Tolomiczenko G, Redelmeier DA, Levinson W, *et al.* Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children. *Community Ment Health J* 2014;50(5):553-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-013-9605-7>
7. Davies A, Wood LJ. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Med J Aust* 2018;209(5):230-4.
8. Mordier B. Introduction de cadrage. Les sans domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Economie et Statistique* 2016;(488-489):25-35. <http://dx.doi.org/https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123142?soommaire=2123156>
9. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France 2018. Rapport annuel #23. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2018. https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/23e_rapport_sur_letat_du_mal-logement_en_france_2018_-_le_rapport_complet.pdf
10. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *INSEE Première* 2013;(1455). <http://dx.doi.org/https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
11. Yaouancq F, Duée M. Les sans domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Dossier. Dans: Institut national de la statistique et des études économiques, ed. France, portrait social. Edition 2014. Paris: INSEE; 2015. p. 123-38. https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1288519/FPORSOC14i_D1_sansdomicile.pdf
12. Médecins du Monde. Rapport 2018. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France. Paris: MDM; 2019. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
13. Feantsa, Fondation Abbé Pierre. 3ème regard sur le mal-logement en Europe. Brussels ; Paris: Feantsa ; FAP; 2018. http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/3e_regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2018.pdf
14. Observatoire du Samusocial de Paris, Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Rapport final. Paris: OSP; 2010. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
15. Fond G, Tinland A, Boucekine M, Girard V, Loubiere S, Auquier P, *et al.* Prescription of potentially inappropriate psychotropic drugs in homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First (FHF) program. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019;89:84-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.024>
16. Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la santé. Circulaire n°65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structure d'hébergement pour personnes malades du Sida. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et la ville; 1994. https://bdoc.ofdt.fr/index.php?vl=notice_display&id=437
17. Direction générale de la santé, Direction de l'action sociale, Direction de la sécurité sociale, Sous-direction du financement de l'offre de soins. Circulaire DGS/DIV-sida/DSS/1 A/DAS n° 99-171 du 17 mars 1999 modifiant la circulaire n° 65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 1999. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-17/a0171182.htm>
18. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1). *Journal Officiel* 2014;3 janvier. <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
19. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. *Journal Officiel* 2002;4 octobre (16410). <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000598718>
20. Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT). Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2002. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>
21. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord». *Journal Officiel* 2016;30 décembre. <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033735512?r=ZTRqAMjAeq>

22. Tsemberis S. Housing first. The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders. : Hazelden Publishing; 2010.
23. Ministère des affaires sociales et de la santé, Itinere conseil, Efect consultant santé publique, Picon E, Sannino N, Minet B, *et al.* Evaluation du dispositif lits haltes soins santé (LHSS). Rapport final. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf
24. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 Journal Officiel 2005;20 décembre.
<http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEX000000815414/2020-11-27/>
25. Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes. Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM). Journal Officiel 2016;13 janvier(10).
<http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031824723/>
26. Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville. Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité. Journal Officiel 2009;28 mars.
<http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020445566>
27. Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1). Journal Officiel 2012;18 décembre.
28. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des solidarités et de la santé. Instruction interministérielle n°DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord ». Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/06/cir_43565.pdf
29. Fédération santé et habitat. Bilan national des appartements de coordination thérapeutique (ACT) 2017. Paris: Fédération Santé et Habitat; 2018.
<https://www.sante-habitat.org/la-federation/bilan-national-des-act/item/985-bilan-national-2017>
30. Assistance publique hôpitaux de Marseille, Faculté de Médecine Aix-Marseille université, Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif ; 2016.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quantitatif_mai_2016_uc_sdb.pdf
31. Direction générale de la cohésion sociale. Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS). Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
32. Health Quality Ontario. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. Ont Health Technol Assess Ser 2016;16(9):1-50.
<http://dx.doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832090/pdf/ohas-16-1.pdf>
33. White BM, Newman SD. Access to primary care services among the homeless: a synthesis of the literature using the equity of access to medical care framework. J Prim Care Community Health 2015;6(2):77-87.
<http://dx.doi.org/10.1177/2150131914556122>
34. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. BMC Public Health 2011;11:638.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-638>
35. Jegu M, Abcaya J, Stefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving health care management in primary care for homeless people: A literature review. Int J Environ Res Public Health 2018;15(2).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15020309>
36. Cornes M, Whiteford M, Manthorpe J, Neale J, Byng R, Hewett N, *et al.* Improving hospital discharge arrangements for people who are homeless: A realist synthesis of the intermediate care literature. Health Soc Care Community 2018;26(3):e345-e59.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12474>
37. Weber JJ. A systematic review of nurse-led interventions with populations experiencing homelessness. Public Health Nurs 2019;36(1):96-106.
<http://dx.doi.org/10.1111/phn.12552>
38. Ramsay N, Hossain R, Moore M, Milo M, Brown A. Health care while homeless: Barriers, facilitators, and the lived experiences of homeless individuals accessing health care in a canadian regional municipality. Qual Health Res 2019;29(13):1839-49.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732319829434>
39. Henwood BF, Stanhope V, Brawer R, Weinstein LC, Lawson J, Stworts E, *et al.* Addressing chronic disease within supportive housing programs. Prog Community Health Partnersh 2013;7(1):67-75.
<http://dx.doi.org/10.1353/cpr.2013.0005>
40. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. Health Soc Care Community 2018;26(1):56-64.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12461>
41. Jegu M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, *et al.* Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. BMJ Open 2016;6(11):e013610.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>
42. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. Sciences Soc Santé 2008;3(53):5-34.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3917/sss.263.0005>
43. de Backer R. Capabilités et sans-abrisme : pour un recours effectif aux soins. Les cahiers de la LCD 2017;3(5):43-60.
<http://dx.doi.org/https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-lesdiscriminations-2017-3-page-43.htm>

44. Lipato T. Improving the health of the homeless: advice for physicians. *Minn Med* 2012;95(2):45-50.
45. Roche MA, Duffield C, Smith J, Kelly D, Cook R, Bichel-Findlay J, *et al.* Nurse-led primary health care for homeless men: a multimethods descriptive study. *Int Nurs Rev* 2018;65(3):392-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/inr.12419>
46. Salem BE, Ma-Pham J. Understanding health needs and perspectives of middle-aged and older women experiencing homelessness. *Public health nursing (Boston, Mass.)* 2015;32(6):634-44.
<http://dx.doi.org/10.1111/phn.12195>
47. Silvestrini G, Federico B, Damiani G, Geraci S, Bruno S, Maisano B, *et al.* Healthcare utilization among urban homeless followed by an outpatient clinic: more intensive use by migrant groups. *Eur J Public Health* 2017;27(1):96-101.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw108>
48. Hunter CE, Palepu A, Farrell S, Gogosis E, O'Brien K, Hwang SW. Barriers to prescription medication adherence among homeless and vulnerably housed adults in three canadian cities. *J Prim Care Community Health* 2015;6(3):154-61.
<http://dx.doi.org/10.1177/2150131914560610>
49. Richler MJ, Yousaf S, Hwang SW, Dewhurst NF. Descriptive study of homeless patients' perceptions that affect medication adherence. *Am J Health Syst Pharm* 2019;76(17):1288-95.
<http://dx.doi.org/10.1093/ajhp/zxz139>
50. Rezanoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, Procyshyn R, Somers JM. Adherence to antipsychotic medication among homeless adults in Vancouver, Canada: a 15-year retrospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(12):1623-32.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1259-7>
51. Surratt HL, O'Grady CL, Levi-Minzi MA, Kurtz SP. Medication adherence challenges among HIV positive substance abusers: the role of food and housing insecurity. *AIDS care* 2015;27(3):307-14.
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.967656>
52. Doran KM, Ragins KT, Gross CP, Zerger S. Medical respite programs for homeless patients: a systematic review. *J Health Care Poor Underserved* 2013;24(2):499-524.
<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2013.0053>
53. Zerger S, Doblin B, Thompson L. Medical respite care for homeless people: a growing national phenomenon. *J Health Care Poor Underserved* 2009;20(1):36-41.
<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.0.0098>
54. National Healthcare for the Homeless Council. Standards for medical respite programs. Nashville: NHCHC; 2016.
http://councilbackup.flywheelsites.com/wp-content/uploads/2011/09/medical_respite_standards_oct2016.pdf
55. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA* 2009;301(17):1771-8.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.561>
56. Biederman DJ, Gamble J, Wilson S, Douglas C, Feigal J. Health care utilization following a homeless medical respite pilot program. *Public Health Nurs* 2019;36(3):296-302.
<http://dx.doi.org/10.1111/phn.12589>
57. Health Care for the Homeless Clinicians' Network, Bonin E, Brehove T, Carlson C, Downing M, Hoeft J, *et al.* Adapting your practice. General recommendations for the care of homeless patients. Nashville: HCHCN; 2010.
<https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/GenRecsHomeless2010.pdf>
58. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs-pdf_interactif.pdf
59. Homeless Link. Case management in the homelessness sector. Supporting people from referral to move-on London: Homeless Link; 2019.
<https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Case%20Management%20in%20the%20Homelessness%20Sector.pdf>
60. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness. *Prof Case Manag* 2011;16(6):281-7; quiz 8-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31821ee840>
61. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness: part 2: the 6 dimensions of quality. *Prof Case Manag* 2012;17(1):4-12; quiz 3-4.
<http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31821ee854>
62. Parker RD, Albrecht HA. Barriers to care and service needs among chronically homeless persons in a housing first program. *Prof Case Manag* 2012;17(6):278-84.
<http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31825dfc4b>
63. Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *J Psychoactive Drugs* 2007;39(1):81-95.
<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2007.10399867>
64. de Vet R, van Luijcklaar MJ, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JR. Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *Am J Public Health* 2013;103(10):e13-26.
<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2013.301491>
65. Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D. Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *J Prim Prev* 2007;28(3-4):295-312.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-007-0099-3>
66. Tomita A, Herman DB. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 2012;63(9):935-7.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100468>
67. Tomita A, Herman DB. The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(1):65-70.
<http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0000000000000224>
68. Tomita A, Lukens EP, Herman DB. Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: assessing the role of family relations in reducing psychiatric rehospitalization. *Psychiatr Rehabil J* 2014;37(1):4-10.

69. Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser ES. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 2011;62(7):713-9.
http://dx.doi.org/10.1176/ps.62.7.pss6207_0713
70. Lako DAM, Beijersbergen MD, Jonker IE, de Vet R, Herman DB, van Hemert AM, *et al.* The effectiveness of critical time intervention for abused women leaving women's shelters: a randomized controlled trial. *Int J Public Health* 2018;63(4):513-23.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00038-017-1067-1>
71. Rapp CA, Sullivan WP. The strengths model: Birth to toddlerhood. *Adv Social Work* 2014;15(1):129-42.
<http://dx.doi.org/doi.org/10.18060/16643>
72. Petrakis M, Wilson M, Hamilton B. Implementing the strengths model of case management: group supervision fidelity outcomes. *Community Ment Health J* 2013;49(3):331-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-012-9546-6>
73. Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, *et al.* Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry* 2016;62(3):281-91.
<http://dx.doi.org/10.1177/0020764015623970>
74. Fukui S, Goscha R, Rapp CA, Mabry A, Liddy P, Marty D. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatric Services* 2012;63(7):708-10.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100373>
75. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):392-7.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
76. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-9.
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>
77. Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Khazaal Y. Effect of assertive community treatment for patients with substance use disorder: A systematic review. *Eur Addict Res* 2019;25(2):56-67.
<http://dx.doi.org/10.1159/000496742>
78. van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, *et al.* Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Can J Psychiatry* 2011;56(3):154-60.
<http://dx.doi.org/10.1177/070674371105600305>
79. Beaudoin I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues santé et société* 2016;14(2):44-69.
80. Jaworsky D, Gadermann A, Duhoux A, Naismith TE, Norena M, To MJ, *et al.* Residential stability reduces unmet health care needs and emergency department utilization among a cohort of homeless and vulnerably housed persons in Canada. *J Urban Health* 2016;93(4):666-81.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-016-0065-6>
81. O'Donovan J, Russell K, Kuipers P, Siskind D, Elphinston RA. A place to call home: Hearing the perspectives of people living with homelessness and mental illness through service evaluation. *Community Ment Health J* 2019;55(7):1218-25.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-019-00406-8>
82. Dobbins SK, Cruz M, Shah S, Abt L, Moore J, Bamberger J. Nurses in supportive housing are associated with decreased health care utilization and improved hiv biomarkers in formerly homeless adults. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2016;27(4):444-54.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.01.002>
83. Kerman N, Sylvestre J, Aubry T, Distasio J. The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):190.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3028-7>
84. Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S, Streiner D, Latimer E, *et al.* One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatr Serv* 2015;66(5):463-9.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400167>
85. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, *et al.* A multiple-City RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):275-81.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
86. Chung TE, Gozdzik A, Palma Lazgare LI, To MJ, Aubry T, Frankish J, *et al.* Housing First for older homeless adults with mental illness: a subgroup analysis of the at Home/Chez Soi randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33(1):85-95.
<http://dx.doi.org/10.1002/gps.4682>
87. Rezanoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing first improves adherence to antipsychotic medication among formerly homeless Adults with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2017;43(4):852-61.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbw136>
88. Nelson G, Stefancic A, Rae J, Townley G, Tsemberis S, Macnaughton E, *et al.* Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. *Eval Program Plann* 2014;43:16-26.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.10.004>
89. Parpouchi M, Moniruzzaman A, Rezanoff SN, Russolillo A, Somers JM. The effect of housing first on adherence to methadone maintenance treatment. *Int J Drug Policy* 2018;56:73-80.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.012>
90. O'Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, *et al.* How did a housing first intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open* 2016;6(9):e010581.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010581>
91. Polvere L, Macnaughton E, Piat M. Participant perspectives on housing first and recovery: early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatr Rehabil J* 2013;36(2):110-2.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0094979>
92. Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, Wang R, Lachaud J, O'Campo P, *et al.* Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6(11):915-25.
[http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30371-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30371-2)
93. Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A, Currie L, Rezanoff SN, Palepu A, *et al.* Vancouver At Home: pragmatic

randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. *Trials* 2013;14:365.

<http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-365>

94. Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, McCandless LC, Somers JM. Examining the relationship between health-related need and the receipt of care by participants experiencing homelessness and mental illness. *BMC Health Serv Res* 2014;14:404.

<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-404>

95. Dunt DR, Benoy AW, Phillipou A, Collister LL, Crowther EM, Freidin J, *et al.* Evaluation of an integrated housing and recovery model for people with severe and persistent mental illnesses: the Doorway program. *Aust Health Rev* 2017;41(5):573-81.

<http://dx.doi.org/10.1071/ah16055>

96. Premier ministre, Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministère des affaires sociales et de la santé. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015. Paris; 2016.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucsdv_avril_2016_mise_en_page.pdf

97. Tinland A, Zemmour K, Auquier P, Boucekine M, Girard V, Loubiere S, *et al.* Homeless women with schizophrenia reported lower adherence to their medication than men: results from the French Housing First experience. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(9):1113-22.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1411-z>

98. Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(3):350-61.

<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.77.3.350>

99. Clark C, Guenther CC, Mitchell JN. Case Management models in permanent supported housing programs for people with complex behavioral issues who are homeless. *J Dual Diagn* 2016;12(2):185-92.

<http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2016.1176852>

100. Social Care Institute of Excellence, Sheikh S, Teeman D. A rapid evidence assessment of what works in homelessness services. London: SCIE; 2018.

https://www.crisis.org.uk/media/238843/a_rapid_evidence_assessment_of_what_works_in_homelessness_services_2018.pdf

101. Dixon L. Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv* 2000;51(6):759-65.

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.51.6.759>

102. Allness DJ. The Program of Assertive Community Treatment (PACT): the model and its replication. *New Dir Ment Health Serv* 1997;(74):17-26.

<http://dx.doi.org/10.1002/ym.2330227404>

103. Vallerie B, Le Bossé Y. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle* 2006;39(3):87-100.

<http://dx.doi.org/10.3917/lse.393.0087>

104. Helfrich CA, Chan DV, Sabol P. Cognitive predictors of life skill intervention outcomes for adults with mental illness at risk for homelessness. *Am J Occup Ther* 2011;65(3):277-86.

<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2011.001321>

105. Culture et Santé. Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé. *Focus Santé* 2016;4.

<http://dx.doi.org/https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante/item/410-focus-sante-n-4-competences-psychosociales-des-adultes-et-promotion-de-la-sante.html>

106. Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, *et al.* Social skills programmes for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;Issue 6:CD009006.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009006.pub2>

107. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Gesmond T, Laval C, Estecahandy P. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord ». Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche. Paris: Ministère du logement et de l'habitat durable; 2016.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf

108. Demailly L, Béart C, Déchamp Le Roux C, Dembinski O, Farnier C, Garnoussi N, *et al.* Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014. Lille: Clersé Université Lille 1; 2014.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/RapportFinal%20MSP%20Clersé%20DEF.pdf>

109. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), Fédération des acteurs de la solidarité. Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement. Paris: DIHAL; FAS; 2018.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/12/publication_travail_pair.pdf

110. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

111. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicosociaux. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis : ANESM; 2010.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf

112. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2008.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

113. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2012.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_reco08_acces-droits_web_2.pdf

114. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2009.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

115. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis : ANESM; 2008.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_expression_participation_usagers.pdf

116. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est (IREPS). Intervenir avec des personnes en situation de précarité. Un cadre méthodologique. Metz: IREPS; 2020.

https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/cadre_methodo_praps_web.pdf

117. Samu social de Paris. 15 propositions pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants. Paris: SSP; 2016.

<https://www.samusocial.paris/actualite/15-propositions-pour-que-la-rue-cesse-detre-une-fatalite-pour-les-sans-abri-vieillissants>

118. Pomini V, Golay P, Reymond C. L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. Les échelles lausannoises ELADEB. L'information psychiatrique 2008;84(10):895-902.

<http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8410.0895>

119. Bellier-Teichmann T, Fusi M, Pomini V. Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. Pratiques Psychologiques 2017;23(1):41-59.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.004>

120. Puaud D, Braconnier P. Etude d'impact d'ACX sur l'accompagnement : Association Cordia; 2019.

<https://cordia.asso.fr/wp-content/uploads/2019/02/ECRIT-CORDIA-version-finale.pdf>

121. Morandi S, Silva B, Golay P, Bonsack C. Intensive case management for addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. Subst Abuse Treat Prev Policy 2017;12(1):26.

<http://dx.doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>

122. Scholes G. Problematic alcohol consumption in homeless Australians: A narrative review of the causes, barriers to receiving help and possible solutions. Health Promot J Austr 2019;31(2):279-86.

<http://dx.doi.org/10.1002/hpja.289>

123. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les CAARUD. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La plaine: ANESM; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf

124. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Points clés - Organisation des parcours Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc_sp_sortiehopital_web.pdf

125. Fédération Addiction, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS).

Addictions et lutte contre les exclusions. Travailler ensemble. Paris: FNARS; Fédération Addiction; 2015.

<https://www.federationaddiction.fr/addictions-lutte-contre-les-exclusions-travailler-ensemble-le-guide-est-paru/>

126. Agence régionale de santé Ile-de-France. Guide santé à destination des acteurs de la filière. Guide 2016. Paris: ARS IDF; 2016.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/guide-sante-destination-des-acteurs-de-la-filiere-de-lhebergement>

127. Réseau de prévention des addictions. Prise en charge des urgences en contexte addictologique. Mémento. Paris: RESPADD; 2016.

<https://www.federationaddiction.fr/prise-charge-urgences-contexte-addictologique-guide-respadd/>

128. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2018;44(3):631-42.

<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx088>

129. Lahera G, Galvez JL, Sanchez P, Martinez-Roig M, Perez-Fuster JV, Garcia-Portilla P, *et al.* Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. BMC Psychiatry 2018;18(1):176.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1755-2>

130. Salzer MS, Brusilovskiy E, Townley G. National estimates of recovery-remission from serious mental illness. Psychiatr Serv 2018;69(5):523-8.

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201700401>

131. Henwood BF, Derejko KS, Couture J, Padgett DK, Maslow and mental health recovery: a comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. Adm Policy Ment Health 2015;42(2):220-8.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10488-014-0542-8>

132. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Staeheli Lawless M. A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care. New York: Oxford University Press; 2008.

133. Soundy A, Stubbs B, Roskell C, Williams SE, Fox A, Vancampfort D. Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. J Ment Health 2015;24(2):103-10.

<http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2014.998811>

134. Morin L, Franck N. Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: A systematic review. Front Psychiatry 2017;8:100.

<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2017.00100>

135. Perrin Niquet A, Touzet P. Le rétablissement en psychiatrie [dossier]. Soins Psychiatrie 2017;38(308):11-40.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2016.11.001>

136. Gasior S, Forchuk C, Regan S. Youth homelessness: The impact of supportive relationships on recovery. Can J Nurs Res 2018;50(1):28-36.

<http://dx.doi.org/10.1177/0844562117747191>

137. Stergiopoulos V, Dewa C, Durbin J, Chau N, Svoboda T. Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. J Health Care Poor Underserved 2010;21(3):1031-45.

<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.0.0334>

138. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Nisenbaum R, Durbin J, Hwang SW, O'Campo P, *et al.* Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: Outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *Can J Psychiatry* 2018;63(11):774-84.
<http://dx.doi.org/10.1177/0706743718772539>
139. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine : ANESM; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1_rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf
140. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, Ministry of Health. Trauma-informed practice guide. Victoria: Government of British Columbia; 2013.
https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
141. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for trauma-informed approach. . Rockville: SAMHSA; 2014.
https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/SAMHSA_Concept_of_Trauma_and_Guidance.pdf
142. Helfrich CA, Peters CY, Chan DV. Trauma symptoms of individuals with mental illness at risk for homelessness participating in a life skills intervention. *Occup Ther Int* 2011;18(3):115-23.
<http://dx.doi.org/10.1002/oti.308>
143. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf
144. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment agir. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_argumentaire.pdf
145. Bloch MA, Hénaut L. Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris: Dunod; 2014.
146. Agences régionales de santé, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), *et al.* Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. Paris: Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femme; 2016.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
147. Haute Autorité de Santé. Glossaire des termes utilisés lors de l'élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_glossaire_ppcs_web.pdf
148. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité à un engagement partagé. . Dans: Promouvoir la continuité des parcours de vie. Rapport 2012. Paris: CNSA; 2013. p. 31-55.
<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/httpwwwcnsafrsitesdefaultfiles2012zip>
149. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2008.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf
150. Backer TE, Howard EA, Moran GE. The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *J Prim Prev* 2007;28(3-4):229-43.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-007-0095-7>
151. Haschar-Noé N, Bérault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publi* 2019;31:31-42.
<http://dx.doi.org/https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-1-page-31.htm>
152. Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, McCandless LC, Somers JM. Continuity of care among people experiencing homelessness and mental illness: Does community follow-up reduce rehospitalization? *Health Serv Res* 2018;53(5):3400-15.
<http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12992>
153. Smith KG, Paudyal V, MacLure K, Forbes-McKay K, Buchanan C, Wilson L, *et al.* Relocating patients from a specialist homeless healthcare centre to general practices: a multi-perspective study. *Br J Gen Pract* 2018;68(667):e105-e13.
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp18X694577>
154. Jégo M, Gentile G, Giusiano B, Sambuc R, Balique H, Gentile S. Prise en charge des personnes sans chez-soi : intérêt du dossier médical partagé ? *Santé Publique* 2018;30(2):233-42.
<http://dx.doi.org/10.3917/spub.182.0233>
155. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpp-reperage_et_accompagnement_en_chrs-interactif.pdf
156. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Saint-Denis: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf
157. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Douesneau C, Lam A, Berehouc C, Marais MC. Les coopérations dans le secteur médico-social. Guide méthodologique. Paris: ANAP; 75013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf

158. Ministère chargé de la santé. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs. 2008 2012. Paris: Ministère chargé de la santé; 2013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliati fs_270613.pdf
159. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femme. Plan national 2015 - 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie Paris; 2015.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
160. Haute Autorité de Santé. Pourquoi et comment rédiger mes directives anticipées ? Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. Guide pour le grand public. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
161. Klop HT, de Veer AJE, van Dongen SI, Francke AL, Rietjens JAC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. BMC Palliat Care 2018;17(1):67.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6>
162. West KJ, Wrobel B, Pallotta S, Coatsworth A. Bearing witness: exploring the end-of-life needs of homeless persons and barriers to appropriate care. Omega 2018;30222818801150.
<http://dx.doi.org/10.1177/0030222818801150>
163. Shulman C, Hudson BF, Kennedy P, Brophy N, Stone P. Evaluation of training on palliative care for staff working within a homeless hostel. Nurse Educ Today 2018;71:135-44.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.022>
164. McNeil R, Guirguis-Younger M. Illicit drug use as a challenge to the delivery of end-of-life care services to homeless persons: perceptions of health and social services professionals. Palliat Med 2012;26(4):350-9.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269216311402713>
165. Sudore RL, Cuervo IA, Tieu L, Guzman D, Kaplan LM, Kushel M. Advance care planning for older homeless-experienced adults: Results from the health outcomes of people experiencing homelessness in older middle age study. J Am Geriatr Soc 2018;66(6):1068-74.
<http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15417>
166. Leung AK, Nayyar D, Sachdeva M, Song J, Hwang SW. Chronically homeless persons' participation in an advance directive intervention: A cohort study. Palliat Med 2015;29(8):746-55.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269216315575679>
167. Song J, Ratner ER, Wall MM, Bartels DM, Ulvestad N, Petroskas D, et al. Effect of an end-of-life planning intervention on the completion of advance directives in homeless persons: A randomized trial. Ann Intern Med 2010;153(2):76-84.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00003>
168. Reyniers T, Houttekier D, Pasman HR, Stichele RV, Cohen J, Deliens L. The family physician's perceived role in preventing and guiding hospital admissions at the end of life: a focus group study. Ann Fam Med 2014;12(5):441-6.
<http://dx.doi.org/10.1370/afm.1666>
169. Health Care for the Homeless Clinicians' Network. Adapting your practice : Recommendations for end-of-life care for people experiencing homelessness [En ligne] 2018.
<https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/2018-end-of-life-care-guidelines.pdf>
170. Haute Autorité de Santé. « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? » Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliati fs
171. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliati fs
172. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EPAHD. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833689/fr/accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad
173. Circulaire DGAS/SD.1A no 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ». Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2006.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm>
174. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (1). Journal Officiel 2014;26 mars.
<http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000028772256/>

Participants

Groupe de travail

- Monsieur Christophe Bailly, cadre supérieur de santé, Charleville-Mézières
- Monsieur Christian Brechet, cadre de santé, Vendée
- Monsieur Judicaël Moïse Djemba Senou, personne concernée, Paris
- Monsieur Taieb Gana, personne concernée³⁶, professeur de mathématiques, Paris
- Monsieur Jean-François Giovanetti, administrateur au sein d'une association de personnes concernées, Hérault
- Madame Sophie Herman, éducatrice spécialisée, Lille
- Madame Assia Lahmene, attachée d'administration d'État en service déconcentré, Strasbourg
- Docteur Maï Le Teurnier, médecin référent en LHSS, Paris
- Madame Anne-Sophie Lefevre, cadre infirmière, Saint-Denis
- Madame Alicia Monnier, cheffe de service, Val-d'Oise
- Monsieur Gérard Placet, directeur d'établissements et services, Seine-et-Marne
- Madame Sarah Reff, cheffe de service en LHSS et LAM, Strasbourg
- Monsieur Thierry Renaut, personne concernée, Le Havre
- Madame Lila Somé, directrice, Marseille
- Monsieur Guillaume Sudérie, directeur, Occitanie
- Madame Élise Viguié, directrice adjointe en LHSS et ACT, Toulouse
- Docteur Pierre Villeger, psychiatre, Limoges
- Monsieur Christian Weber[†], personne concernée, Toulouse

Groupe de lecture

Experts

- Docteur Béatrice Badin de Montjoye, psychiatre addictologue, Paris
- Madame Valérie Bocqueho, directrice de pôle, Côtes-d'Armor
- Monsieur Eric Bouvet, coordonnateur en ACT « Un chez-soi d'abord », Doubs
- Docteur Amélie Cornec, médecin LHSS, LAM, Finistère
- Monsieur Jean-Luc Cousineau, directeur général d'association, Paris, Indre-et-Loire, les Deux-Sèvres, Charente-Maritime et Haute-Vienne
- Madame Isabelle Fombaron, cadre de santé infirmière, cheffe de service en ACT, Bouches-du-Rhône,
- Madame Sandrine Hyzard, chargée de mission exercice coordonné, Vaucluse
- Monsieur Cheikh Kinde, personne concernée, Paris
- Madame Véronique Latour, directrice, Gironde
- Madame Myriam Morel, coordinatrice d'appui référente, Ain
- Docteur Chrystel Paul, médecin en Pass, Calvados
- Docteur Pascale Rolland, médecin en LHSS, Seine-Saint-Denis
- Madame Delphine Turquois, psychologue clinicienne, cheffe de service, Indre-et-Loire

³⁶ Les personnes ci-dessus désignées en tant que personnes concernées sont des personnes ayant une expérience directe ou indirecte des établissements concernés par la recommandation.

Parties prenantes

- Assemblée des départements de France (ADF), Docteur Nadia Rachedi, médecin territorial
- Collectif national des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), Docteur Claire Georges, présidente, Paris
- Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) :
 - Madame Isabelle Couaillier, cheffe du bureau de l'accès aux droits et de l'insertion
 - Madame Clarita Bény, chargée de mission dans le domaine de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
 - Madame Pauline Beaufile, chargée de mission politique d'accueil d'urgence et d'orientation des personnes sans-abri et mal logées
- Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) :
 - Madame Adeline Bertsch, chargée de mission au sein du bureau R4
 - Madame Marie-Laure Sarafinof, chargée de mission au sein du bureau R4
- Direction générale de la Santé (DGS) :
 - Madame Catherine Chardin, attachée des affaires sociales, SP-SP2
 - Madame Frédérique Doumat, attachée des affaires sociales, SP-SP2
- Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), Docteur Pascale Estecahandy, coordinatrice nationale du dispositif « Un chez-soi d'abord »
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement en Île-de-France (Drihl), Madame Caroline Nigon, responsable du pôle accompagnement social et populations spécifiques, Paris
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) :
 - Monsieur Victor d'Autume, chargé de mission hébergement, Paris
 - Monsieur Hugo Si Hassen, chargé de mission santé, Paris
- Fédération Addiction (FA) :
 - Madame Christine Tellier, membre du conseil d'administration, Loiret
 - Madame Laurène Collard, responsable de missions vie fédérale et partenariats, Paris
- Fédération Santé Habitat (FSH) : groupe d'adhérents
- Groupe SOS Solidarités : collectif de professionnels

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ACT	Assertive community treatment
ADF	Assemblée des départements de France
Aeres	Auto-évaluation des ressources
AHI	Accueil hébergement insertion
Eladeb	Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins
AME	Aide médicale d'État
Anap	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CCAS	Centre communal d'action sociale
Ceseda	Code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile
Chapsa	Centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Creai	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTI	Critical time intervention
CVS	Conseil de la vie sociale
Dalo	Droit au logement opposable
DDCS	Direction départementale de la Cohésion sociale
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'Organisation des soins
DGS	Direction générale de la Santé
Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DMP	Dossier médical partagé

Drihl	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECR	Essai contrôlé randomisé
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
Erer	Espace de réflexion éthique régional
Esat	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
FA	Fédération Addiction
Falc	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
Fnass	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNSS	Fédération nationale des Samu sociaux
FSH	Fédération Santé Habitat
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HSP	Housing and support programs
ICM	Intensive case management
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IRTS	Institut régional du travail social
IST	Infection sexuellement transmissible
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soins santé
LISP	Lit identifié de soins palliatifs
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MMSE	Mini-mental state examination
MSP	Médiateurs de santé pairs
NHS	National Health Services Improving Quality

Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDAHLPD	Plan départemental d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées
PHF	Pathways housing first
Plie	Plan local pour l'insertion et l'emploi
Respadd	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SBCM	Strengths-based case management
SCM	Standard case management
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
SSI-AOD	Simple screening instrument for alcohol and other drugs
Tapaj	Travail alternatif payé à la journée
TZCLD	Territoire zéro chômeur de longue durée
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Wrap	Wellness and recovery action planning

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

