



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RAPPORT
D'ELABORATION

Grande précarité et troubles psychiques

Intervenir auprès des personnes en
situation de grande précarité
présentant des troubles psychiques

Validé par le Collège le 30 novembre 2023

Descriptif de la publication

Titre	Grande précarité et troubles psychiques Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques
Méthode de travail	Méthode adaptée des méthodes « recommandation pour la pratique clinique » et « recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social »
Objectif(s)	Définir des bonnes pratiques et des repères communs à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité porteuses de troubles psychiques, appuyés sur les expériences existantes.
Cibles concernées	Les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. Les élus locaux et territoriaux et les agents de l'État chargés de l'organisation nationale et territoriale des soins et de l'accompagnement et de l'accueil du public. Les citoyens et bénévoles impliqués dans l'accompagnement de ces personnes. Les personnes concernées.
Demandeur	Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Madame Anne Depaigne-Loth et Madame Florence Ligier, cheffes de projet, Dr Marie-José Moquet adjointe au chef de service (service des bonnes pratiques, SBP), Madame Aïssatou Sow, adjointe au chef de service (service recommandations (SR), Dr Pierre Gabach, chef de service (SBP) et Madame Manuela Cheviot, cheffe de service (SR). Secrétariat : Madame Michèle Le-Moigne
Recherche documentaire	Madame Sophie Nevière, documentaliste, Madame Laurence Frigère, assistante documentaliste
Auteurs	Dr Aurélie Tinland, chargée de projet, Madame Florence Ligier et Madame Anne Depaigne-Loth, cheffes de projet, Monsieur Simon Renner et Madame Ysé Roch, chefs de projet pour la partie concernant le numérique
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 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessibles les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du 30 novembre 2023
Actualisation	
Autres formats	Recommandation, synthèse et fiches outils

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 – novembre 2023 – ISBN : 978-2-11-172097-8

Sommaire

1. Contexte, objectif, populations et acteurs concernés	6
1.1. Contexte	6
1.2. Objectif des recommandations	6
1.3. Populations concernées	7
2. Recherche documentaire, analyse bibliographique et recueil de pratiques	11
2.1. Objectifs	11
2.2. Méthodologie	11
3. Données épidémiologiques et descriptives sur les populations concernées	14
3.1. Les prévalences des troubles psychiques dans la population sans domicile	14
3.2. Vulnérabilités spécifiques	22
4. Les relations entre troubles psychiques et grande précarité	32
4.1. Les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé	32
4.2. Les causes du sans-abrisme	34
5. L'expérience des personnes (littérature internationale)	38
5.1. Expérience de la survie face aux besoins vitaux	39
5.2. Expérience de la violence et besoin de sécurité, de compréhension des traumatismes vécus	41
5.3. Expérience de l'exclusion sociale et besoin de relations	42
5.4. Stigmatisation et besoin liés à la représentation de soi	42
5.5. L'accès aux services des personnes sans domicile	43
6. La situation française : constats sur les expériences des personnes et les barrières à l'accès aux droits et services, préconisations sur l'accès	46
6.1. Introduction : en France, des constats généraux cohérents avec les résultats issus de l'expérience internationale	46
6.2. Des coopérations difficiles et une organisation structurée en silos	47
6.3. Un retour au droit commun mis en difficulté	51
6.4. L'accès aux droits, à la santé et le non-recours : constats et recommandations	53
7. Postures, principes et éthique d'intervention	85
7.1. Les défis éthiques posés par les personnes en situation de grande précarité dans les milieux de soins	85
7.2. La prévention de la dégradation des situations	86
7.3. La lutte contre la stigmatisation et les discriminations	87
7.4. L'attention aux questions culturelles, linguistiques, de genre et d'âge	88
7.5. L'« aller vers » et les services inclusifs	89
7.6. L'approche par les forces	90

7.7. La sensibilité aux effets du traumatisme	91
7.8. Le rétablissement	93
7.9. Avis du groupe de travail : les approches et modèles issus de la littérature	97
7.10. Les éléments sur les postures professionnelles dans la littérature française	97
7.11. Avis du groupe de travail : les postures et principes	98
7.12. Les situations de violence	100
7.13. Recommandations sur l'éthique, les principes et les postures d'intervention	101
7.14. Recommandations sur la formation et le soutien des intervenants	104
7.15. Recommandations sur le premier accueil et l'évaluation des besoins	106
8. Les interventions et les organisations coordonnées et pluridisciplinaires	109
8.1. Les interventions sans logement	109
8.2. Les interventions avec logement	114
8.3. Les organisations coordonnées en France pour les populations concernées : dispositifs et initiatives existants et préconisations pour les pratiques et les organisations	123
8.4. Des dispositifs d'insertion par l'emploi	136
8.5. Rôle et place des pairs-aidants	138
9. Les leviers pour la prévention, le repérage et l'intervention précoce	156
9.1. Repérer les troubles psychiques	156
9.2. Repérer les personnes à risque de perdre leur logement en lien avec des troubles psychiques	159
9.3. Orienter dès la perte du logement	161
10. Les situations particulières : les transitions et la gestion des crises et des urgences	163
10.1. Les transitions	163
10.2. La gestion des crises et des urgences	167
11. Les réponses aux situations de vulnérabilités spécifiques	175
11.1. Vulnérabilités liées à l'âge	175
11.2. Vulnérabilités liées au genre	180
11.3. Vulnérabilités liées à un cumul de pathologies	182
11.4. Vulnérabilités liées au parcours de migration	189
11.5. L'interprétariat en santé	195
11.6. La situation particulière des mineurs non accompagnés	197
11.7. Recommandations sur les publics présentant des vulnérabilités spécifiques	198
Table des annexes	204
Références bibliographiques	229
Participants	239
Abréviations et acronymes	244

1. Contexte, objectif, populations et acteurs concernés

1.1. Contexte

Le thème « précarité et santé mentale » a fait l'objet d'une saisine de la Haute Autorité de santé (HAS) par la direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) en juin 2019. La thématique a été intégrée au programme de travail de la HAS en 2020 avec un co-pilotage (direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DIQASM) – direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)). Cette saisine du ministère s'appuie sur les constats formulés par la commission « précarité et vulnérabilités » pilotée par la DGCS dans le cadre de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie ».

Les échanges avec la direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de la Santé (DGS) ont mis en lumière l'intérêt de se centrer sur les publics présentant des troubles psychiques et dénués de logement personnel. Cependant, les entretiens menés ont aussi mis en lumière l'intérêt d'une approche préventive, les recommandations concernent donc également les pratiques de soins et d'accompagnement favorisant le maintien dans leur logement des personnes en difficulté dans celui-ci et à risque de le perdre du fait de leurs troubles psychiques.

Le projet s'inscrit dans le programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS. Il s'inscrit également au croisement de nombreuses politiques publiques, dont :

- la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » (1) ;
- la stratégie nationale de santé 2018-2022 (lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, continuité des parcours en santé mentale, projets territoriaux de santé mentale (PTSM)) (2) ;
- le plan quinquennal pour le « logement d'abord » (3) ;
- la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (4) ;
- les mesures de lutte contre les inégalités de santé prévues par le Ségur de la santé¹, incluant la santé mentale, renforcées par le contexte de crise (mesure 27) (5).

1.2. Objectif des recommandations

L'objectif de ces recommandations est de définir des bonnes pratiques, appuyées sur les expériences existantes (pratiques individuelles et d'équipe, organisations et dispositifs) et de les diffuser auprès des professionnels de santé et des secteurs social et médico-social (spécialisés ou non dans l'accompagnement de ces publics) ainsi que des responsables territoriaux et nationaux.

Au-delà, il s'agit de définir des repères communs utiles à l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité porteuses de troubles psychiques, professionnels intervenant dans le quotidien de ces personnes (bailleurs, agents d'une administration...), bénévoles, membres de l'entourage ou citoyens.

¹ Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre en charge des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales des professions de santé. Ils marquent l'issue d'une concertation entre le gouvernement et les partenaires sociaux dans le champ de la santé à l'occasion de la crise sanitaire de la Covid.

Ces repères en termes de principes d'intervention, de postures et pratiques individuelles et d'équipe ainsi que d'organisations et de coopérations visent à soutenir l'action de chacun pour proposer un accompagnement global de qualité.

Ces recommandations ont vocation à être travaillées en équipe et en réseau partenarial pour permettre leur déclinaison opérationnelle sur un territoire.

1.3. Populations concernées

Les populations concernées par les recommandations sont :

- **les populations adultes.** La question des familles avec enfants est abordée, mais la question des enfants et adolescents en situation de grande précarité relevant de la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ne relève pas du champ de cette recommandation ;
- **les populations en situation de grande précarité**, entendues ici comme des populations :
 - sans « chez-soi » (logement personnel), qu'elles soient sans-abri, hébergées dans des établissements et dispositifs d'hébergement sociaux, ou chez des tiers,
 - en logement mais dont la stabilité résidentielle est fragilisée du fait de problématiques de santé mentale ;
- **les personnes présentant des troubles psychiques.** La notion est appréhendée ici de manière large et recouvre les diverses problématiques de santé mentale et de souffrance psychique. Les personnes cumulant les vulnérabilités (problématiques sociales, administratives, somatiques et de santé mentale interdépendantes) présentent en effet souvent des tableaux complexes, sans diagnostic établi.

Le périmètre de ces notions est précisé dans ce chapitre.

1.3.1. L'absence de logement personnel, « marqueur » des situations de grande précarité

La notion de « précarité » peut être appréhendée de manière très diverse et renvoyer à de multiples situations de fragilité. Dans le cadre des travaux présentés ici, la « grande précarité » est essentiellement définie par l'absence de logement personnel. Les situations concernées sont celles de personnes qui n'ont pas de logement personnel ou sont en situation de grande fragilité par rapport à leur logement. Ceci correspond largement à la notion de *people experiencing homelessness* utilisée dans les recommandations internationales, en particulier les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (6). *Experience of homelessness* désigne en effet non seulement la situation des personnes sans domicile, mais aussi de personnes en logement fragilisées par des épisodes de sans-abrisme dans leur vie et/ou à risque de le perdre du fait de certaines vulnérabilités (en particulier les problématiques de santé mentale et d'addiction).

Les personnes sans domicile, une notion difficile à définir

La notion de **personnes sans domicile** peut recouvrir elle aussi des réalités différentes : personnes à la rue, personnes dans des dispositifs d'hébergement ou de logement intermédiaire, personnes hébergées chez des tiers, personnes vivant dans des squats ou campements...

Cette variabilité des définitions peut rendre complexes les comparaisons entre les différentes études françaises et internationales.

Il convient par ailleurs d'être vigilants dans la formulation des recommandations pour s'efforcer de prendre en compte les publics les moins visibles (hébergés chez des tiers notamment).

La grille Ethos(7), un référentiel commun

La grille Ethos, qui permet de créer une typologie européenne commune de l'exclusion liée au logement, prend en compte la durée de « logement/hébergement » plus que le statut juridique logement/hébergement. La note de cadrage grande précarité et troubles psychiques prévoit que les populations concernées sont les populations correspondant aux catégories 1 à 8 de la grille Ethos lorsqu'elles présentent des troubles psychiques et des personnes de la catégorie 9 lorsque les troubles psychiques sont à l'origine de la menace d'expulsion.

Les notions d'hébergement et de logement en France

Le système de l'hébergement et du logement en France est complexe, stratifié. Au niveau juridique, les dispositifs d'hébergement relèvent du Code de l'action sociale et de la famille, le logement du Code de la construction et de l'habitat. Mais dans la pratique, les limites sont parfois moins lisibles. Certaines personnes peuvent être dans un établissement social et médico-social (ESSMS) et pour autant disposer d'un bail de location ou sous-location (exemple du programme « un chez-soi d'abord » ou de certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui fonctionnent également avec des dispositifs de sous-location/bail glissant). Les dispositifs de logement accompagné se développent et se diversifient et peuvent être des dispositifs temporaires dotés de statuts diversifiés.

Ces différentes strates hébergement/logement dans le contexte français n'ont pas toujours d'équivalents dans les systèmes des autres pays. En revanche, la notion de chez-soi est pertinente quel que soit le contexte. La littérature internationale sur les phénomènes de sans-abrisme a donc toute sa pertinence dans le cadre de ce travail.

1.3.2. La notion de troubles psychiques

La notion est appréhendée de manière large et recouvre les diverses problématiques de santé mentale et de souffrance psychique. Les personnes cumulant les vulnérabilités (problématiques sociales, administratives, somatiques et de santé mentale interdépendantes) présentent en effet souvent des tableaux complexes, sans diagnostic établi, le champ clinique est ainsi délibérément défini de manière large.

Même si les prévalences sont identifiées par types de pathologies, le champ des études épidémiologiques et interventionnelles incluses est large et n'est pas limité par une liste fermée de diagnostics ; en particulier, les comorbidités addictives et les troubles cognitifs sont pris en compte ainsi que les phénomènes de souffrance psychique d'ordre psychosocial pour lesquels un diagnostic n'est pas (ou pas encore) posé.

1.3.3. Les populations présentant des vulnérabilités spécifiques

La note de cadrage prévoit, en plus des recommandations transversales, des « focus » sur un certain nombre de populations et situations. L'analyse des données épidémiologiques a amené à réinterroger cette liste et à soumettre à la discussion en groupe de travail un certain nombre de propositions et de questions.

- Populations déjà identifiées dans la note de cadrage :

- les migrants. Après des échanges sur le terme adapté, le terme migrants est maintenu. Il est précisé que dans cette recommandation il recouvre les personnes en situation d'exil récent et en grande précarité du fait de cette situation d'exil.
La note de cadrage spécifie que les mineurs isolés relevant de la protection de l'enfance ne seront pas traités dans cette recommandation. Cependant, le groupe souhaite que la situation des personnes en attente de reconnaissance de minorité, ou se déclarant mineurs mais non reconnues comme tels soit traitée ;
 - les jeunes de 18-25 ans. Il s'agit des 18-25 ans pour ce qui concerne les recommandations (population adulte), même s'il faut noter que la littérature (épidémiologie et interventions) porte souvent sur la catégorie 16-25 ans ;
 - les personnes ayant des pathologies duelles addictives et psychiatriques.
- Populations identifiées lors de l'analyse des données et intégrées à la suite des discussions du groupe de travail :
- les femmes ;
 - les personnes vieillissantes. Face aux situations de vieillissement accéléré des personnes ayant un parcours de rue, le groupe s'accorde pour considérer que la catégorie concerne les personnes de plus de 50 ans présentant des longs parcours de rue ;
 - les personnes présentant des troubles psychiques et des troubles cognitifs. Il s'agit d'une catégorie hétérogène regroupant des phénomènes de handicap intellectuel, des troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool ou à l'âge. Il est important d'identifier ce sujet, même s'il est complexe, car ce sont typiquement des problématiques « invisibilisées » qui mettent en difficulté les équipes au quotidien.

Par ailleurs, les catégories suivantes identifiées dans la note de cadrage feront l'objet d'une approche différente :

- les sortants de prison et les personnes sous main de justice. Les données de la littérature indiquent une problématique liée à la sortie de prison. Les sorties d'incarcération sont traitées dans la question de l'accompagnement des moments de transition (sortie d'institution, changement de statut, de lieu de vie, etc.) ;
- les personnes « sous menace ou contrainte (objectivable ou non) se cachant volontairement » : cette catégorie est trop disparate et peu appréhendable. La question de la non-demande et de l'« aller vers » est par ailleurs largement traitée dans les recommandations de bonne pratique.

Avis du groupe de travail

Le principe de différencier des populations est discuté :

- des membres du groupe de travail soulignent le risque de déperdition d'énergie d'une approche qui conduirait à vouloir décrire et spécifier tous les cas de figure au détriment des recommandations générales ;
- le découpage par catégorie est en partie artificiel ; certaines personnes recoupent plusieurs catégories, d'autres n'entrent dans aucune, etc.

Il est convenu que les recommandations ne seront pas structurées par ces catégories mais par des recommandations transversales ; il peut être intéressant néanmoins de faire apparaître des besoins spécifiques et des interventions y répondant. Le groupe propose de ne pas reprendre les notions de « populations spécifiques » mais de parler de conditions ou « vulnérabilités spécifiques ».

1.3.4. Les acteurs concernés

Les recommandations de bonne pratique s'adressent :

- aux professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (psychiatres, infirmiers en psychiatrie, psychologues, paramédicaux, travailleurs sociaux des équipes de psychiatrie...);
- aux professionnels intervenant dans les dispositifs accueil, hébergement et insertion (AHI), dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et dans les dispositifs pour personnes à difficultés spécifiques amenés à accueillir régulièrement ces personnes ;
- aux professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie : médecins généralistes, infirmiers et professionnels paramédicaux en soins primaires, en particulier en structures d'exercice coordonné, en établissements de santé, notamment en services d'urgence, etc. ;
- aux autres professionnels du champ de la santé : services sociaux des établissements de santé en particulier, agents administratifs, médiateurs en santé, etc. ;
- aux différents acteurs des structures addictologiques ;
- aux professionnels intervenant dans les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap psychique ;
- aux travailleurs sociaux intervenant dans les conseils départementaux, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- aux pairs-aidants participant aux équipes sanitaires et sociales intervenant auprès de ces publics ;
- aux professionnels du logement (logement accompagné, logement social...);
- aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs, pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection.

Elles s'adressent également aux élus locaux et territoriaux, aux agents de l'État chargés de l'organisation nationale et territoriale des soins et de l'accompagnement ainsi que de l'accueil du public et aux services d'urgence (forces de police et de gendarmerie, pompiers...).

Elles s'adressent aux agents des services de l'État et des collectivités territoriales chargés de l'accueil du public.

Elles s'adressent également aux citoyens, bénévoles impliqués au quotidien dans l'accompagnement de ces personnes.

Enfin, elles s'adressent aux personnes concernées.

2. Recherche documentaire, analyse bibliographique et recueil de pratiques

2.1. Objectifs

Deux principaux objectifs ont été poursuivis au travers de la recherche et de l'analyse documentaire ainsi que du recueil de pratiques par entretiens et visites sur site :

- repérer et analyser les synthèses de la littérature internationale (épidémiologie et études d'intervention) disponibles sur le sujet des recommandations ;
- appréhender dans le contexte français les situations des personnes concernées et les réponses mises en place, même lorsque ces dernières n'ont pas fait l'objet de publication et/ou n'ont pas été évaluées de manière systématique.

Cela a nécessité d'adopter une stratégie plurielle, décrite plus loin, combinant une recherche ciblée de la littérature scientifique avec une approche plus empirique et inclusive des données françaises permettant de faire se dégager le paysage global des connaissances et expériences sur le sujet.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Stratégie de recherche et de sélection documentaire

La recherche et la sélection documentaires ont comporté deux volets :

- une recherche documentaire et une sélection de documents permettant **une compréhension globale des enjeux du sujet**. Elle a permis notamment d'établir la bibliographie de la note de cadrage et a donné lieu à une veille documentaire pendant la durée du projet. Ce volet de la bibliographie a été alimenté par les publications identifiées par le groupe de travail (A) ;
- une recherche plus **approfondie et plus ciblée** sur les publications internationales disponibles sur les populations en situation de grande précarité et souffrant de troubles psychiques et les réponses existantes. Une mise à jour de la recherche a été effectuée jusqu'en juillet 2022 (B).

2.2.1.1. Bibliographie visant une compréhension des enjeux généraux du sujet (A)

Dans la perspective de l'élaboration de la note de cadrage, une première recherche documentaire (française et internationale) a été réalisée par le service documentation et veille de la HAS. La recherche préliminaire a porté sur les publications en langue anglaise sur la période de 2016 à 2021 ou en langue française sans limites temporelles. Plusieurs bases de données ont été interrogées (Medline, APA Psycinfo, Embase, Emcare, SantéPsy, LISSa, Cairn, Erudit, HAL) et des sites d'institutions, organismes, associations, etc. ont été consultés (liste en annexe). Cela a conduit en particulier à identifier une littérature française n'offrant pas de haut niveau de preuve mais ayant une riche valeur descriptive (situations des personnes concernées et dispositifs existants).

Pour la note de cadrage, 114 publications ont été retenues.

Cette même démarche a été appliquée pendant la durée du projet. Elle a permis de compléter le corpus de la note de cadrage, en particulier avec les publications identifiées par le groupe de travail et le groupe de lecture.

Elles comprennent :

- des études portant plus particulièrement sur la France et comportant :

- des données quantitatives et qualitatives descriptives sur les situations et populations concernées,
- des données descriptives et d'évaluation sur les dispositifs, interventions et pratiques,
- des données contextuelles internationales et françaises : contexte règlementaire et de politique publique, et contexte historique des idées sur la précarité et la santé mentale ;
- des guides traitant des questions définies dans la note de cadrage.

Les données ont été utilisées :

- pour alimenter la réflexion globale du groupe de travail ;
- pour compléter les travaux sur des thématiques spécifiques : la place du numérique, les problématiques et interventions en direction des femmes notamment ;
- pour compléter le recueil de pratiques en France réalisé au travers d'entretiens et de visites sur site.

2.2.1.2. Bibliographie ciblée (B)

Une recherche documentaire aux critères plus restrictifs a été réalisée. Elle visait à identifier la littérature scientifique portant sur le champ précis du sujet (grande précarité et troubles psychiques).

Les critères suivants ont été appliqués :

- langues : anglais et français ;
- horizon temporel : 2011 – 2021 pour le premier sondage puis veille jusqu'en juillet 2022 ;
- types de publication – seules ont été retenus :
 - les méta-analyses, revues de littérature systématiques et revues de littérature,
 - les recommandations et guides de bonne pratique ;
- critères géographiques : les pays à revenu élevé (occidentaux) ;
- critères démographiques : population adulte. Les travaux portant spécifiquement sur les mineurs ne sont pas inclus. Les études portant sur la catégorie « jeunes » (16-25 ans) ont été incluses ainsi que celles qui concernent les enfants en famille. Les travaux portant sur des sous-populations définies par des critères démographiques (âge et sexe) sont retenus ;
- thématiques :
 - les caractéristiques des populations et des situations : épidémiologie de la santé mentale des personnes en situation de grande précarité et des liens entre précarité et santé mentale ainsi que les études portant sur les expériences des personnes concernées,
 - les interventions auprès des populations en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques ;
- cette stratégie de recherche documentaire (voir équation en annexe) a permis d'établir :
 - trois listings en octobre 2021, mars 2022 et juillet 2022,
 - 64 références ont été retenues en fonction des critères décrits plus haut, pour ce volet de la recherche documentaire (bibliographie ciblée).

En tout, 232 références ont été utilisées pour établir cet argumentaire.

2.2.2. Le recueil de pratiques au travers d'entretiens et de visites sur site

Les situations, pratiques et organisations en France ne font pas ou insuffisamment l'objet de publications (mis à part quelques exceptions notables, comme le programme de recherche « un chez-soi

d'abord »). Afin de mieux les cerner, il a paru utile de mener une série d'entretiens complétés par des visites sur site.

L'enquête (entretiens et visites) a d'abord eu une visée exploratoire, afin d'alimenter le cadrage du projet et de cerner le sujet et ses enjeux. Puis, il s'est agi d'approfondir la connaissance des organisations françaises.

Cinquante entretiens ont été menés dans le cadre de la phase de cadrage. Plusieurs catégories d'acteurs ont été rencontrées :

- des personnes concernées et des représentants d'utilisateurs ;
- des représentants d'organisations agissant au niveau national (fédérations, observatoires, etc.) ;
- des acteurs des organisations territoriales ;
- des acteurs de dispositifs mis en place pour répondre aux problématiques des populations précaires ayant des troubles psychiques dans les divers champs concernés, champ social, santé, logement...

Lors des visites sur site, les locaux des lieux d'accueil ont été visités et les équipes ont été rencontrées sur leur lieu de travail et suivies dans leur activité, autant que possible. Cela a permis une appréhension plus concrète des pratiques et des organisations.

Quatre visites sur site ont été réalisées :

- une résidence accueil à Noyon le 21 octobre 2021 ;
- Lille, les 25 et 26 novembre 2021 ;
- Marseille, les 14 et 15 juin 2022 ;
- Lyon, du 21 au 23 novembre 2022.

Des observations lors d'interventions d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont été réalisées à Paris. Plusieurs entretiens ont été menés avec des acteurs de la santé et du champ social en Guyane.

3. Données épidémiologiques et descriptives sur les populations concernées

3.1. Les prévalences des troubles psychiques dans la population sans domicile

3.1.1. Les données internationales

La recherche sur la prévalence des troubles psychiques dans la population sans domicile se structure et s'améliore, et une revue parapluie (revue des revues de la littérature) (Hossain *et al.* 2020) fait état de 15 revues systématiques bien conduites entre 2002 et 2019, dont 10 après 2010 (8). Ces travaux évaluent la prévalence d'un trouble psychique quel qu'il soit à 77,5 % (IC 95 % : 72,4-82,3) au sein de la population sans domicile. Plus récemment, Gutwinski (Gutwinski 2021), avec une méthodologie différente, l'évalue de manière concordante à 76,2 % (IC 95 % : 64,0-86,6 %) (9).

Nous avons retenu 13 revues systématiques et méta-analyses portant sur les prévalences d'un certain nombre de troubles psychiques dans la population sans domicile, parmi lesquelles 8 intègrent des études françaises. Ces prévalences sont systématiquement supérieures, voire très supérieures à celles observées en population générale, notamment pour les troubles psychotiques, les troubles de stress post-traumatique et les troubles liés à l'usage de substances, qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres substances psychoactives hors tabac. Ces prévalences sont rapportées dans le tableau ci-dessous.

	Prévalence pop. sans domicile (IC 95 %)	Pop. Générale	Sources (auteur, date)	Nombre d'études et critères principaux
Troubles psychotiques	21,2 % (IC 95 % : 13,7 %-31,3 %)	1-2 %	(Ayano, 2019) (10)	18 études jusqu'à 2017 dans tous pays*
Trouble du spectre de la schizophrénie	12,4 % (IC 95 % : 9,5 %-15,7 %)		(Gutwinski, 2021) (9)	35 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Schizophrénie	10,3 % (IC 95 % : 6,4 %-16,0 %)	1 %	(Ayano, 2019) (10)	24 études jusqu'à 2017 dans tous pays*
Troubles schizophréniformes	2,48 % (IC 95 % : 0,16 %-28,11 %)		(Ayano, 2019) (10)	2 études jusqu'à 2017 dans tous pays
Troubles schizoaffectifs	3,53 % (IC 95 % : 1,33 %-9,05 %)		(Ayano, 2019) (10)	2 études (jusqu'à 2017 dans tous pays
Troubles psychotiques autres	9 % (IC 95 % : 6,92 %-11,62 %)		(Ayano, 2019) (10)	4 études (jusqu'à 2017 dans tous pays
Troubles bipolaires	11,4% (IC 95 % : 7,5 %-16,9 %) 4,1% (IC 95 % : 2 %-6,7 %)	1-2.5%	(Ayano, 2020) (11) (Gutwinski, 2021) (9)	10 études jusqu'à 2017 dans tous pays* 14 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Symptômes dépressifs	46,7 % (IC 95 % : 37,8 %-55,9 %)	11 %	(Ayano, 2021) (12)	21 études jusqu'à 2018 dans tous pays*
Trouble dépressif majeur	Médiane 33,5 % (min 9,9 %-max 68,2 %) 26,2 % (IC 95 % : 21,0 %-32,2 %)	5 %	(Maestrelli, 2022) (13) (Ayano, 2021) (12)	18 études jusqu'à 2020 hors États-Unis* 20 études jusqu'à 2018 dans tous pays*
Dysthymie	12,6 % (IC 95 % : 7,9 %-18,2 %) 8,2 % (IC 95 % : 4,8 %-11,9 %)	3 à 6 %	(Gutwinski, 2021) (9) (Ayano, 2021) (12)	18 études (2007-2021) pays à revenus élevés 5 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Trouble de stress post-traumatique	27,4 % (IC 95 % : 22,0 %-33,6 %)	2-3 %	(Ayano, 2020) (14)	19 études entre 2008 et 2017 dans tous pays*
Tentatives de suicide	Vie entière 28,8 % (IC 95 % : 21,7 %-37,2 %)	Vie entière 3,4 %	(Ayano, 2019) (15)	13 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Idées suicidaires	Vie entière 41,6 % (IC 95 % : 28,6 %-56,0 %)	Vie entière 12,4 %		8 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Trouble lié à l'usage d'alcool	36,7 % (IC 95 % : 22,7 %-46,2 %)	3-15 %	(Gutwinski, 2021) (9)	29 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Dépendance autres substances psychoactives (hors tabac)	21,7% (IC 95 % : 13,1 %-31,7 %)	2-6 %	(Gutwinski, 2021) (9)	23 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Troubles neurocognitifs	Méta-analyse de Depp, 2015 : 25,4 % de tb cognitifs. Revue d'Ennis, 2015 : 18 à 55 % de déficit cognitif		(Hossain, 2020) (8)	6 revues de la littérature entre 2002 et 2019*
Troubles de la personnalité	25,4 % (IC 95 % : 10,9 %-43,6 %)	5-10 %	(Gutwinski, 2021) (9)	14 études (2007-2021) pays à revenus élevés

* Revue intégrant des données françaises

La revue des revues de Hossain *et al.* (2020) (8) prend en compte les troubles neurocognitifs fréquemment associés aux troubles mentaux chez les personnes sans domicile (voir tableau ci-dessus) et identifie 6 revues de littérature sur le sujet. Ces dernières permettent d'établir l'association entre troubles neurocognitifs, expérience de la grande précarité et troubles psychiques mais elles ne permettent pas de distinguer finement entre :

- les types de troubles : troubles liés à des traumatismes crâniens, les autres troubles neurologiques et/ou troubles neurodéveloppementaux, etc. ;
- les troubles neurocognitifs « primaires » et ceux qui apparaissent plus tard dans un parcours de vie, et peuvent être en lien avec l'expérience de la grande précarité et/ou des troubles psychiques et/ou des addictions ; ainsi, les liens entre les différents phénomènes (grande précarité, troubles psychiques, troubles neurocognitifs) sont encore mal établis.

Quelle qu'en soit l'étiologie, les personnes sans domicile ayant des déficits intellectuels associés aux troubles mentaux posent des problèmes spécifiques, mis en lumière par la revue de littérature narrative de Loughheed *et al.* de 2013 (16). Ces personnes, difficiles à atteindre et à suivre, sont plus à risque de négligence ou d'abus, sont peu repérées et mal accompagnées.

Bien que l'équation de recherche de la revue des revues de Hossain *et al.* veuille à intégrer les troubles neurodéveloppementaux en général, les troubles du spectre autistique et les troubles du déficit de l'attention/hyperactivité, seules 2 revues de la littérature évaluant la prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et des troubles des conduites sont identifiées. Elles concernent les enfants, adolescents et jeunes adultes et seront examinées plus loin (section 3.2 « vulnérabilités spécifiques »).

3.1.2. Les données françaises

Les personnes sans domicile en France

La question du repérage et du comptage des personnes sans domicile reste difficile car il s'agit d'une population hétérogène et fluctuante, parfois cachée, qui échappe aux enquêtes traditionnelles et notamment aux campagnes de recensement national (17).

L'INSEE a mené deux enquêtes nationales concernant la population sans domicile en France, en 2001 et en 2012² (18).

L'INSEE estime en 2012 le nombre de personnes sans domicile à 141 500 (19).

La comparaison entre l'enquête menée par l'INSEE en 2001 et celle menée en 2012 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. Cependant, la proportion des femmes a augmenté de 4 % entre 2001 et 2012. Par ailleurs, cette proportion est probablement sous-estimée du fait des stratégies d'invisibilisation déployées par les femmes pour échapper aux violences de la rue. Notamment, une partie d'entre elles est hébergée chez des tiers, y compris contre services sexuels (20, 21) ;
- 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),

² L'INSEE considère qu'une personne est sans domicile 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 exceptionnellement en cas de grand froid), ou si elle est sans-abri (c'est-à-dire qu'elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation, y compris les haltes de nuit). L'INSEE ne prend pas en compte les personnes hébergées chez des tiers ou les personnes en habitat précaire.

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 ;

- 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 %. 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 %) (18, 22).

Nous ne disposons pas de données aussi complètes plus récentes³, mais les données collectées par les associations intervenant dans le champ de la lutte contre les exclusions indiquent que ces évolutions se sont poursuivies :

- **augmentation du nombre de personnes sans domicile** : en 2022, la fondation Abbé Pierre estime à 330 000 les personnes sans domicile (définition et méthodologie très similaires à celles retenues par l'INSEE). Ils estiment par ailleurs que 25 000 personnes résident en chambres d'hôtel autofinancées, 100 000 personnes résident dans des habitats de fortune et 643 000 personnes sont en situation d'hébergement contraint chez des tiers (21) ;
- **augmentation du nombre de personnes migrantes, de femmes, de familles et de personnes vieillissantes** (23-25).

Les prévalences des troubles psychiques

Les données présentées proviennent :

- de l'enquête menée par l'INSEE en 2012 (26, 27) ;
- de l'enquête « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (Samenta) » (28) menée auprès des personnes sans logement personnel d'Île-de-France (2010) ;
- de l'enquête « Enfants et familles sans logement (Enfams) » (29, 30) menée auprès des familles sans logement personnel d'Île-de-France (2014) ;
- de l'enquête « Premiers pas » (31) menée auprès de personnes sans titres de séjour dans les villes de Paris et Bordeaux.

Seul l'INSEE propose des données sur l'état de santé mentale de l'ensemble des personnes sans domicile mais il s'agit de données sur la santé mentale déclarée. Les autres données se centrent soit sur une population plus restreinte, soit sur un type de trouble psychique.

³ Une nouvelle enquête nationale devrait être disponible en 2024.

SOURCE	POPULATION/ÉCHANTILLON	ÉVALUATION DES TROUBLES PSYCHIQUES	PRÉVALENCES
Enquête INSEE (Moisy, 2015) (26)	Les personnes sans domicile (au sens de l'INSEE) en France 3 698 adultes francophones dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus	Il s'agit de l'état de santé déclaré (choix possible dans une liste d'une quinzaine de pathologies somatiques et psychiatriques)	<ul style="list-style-type: none"> – Dépressions pour 24 % des femmes et 22 % des hommes, en association avec le fait d'avoir vécu des événements graves, des violences ou des mauvais traitements pendant l'enfance – Consommations à risque d'alcool, 31 % pour les hommes, 12 % chez les femmes
Enquête « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France » (Observatoire du Samu social de Paris, 2010) (28)	Les personnes sans domicile (au sens de l'INSEE) en Île-de-France 840 personnes	Passage du <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI) par un enquêteur INSEE en présence d'un psychologue, entretien clinique avec le psychologue, codage par un psychiatre selon la CIM10	<ul style="list-style-type: none"> – 20 % des personnes considèrent leur état de santé psychique comme mauvais ou très mauvais <p>31,5 % des personnes souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévère, 29,2 % des hommes et 35,8 % des femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> – 13,2 % souffrent de troubles psychotiques (15,4 % des hommes et 9,1 % des femmes), dont 8,4 % de schizophrénie et 3,5 % de troubles délirants persistants. Cette prévalence est près de trois fois supérieure chez les personnes nées en France (21,6 % VS 7,5 %) et deux fois plus élevée dans l'hébergement d'urgence (HU) (19 %) que dans les autres dispositifs. La fréquence de la schizophrénie est 3,5 fois plus élevée chez les personnes nées en France (14,7 % VS 4 %). Les hommes souffrent plus de troubles délirants que les femmes (+ de 5 % VS – de 1 %). – 6,7 % des personnes souffrent de troubles sévères de l'humeur, dont 4,5 % de troubles dépressifs sévères sans différence entre les hommes et les femmes. Les épisodes maniaques concernent 1,9 % de la population (hommes uniquement), les troubles bipolaires concernent 0,3 % de la population et plus souvent les femmes (0,7 % VS 0,1 %). – 12,2 % souffrent de troubles anxieux (25 % dans les hôtels), dont 4,2 % d'états de stress post-traumatique, 4 % d'anxiété généralisée, 2,1 % de troubles de l'adaptation et 6,2 % d'autres troubles anxieux. Les femmes souffrent 3 fois plus que les hommes de troubles anxieux (21 % VS 7,5 %). L'état de stress post-traumatique est presque 6 fois supérieur pour les personnes nées à l'étranger (6,2 % VS 1,1 %). Les personnes nées en France souffrent plus d'états de stress généralisé (8,3 % VS 1,1 %). <p>Les prévalences des troubles psychiatriques sévères et addictions sont plus élevées dans les dispositifs à « bas seuil » (public défavorisé, accès et maintien dans le soin non facilités), principalement dans les accueils d'urgence et les hôtels sociaux. 52,2 % des personnes atteintes de</p>

SOURCE	POPULATION/ÉCHANTILLON	ÉVALUATION DES TROUBLES PSYCHIQUES	PRÉVALENCES
			<p>troubles psychiatriques sévères ont dormi principalement dans des lieux précaires les 12 derniers mois (VS 28,2 % en hébergement d'insertion (HI) et 11,1 % en hôtel). Parmi la population qui a dormi le plus souvent dans des lieux précaires, 44,3 % a un trouble psychiatrique sévère détecté et ¼ un trouble psychotique (schizophrénie pour 16,7 %).</p> <p>Les autres troubles psychiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> 21,1 % des personnes souffrent de troubles de la personnalité et du comportement (26,6 % en HU, 19,3 % en HI et 5,1 % en hôtel). Cela concerne 26,1 % des hommes et 11,8 % des femmes ; 32,3 % des personnes nées en France et 13,7 % des personnes nées à l'étranger. Ils comprennent 4,9 % de personnalités dyssociales (7,3 % hommes VS 0,5 % femmes et 8,4 % personnes nées en France VS 2,6 %), 3,5 % de personnalités dépendantes nées en France uniquement, 1,5 % de personnalités borderline (3,2 % nées en France VS 0,5 %), 1 % de personnalités émotionnellement labiles (2,2 % nées en France contre 0,5 %), 7,5 % d'autres troubles avec une prévalence de 10,1 % chez les hommes contre 2,6 % chez les femmes. 1/3 ne fait pas l'objet d'un diagnostic précis. Les troubles non sévères de l'humeur (troubles dépressifs légers 6 % ou moyens 7,9 %, autres 1,9 %) touchent 15,8 % de la population (presque 25 % à l'hôtel, près de 20 % en HI et 10 % en HU). Le risque suicidaire moyen ou élevé touche 12,9 % de personnes (16,8 % en HU, 12,8 % en hôtels et 7,9 % en HI). Il touche 15 % des hommes et 10 % des femmes.
Enquête « Enfants et familles sans logement » (Observatoire du Samu social de Paris, 2014) (29) (Roze, 2020) (30)	<p>L'enquête Enfams concerne les familles avec enfants privés de logement en Île-de-France</p> <p>Les données spécifiques concernant les TSPT ne concernent que les mères</p> <p>801 familles et 691 mères</p>	<p>La santé mentale des enfants était évaluée via le <i>Dominic Interactiv</i> et les troubles associés via le <i>Strengths and difficulties questionnaire</i></p> <p>Le trouble du stress post-traumatique (TSPT) était évalué via l'outil MINI auprès des femmes qui déclaraient avoir été confrontées à un événement traumatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> Épisode dépressif caractérisé chez les mères : 29 % (4 fois supérieur à la population générale). Troubles de santé mentale suspectés chez les enfants : 19,2 % (8 % en population générale) ; 25,4 % des garçons et 16,8 % des filles, associés avec l'état de santé mentale de la mère (42,4 % des enfants dont les mères se perçoivent en très mauvais état de santé mentale présentent des scores de santé globale anormaux contre 8,9 % de ceux dont la mère se déclare en très bonne santé mentale). Les résultats sont similaires pour les enfants dont les mères sont déprimées, ont des idées suicidaires ou ont vécu un événement de vie difficile. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les mères : 16,2 % (62,4 % rapportent des événements traumatiques).

SOURCE	POPULATION/ÉCHANTILLON	ÉVALUATION DES TROUBLES PSYCHIQUES	PRÉVALENCES
			<ul style="list-style-type: none"> - TSPT dans les 12 mois précédant l'étude : 18,9 %, associé avec des dépressions. Les mères migrantes présentent des taux de TSPT plus importants.
Enquête premiers pas (Prieur, 2022) (31)	Personnes sans titre de séjour dans des structures à Bordeaux et Paris 1 223 adultes	Le TSPT est évalué via l'échelle PC-PTSD5 auprès des personnes qui déclaraient avoir été confrontées à un événement traumatique. Les personnes étaient également interrogées sur le lieu de survenance de l'évènement traumatique (pays, trajet, France).	<ul style="list-style-type: none"> - TSPT : 16 % (1 à 2 % en population générale), 54 % rapportent des événements traumatiques (33 % dans le pays d'origine, 19 % au cours de la migration et 14 % en France). - 44 % des personnes présentant un TSPT ont des idées suicidaires, 19 % des autres personnes sans titre de séjour ont des idées suicidaires (5 % en population générale). - Les TSPT sont associés à des conditions de vie précaires en France. - Les TSPT sont associés aux conditions de migration (migration pour des raisons politiques ou de sécurité, personnes entrées clandestinement).

Avis du groupe de travail

La présentation des données sur la France appelle les remarques suivantes de la part des membres du groupe de travail :

- les données quantitatives de qualité (Samenta, Enfams, études issues du « chez-soi d'abord » notamment) portent sur une partie de la population, et demanderaient à être actualisées ;
- les situations de la catégorie « hébergé par des tiers », catégorie nécessairement floue et recouvrant une diversité de situations, suscitent des interrogations. Si les éléments de chiffrage de la Fondation Abbé Pierre montrent qu'il s'agit d'une catégorie numériquement très importante, on voit que la littérature disponible tend à se centrer sur les situations des personnes à la rue et en hébergement. Les situations des personnes hébergées chez des tiers, comme les bonnes pratiques qui leur sont destinées, seront difficiles à appréhender. Néanmoins, il existe une porosité importante entre les situations, les personnes pouvant passer de situation de rue ou d'hébergement à des situations d'hébergement chez des tiers et inversement.

3.2. Vulnérabilités spécifiques

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
Les personnes migrantes	<p>La littérature internationale et française montre que les populations migrantes présentent des taux très élevés de détresse psychique, de troubles anxieux, de stress post-traumatique et de troubles dépressifs (8, 28, 30-38).</p> <p>Les données de l’OMS sur la santé mentale des réfugiés, demandeurs d’asile et migrants en situation irrégulière en Europe montrent une prévalence de troubles du stress post-traumatique (TSPT) plus élevée que dans la population des pays d’accueil et une prévalence de la dépression chez les réfugiés présents depuis plus de 5 ans également plus élevée que dans la population des pays d’accueil (39). Une méta-analyse réalisée en 2009 évalue à 44 % la fréquence des troubles dépressifs et à 40 % la fréquence des troubles de stress post-traumatique et anxiété chez les réfugiés et demandeurs d’asile (Lindert 2009) (32). Les problématiques de santé mentale sont par ailleurs susceptibles d’avoir un impact sur leur procédure de demande d’asile et le résultat de celle-ci (<i>European Asylum Support Office</i> 2020) (40).</p> <p>La revue Kaur <i>et al.</i> issue de la littérature internationale montre que les personnes migrantes ont des difficultés à accéder aux services sanitaires et sociaux, et parfois à répondre à leurs besoins primaires, y compris alimentaires. Elles se confrontent aux différences culturelles, à l’incompréhension de l’organisation locale et des logiques de soin, et enfin, à des discriminations. Les auteurs montrent que les stigmatisations et discriminations auxquelles font face les personnes migrantes sont multiples : racisme, mais aussi différence de traitement liée au nombre d’enfants, à l’histoire traumatique, au niveau social et culturel, ou à la langue. Elles peuvent s’ajouter aux discriminations liées au genre, à l’âge ou à l’état de santé (41).</p> <p>Une revue systématique incluant 27 études (Satinsky <i>et al.</i> 2019) s’intéresse spécifiquement à l’accès aux soins psychiques et l’utilisation de ceux-ci parmi les réfugiés et les demandeurs d’asile en Europe. Cette revue montre que malgré des besoins en santé mentale élevés, les taux d’utilisation de ces services de soins en santé mentale sont faibles, mais cet accès aux services semble augmenter avec le temps de présence dans le pays d’accueil. Les barrières à l’accès sont la disponibilité des services (délais longs et changement de personne), l’éloignement des services, le manque d’interprètes, les horaires d’ouverture des services, le manque de confiance dans le professionnel, le manque d’information sur les services disponibles, la stigmatisation des troubles psychiques, notamment liée aux représentations culturelles (42).</p> <p>En Europe, l’OMS identifie les barrières suivantes pour permettre l’accès aux soins en santé mentale des réfugiés, demandeurs d’asile et migrants en situation irrégulière :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un manque de connaissances concernant leurs droits en santé et les systèmes de soins des pays d’accueil ; – une mauvaise connaissance de la langue ; – des systèmes de croyances et des attentes culturelles différentes ; – un manque de confiance dans les professionnels et les autorités. <p>Les constats sont convergents avec ceux établis en France (28, 30, 31, 34-38).</p> <p>Les données issues de l’enquête Samenta mettent en avant des spécificités dans les problématiques santé mentale des personnes migrantes. Ainsi, les personnes sans domicile nées à l’étranger souffrent trois fois moins souvent de troubles psychotiques que les personnes sans domicile nées en France (7,5 % <i>versus</i> 21,6 %) et 3,5 moins souvent de schizophrénie (4 % <i>versus</i> 14,7 %). Elles souffrent également moins de troubles de la personnalité et du comportement</p>

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
	<p>(13,7 % <i>versus</i> 32,3 %). À l'inverse, la prévalence de l'état de stress post-traumatique est presque 6 fois supérieure chez les personnes nées à l'étranger (6,2 % <i>versus</i> 1,1 %) (28).</p> <p>Les données des études et des rapports d'associations œuvrant en France auprès des publics migrants confirment la prévalence importante du TSPT ou des troubles anxieux au sein de cette population, en lien avec une exposition à une ou des situations de violence et/ou d'évènement potentiellement traumatique (30, 34-37).</p> <p>Par ailleurs, au sein du public migrant, les demandeurs d'asile semblent encore plus à risque de développer des troubles psychiques que les autres personnes étrangères. Dans son rapport 2020, Médecins du monde indique que les troubles psychiques sont plus fréquents chez les demandeurs d'asile que chez les autres personnes étrangères (12,3 % <i>versus</i> 7,2 %) (34). L'enquête « Premier pas » suggère également un lien entre TSPT et conditions de migration, la prévalence des TSPT étant plus importante pour les personnes ayant émigré pour des raisons politiques ou de sécurité ou pour les personnes entrées en France clandestinement (31).</p> <p>En France, un article de Tortelli <i>et al.</i> appuyé sur les résultats de 4 études transversales réalisées dans des structures psychiatriques publiques en région parisienne montre que si les migrants sont nombreux à être pris en charge au sein de la psychiatrie publique parisienne, la cohérence des parcours de soins est moindre que pour les personnes nées en France : les hospitalisations, y compris sans consentement, sont plus fréquentes chez les migrants, et ils ont moins facilement accès à des consultations spécialisées, moins souvent accès à une couverture maladie et ont moins de contacts avec les médecins généralistes (Tortelli 2020).(38).</p> <p>Enfin, en France, l'épidémie de Covid-19 a contribué à une dégradation de la santé mentale des personnes migrantes, et notamment a augmenté la fréquence des symptômes dépressifs sévères. Par ailleurs, le confinement a ravivé pour certains des souvenirs traumatiques et le flot d'informations était particulièrement anxiogène (43, 44).</p>
<p>Les personnes présentant des pathologies duelles</p> <p>Les données sur la consommation de substances psychoactives</p>	<p>La littérature internationale disponible fait apparaître une association entre sans-abrisme et certaines consommations de substances psychoactives :</p> <ul style="list-style-type: none"> — la revue de littérature et méta-analyse précédemment mentionnée de Gutwinski et al. (2020) (section 3.1.1 et tableau) fait apparaître une prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances supérieure à la population générale au sein des populations sans domicile (9) ; — une autre revue systématique et méta-analyse sur 444 études réalisées dans des pays à haut revenu et étudiant les co-occurrences entre différentes expériences de vie négatives (troubles psychiques, addiction, incarcération, prostitution) montre qu'une des combinaisons d'exposition les plus fréquentes est entre les troubles psychiatriques sévères et l'usage de substances illicites (hors cannabis) (Tweed 2021) (45) ; — une méta-analyse conduite dans le cadre de cette même revue systématique montre que les expositions multiples sont associées à des risques plus élevés pour la santé (mortalité, qualité de vie, certaines pathologies, etc.) comparativement à une « exposition simple » correspondant à une seule de ces expériences (45). <p>En France, les données d'enquêtes de l'INSEE de 2012 sur la santé perçue des populations sans domicile (Moisy, 2015) (46) font apparaître une image nuancée des consommations de substances dans la population sans domicile dans le contexte français :</p> <ul style="list-style-type: none"> — en ce qui concerne la consommation d'alcool : la proportion de non-consommateurs est sensiblement plus élevée qu'en population générale (49 %) mais il y a une proportion de consommateurs à risque et dépendants au moins aussi élevée qu'en population générale ;

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
	<ul style="list-style-type: none"> — la consommation de tabac est plus élevée qu'en population générale ; la proportion de fumeurs quotidiens étant deux fois plus importante chez les sans-domicile de 18 à 75 ans que dans la même classe d'âge en population générale : 52 % contre 28 % ; — les consommations à risque de tabac et d'alcool sont plus présentes chez les personnes déclarant souffrir de dépression : <ul style="list-style-type: none"> • la part des consommateurs d'alcool à risque est de 35 % et la dépendance de 12 % chez les personnes déclarant souffrir de dépression, ce qui les situe à des taux supérieurs à la population de l'étude, mais aussi à la population générale) ; les femmes sont moins concernées mais les taux sont aussi plus élevés dans la population déclarant une dépression ; . — les personnes se déclarant en dépression consomment également plus de tabac (61 % chez ceux qui déclarent être en dépression). <p>Les données de l'enquête Samenta (28) permettent d'affiner ces constats, même si elles ne concernent que les populations sans domicile en région parisienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> — la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives concerne près de 3 personnes sur 10 (1/3 en hébergement d'urgence, 29,1 % en hébergement d'insertion mais moins de 10 % en hôtel social) ; — 21 % des personnes sont dépendantes à l'alcool (dont 26,7 % en HU, 18,9 % en HI et 5,5 % en hôtels). Cela concerne 27,3 % des hommes et 9,3 % des femmes ; — 16,1 % des personnes consomment du cannabis (21,4 % en HU, 13,8 % en HI et 3 % en hôtel). Cela concerne 21,4 % des hommes et 6,1 % des femmes) ; — plus de la moitié de la population étudiée fume quotidiennement du tabac, dont plus des deux tiers sont des hommes. <p>Les consommations déclarées d'autres substances sont faibles (interrogation sur la transparence des réponses).</p> <p>L'association entre certaines addictions (alcool et cannabis) et certains troubles psychiatriques dans la population étudiée est mise en lumière. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> — les personnes atteintes de troubles psychotiques ont près de trois fois plus de risques d'avoir au moins une addiction (Odds ratio (OR) = 2,9, p = 0,04) (et le risque est près de cinq fois plus élevé pour celles atteintes de schizophrénie), et près de quatre fois plus de risques d'avoir une consommation d'alcool à risque (OR = 3,6, p = 0,04). Les personnes atteintes de schizophrénie ont près de quatre fois plus de risques d'avoir une consommation régulière de cannabis ; — les taux de comorbidité sont ainsi très élevés : près de la moitié (49,3 %) des personnes atteintes de troubles psychotiques présentent une dépendance à au moins un produit psychoactif. Elles sont dépendantes à l'alcool dans 30,1 % des cas et consomment régulièrement du cannabis dans plus de 30 % ; — les personnes atteintes de troubles de la personnalité ou du comportement ont trois fois plus de risques (OR = 3,2, p = 0,06) d'être consommatrices de façon régulière de cannabis. On ne retrouve aucune association significative avec l'alcool. Les taux de comorbidité sont importants : dans 42,6 % des cas, il existe au moins une addiction, dans 31,5 % des cas, une dépendance à l'alcool et dans plus de 30 % des cas, une consommation régulière de cannabis ; — les taux de comorbidités sont en revanche plus faibles chez les personnes souffrant de dépression et de troubles anxieux. <p>Les personnes avec des troubles de la personnalité ou des troubles psychotiques ont des consommations de tabac supérieures au reste de la population de l'étude.</p> <p>Selon l'étude Samenta, les prévalences des troubles psychiatriques sévères et des addictions sont plus élevées dans les dispositifs à « bas seuil », principalement dans les accueils d'urgence et les hôtels sociaux. Il semble que les publics cumulant les difficultés (addictions, troubles psychiatriques) soient également les publics les plus précarisés au niveau du logement et sont, soit sans-abri, soit hébergés de manière chronique dans les dispositifs d'hébergement d'urgence (28).</p>

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
Les jeunes	<p>Trois revues de littérature apportant des données sur la santé mentale des jeunes (16-25 ans)⁴ sans domicile ou ayant connu des périodes de sans-abrisme ont été identifiées dans le cadre de la recherche documentaire sur la littérature internationale (Edidin, 2012) (47), (Hodgson, 2013) (48), (Grattan, 2021) (49). Ces trois revues sont complétées par la revue parapluie de Hossain (2020) (8) et par l'article de Winiarski qui porte sur les besoins en santé mentale des jeunes (16-25 ans) sans domicile. C'est une revue narrative qui aborde les connaissances actuelles sur le sujet et leurs limites, ce qui existe pour les jeunes qui ont des problèmes psychiques ou comportementaux, les résultats d'initiatives prometteuses et leurs implications politiques (50).</p> <p>Les revues de littérature font apparaître des prévalences très importantes de troubles psychiques et d'addictions dans cette population, en lien avec des parcours de vie marqués par la pauvreté, les problèmes familiaux donnant lieu à des placements, l'exposition à la violence et à la maltraitance, l'échec scolaire. La stigmatisation attachée à une orientation sexuelle non hétérosexuelle fragilise encore les parcours pour les jeunes qui sont concernés. L'expérience du sans-abrisme expose à des violences et à des traumatismes supplémentaires, ainsi qu'à d'autres risques pour la santé.</p> <p>Si les taux de prévalence par pathologie varient selon les études, elles posent de manière convergente le constat d'une prévalence des troubles psychiques très supérieure chez les jeunes sans-abris que chez les jeunes logés, y compris lorsque d'autres facteurs sont pris en compte.</p> <p>La revue systématique de Hodgson fait apparaître les prévalences suivantes chez les jeunes sans domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> – tout type de troubles mentaux : de 48,4 % à 98 % selon les études ; – taux pour les principaux troubles psychiques : <ul style="list-style-type: none"> • dépression (17,6-28,1 %), • troubles bipolaires : 26,9 %, • anxiété : 32 %, • autres troubles de l'humeur (12,2 %-41,3 %), • troubles des conduites (36 %-76,7 %), • troubles liés à l'usage de substances (11 %-43,7 %), • idées suicidaires (22 %-36,8 %), • les taux de co-occurrence de trouble du stress post-traumatique (TSPT) et de troubles psychiatriques sont de 48 % à 80,9 % selon les études et de 40 %-67,3 % pour les troubles liés à l'abus de substances psychoactives. <p>Les deux autres revues (47, 49) apportent aussi un éclairage sur les causes, facteurs déclenchants et conséquences du sans-abrisme chez les jeunes, tout en soulignant la complexité du phénomène. Les auteurs soulignent qu'il est souvent difficile de distinguer dans des situations intriquées de sans-abrisme, d'exposition à la violence, de troubles psychiques et addictifs, d'échecs scolaires et professionnels, ce qui relève des facteurs favorisants et ce qui est une conséquence du sans-abrisme.</p> <p>Hossain identifie 2 revues de la littérature évaluant la prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) parmi les personnes sans domicile : entre 4,4 % dans une étude sur les enfants et adolescents et 34 % dans une étude portant sur les 15-25 ans. Les troubles des conduites sont quant à eux évalués entre 26 % (dans l'étude portant sur les enfants et adolescents) et 77 % (dans l'étude portant sur les 15-25 ans) (8).</p>

⁴ L'une des limites des études sur ces populations est la variabilité de la définition de la catégorie « jeune ». Nous indiquons ici la périodicité la plus courante.

POPULATIONS

SPÉCIFICITÉS

Les problèmes familiaux (maltraitance et violence intra-familiale, négligences, conflits familiaux et séparation des parents, instabilité résidentielle et expérience familiale du sans-abrisme, problèmes économiques, troubles psychiatriques et addictifs des parents, histoire de placements hors de la famille biologique) apparaissent comme les principaux événements déclencheurs du sans-abrisme des jeunes (47, 49). L'exposition à la violence au sein de la famille semble être en particulier un facteur prédominant (47).

Certaines situations ou caractéristiques semblent être des facteurs supplémentaires de fragilisation :

- être un jeune LGBTQI+ exposé à des risques accrus de rejet familial et de violence au sein de la société en général ; cette population apparaît comme particulièrement vulnérable (47, 49) ;
- être en âge de sortir des dispositifs d'aide à l'enfance ; la période de transition, en particulier en l'absence d'aide au logement, est particulièrement à risque pour les jeunes ; les sorties d'hospitalisation sont aussi « à risque » (47, 49).

Les facteurs de protection semblent être : une famille soutenant, un statut socio-économique plus élevé, et un niveau d'études supérieur (49).

Les auteurs identifient plusieurs phénomènes associés au sans-abrisme, sans qu'il soit aisé de distinguer ce qui précède la rupture d'avec le logement de ses conséquences, un « cycle » négatif ayant tendance à s'installer : faible niveau scolaire, troubles neurodéveloppementaux, troubles du comportement ou de délinquance, troubles psychiatriques, consommation de substances psychoactives.

La vie sans chez-soi expose à des violences et à des traumatismes supplémentaires, ainsi qu'à d'autres risques pour la santé psychique et somatique liés à la consommation de substances, ou aux maladies infectieuses (dont les maladies sexuellement transmissibles) (47). Malgré cela, les freins à l'accès aux soins sont nombreux (47).

Parmi les jeunes sans-abris, les auteurs distinguent souvent différents profils, qui ont des besoins différents : ceux qui ont fugué, ceux qui ont été exclus par leurs familles, ceux qui ont connu l'institution (prison, aide à l'enfance), et ceux qui grandissent dans la rue (47).

En France, l'enquête Samenta consacre un chapitre spécifique sur les problématiques de santé mentale de la population 18-25 ans (28).

39,7 % des 18-25 ans présentent au moins un trouble psychiatrique sévère soit une prévalence supérieure à celle de la population de l'étude (31,5 %)

- Troubles psychiatriques sévères : 16,9 % des jeunes présentent un trouble psychotique (dont 16,5 % une schizophrénie), 8,9 % présentent des troubles sévères de l'humeur, 16,5 % présentent des troubles anxieux. Il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes.
- Troubles de la personnalité : 1/3 des jeunes présentent un trouble de la personnalité. Les hommes sont plus concernés que les femmes (46,7 % des hommes versus 21,5 %).
- Troubles non sévères de l'humeur : 12,7 % des jeunes présentent des troubles non sévères de l'humeur (19,9 % des femmes versus 21,5 % des hommes).
- Les tentatives de suicide sont plus élevées qu'en population générale (28,2 % versus 2,1 % pour les hommes et 31,1 % versus 5,8 % pour les femmes).
- Addictions : Les addictions concernent 37,6 % des jeunes et sont presque trois fois plus élevées qu'en population générale. 18,56 % présentent une consommation d'alcool à risque (35,3 % des hommes versus 6,1 % des femmes). 20,5 % sont dépendants à l'alcool et 25 % consomment régulièrement du cannabis. La fréquence des autres consommations déclarées est extrêmement faible (interrogation sur la transparence des réponses).
- Comorbidités addictions/troubles psychiatriques : 88,1 % des jeunes avec un trouble psychotique présentent une dépendance à au moins un produit versus moins de 30 % pour les jeunes ne présentant pas de trouble psychotique. Plus de 40 % sont dépendants à l'alcool et/ou au cannabis. Les jeunes avec

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
	<p>troubles anxieux présentent moins d'addictions (5 % versus 44,1 %). Près de 20 % des jeunes souffrant de troubles de l'humeur présentent une addiction (10 % alcool et près de 20 % cannabis). 47,8 % des jeunes avec troubles de la personnalité ou du comportement présentent au moins une addiction (23,9 % alcool, 34,5 % cannabis). 53,3 % fument quotidiennement, les jeunes atteints de troubles psychotiques fument plus de tabac que les autres (93 % versus 45,3 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de santé : 70,7 % des jeunes avec des troubles psychotiques, 37,2 % des jeunes avec des troubles de la personnalité, 10 % des jeunes avec des troubles de l'humeur et des troubles anxieux déclarent être actuellement suivis. Pour les jeunes souffrant de troubles anxieux et de troubles de la personnalité, le suivi est en fait souvent lié à l'addiction (28). <p>Dans l'enquête Samenta, les personnes ayant connu des évènements complexes avant l'âge de 18 ans (fugues, violence sexuelle, conflits parentaux, addictions...) et ceux qui ont connu le sans-abrisme avant 26 ans sont plus à risques de troubles psychiatriques sévères (51).</p>
Les femmes	<p>La recherche documentaire sur la littérature internationale a fait apparaître trois études spécifiquement consacrées aux femmes sans-abris et à leur santé mentale, deux revues de littérature (Duke, 2019) (52) (Bassuk, 2014) (53). La revue narrative de Bassuk porte sur la problématique de la dépression des mères sans domicile, de son impact sur les enfants, des initiatives les plus prometteuses sur le plan de la prévention et des soins, ainsi que des principes à déployer dans les services (53). La revue de Duke porte sur la santé mentale des femmes sans domicile. Cette revue retrouve 15 articles publiés entre 1996 et 2017. 11 proviennent des États-Unis, 2 du Canada et 1 d'Espagne ; 1 est une revue systématique de 2012 incluant États-Unis, Canada, Australie, Espagne et Écosse et enfin 1 n'est pas précisé. Les études qualitatives (n = 2) reposent sur des entretiens semi-directifs auprès de 27 femmes. Les études quantitatives (n = 11) portent au total sur 3 134 participantes. 11 études sur 14 portent sur des femmes avec enfant(s), et 3 sur des femmes sans enfant (52). Une étude qualitative portant sur les expériences des femmes sans domicile (Bretherton 2020) (20) a été indiquée par le groupe de travail.</p> <p>Le constat est que la recherche sur ce sujet est très pauvre : les études existantes sont peu nombreuses (8), elles portent sur de petits échantillons, sont plutôt transversales, et ont des objectifs et définitions hétérogènes (52). Par ailleurs, l'expérience du sans-abrisme est différente chez les hommes et chez les femmes (20) et cela conduit à une appréhension probablement biaisée du phénomène. Ainsi, la part des femmes sans domicile est sans doute sous-évaluée, les femmes sans domicile ayant tendance à s'invisibiliser, notamment en se faisant héberger chez des tiers, y compris contre des services sexuels (20). Par ailleurs, on note que la littérature sur les femmes sans domicile tend à distinguer celles qui sont sans enfant et celles qui sont avec leurs enfants, tant cela influence leur expérience et leurs besoins.</p> <p>Les revues de littérature mettent en lumière la prévalence très importante de la dépression chez les femmes sans domicile sur la vie entière, même si les résultats varient d'une étude à l'autre : 40 à 50 % selon Duke (52), et 45 % et 85 % dans deux études similaires à 10 ans d'intervalle chez les femmes avec enfant(s) selon Bassuk (53). La dépression maternelle augmente les difficultés parentales, avec un risque pour le développement de l'enfant et sa scolarité. L'attachement mère-enfant peut être atteint, avec des impacts relationnels durables (53).</p> <p>La dépression des mères sans-abris semble avoir tendance à être sous-estimée pour deux types de raisons : la première concerne les intervenants, qui peuvent penser que rechercher un trouble psychique chez ces mères conduit à « pathologiser » leur souffrance, et à porter la faute sur elles. La deuxième concerne les femmes elles-mêmes, qui ont souvent peur d'un diagnostic qui pourrait conduire au placement des enfants (53).</p> <p>Les taux de comorbidités (en particulier addictions) sont élevés (52, 53). Selon la revue de Duke, les taux de trouble de stress post-traumatique (TSPT) sont très élevés, de 29,1 % à 40 %, selon les études.</p>

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
	<p>On retrouve souvent dans les situations des femmes sans domicile une intrication entre les problèmes de santé mentale, d'addictions, d'expériences de la pauvreté, de problèmes de santé somatique et d'exposition à des actes de violence, y compris d'expérience de violence domestique (20). Le sans-abrisme féminin est étroitement et systématiquement associé à l'exposition à la violence, et en particulier à la violence domestique (20, 52, 53). Les auteurs soulignent tous le rôle capital des violences domestiques dans le sans-abrisme des femmes ayant des troubles psychiques. Ressortant de la quasi-totalité des études (11/15) de la revue de Duke, ces violences apparaissent étroitement liées à la perte du logement, qu'elles aient causé directement cette rupture ou qu'elles y aient contribué (52). Le sans-abrisme, à son tour, les soumet à des risques accrus d'exposition à d'autres violences (52, 53).</p> <p>En France, la part des femmes reste minoritaire dans les populations en situation de grande précarité (18, 54), mais la part des femmes avec ou sans enfants est en augmentation (24, 55). Alors même qu'elles bénéficiaient d'une protection plus importante que les hommes (familiale et institutionnelle), cette protection s'étiolo et le nombre de femmes avec ou sans enfants augmente, y compris à la rue (24, 55). Les données françaises sont concordantes avec les données internationales en ce qui concerne le constat de stratégies d'invisibilisation : elles peuvent préférer se faire héberger par des tiers contre des services, y compris sexuels (21), leur part reste donc probablement sous-évaluée.</p> <p>L'enquête Samenta semble indiquer que les problèmes de santé psychique sont plus importants chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats se retrouvent dans les enquêtes « flash » du Samu social de Paris (28, 56).</p> <p>L'enquête Samenta montre que 35,8 % des femmes (<i>versus</i> 29,2 % des hommes) souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévère. Elles souffrent moins de troubles psychotiques et d'addictions, mais 3 fois plus que les hommes de troubles anxieux et souffrent également plus de dépression que les hommes (pas de différence sur les troubles dépressifs sévères) (28, 51).</p> <p>Les femmes migrantes sont encore plus susceptibles d'avoir été confrontées à des événements traumatiques et à souffrir de TSPT. Ainsi, dans l'étude Enfams (sous-échantillon de 691 personnes), 62,4 % des mères font état d'exposition à un ou des événements traumatiques. Les mères nées en Afrique centrale sont particulièrement concernées : 75 % des mères d'Afrique centrale rapportent avoir expérimenté plus d'un événement traumatique (30). Le taux de TSPT dans les 12 mois précédant l'étude est élevé : 18,9 % <i>versus</i> 2,2 % en population générale. Le taux de TSPT sur la vie entière est de 23,6 % <i>versus</i> 3,9 % en population générale. 27,4 % des mères ont connu un épisode dépressif caractérisé. Les femmes migrantes semblent donc constituer une catégorie particulièrement vulnérable (30).</p> <p>Concernant la population des femmes non migrantes⁵, des études appuyées sur les données de la recherche sur le programme « un chez-soi d'abord » montrent que les femmes participant au programme et présentant une schizophrénie ou des troubles bipolaires (n = 123) déclarent plus que les hommes dans la même situation (expérience de la grande précarité et troubles psychiques sévères) avoir été victimes d'agressions physiques ou sexuelles durant les 6 derniers mois, elles présentent plus souvent un diagnostic de TSPT (25,7 % <i>versus</i> 16,4 % pour les hommes), elles présentent des symptômes de dépression plus sévères. Par ailleurs, elles présentent un risque suicidaire plus important, une moins bonne condition physique et un niveau de qualité de vie plus faible que les hommes dans la même situation (57). Elles sont également moins susceptibles d'adhérer au traitement. Les femmes souffrant de troubles bipolaires sont particulièrement fragilisées : elles présentent plus souvent des addictions (49,1 % à l'alcool et 24,7 % aux substances) et des symptômes (dont les symptômes de dépression) plus importants que celles souffrant de schizophrénie. Elles ont plus souvent été victimes d'agressions violentes. Les femmes sans domicile souffrant de troubles bipolaires semblent donc également constituer une catégorie particulièrement vulnérable (58), ce qui est cohérent avec les résultats issus des revues de littérature internationales (12).</p>

⁵ NB : « non migrantes » doit être entendu au sens de « n'étant pas dans une situation d'exil récent ». Les personnes peuvent être nées à l'étranger.

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
Les sortants de prison	<p>Les personnes sans domicile ayant des troubles psychiatriques ont plus de contacts avec la justice et de comportements délictuels que les autres (59). À partir de 15 études américaines, les auteurs retrouvent 63 à 90 % d'arrestations vie entière (contre 15 % en population générale), 28 à 80 % de condamnations, et 48 à 67 % d'incarcérations.</p> <p>Une étude nationale française réalisée en 2004 montrait qu'environ un tiers d'un échantillon de 799 hommes incarcérés présentait au moins un trouble mental sévère. Une étude menée auprès de 622 personnes récemment admises en maisons d'arrêt dans le Nord et le Pas-de-Calais a identifié au moins un trouble psychiatrique ou lié à l'usage de substance dans 70 % des cas et au moins deux troubles dans 40 % des cas (60).</p> <p>Par ailleurs, au moment de l'incarcération, une personne sur 5 ne dispose pas de logement stable et entre 10 % et 16 % des détenus libérés ne savent pas où loger à leur sortie de prison (61).</p>
Les personnes vieillissantes	<p>La littérature internationale fait apparaître que le vieillissement de la population ainsi que d'autres facteurs structurels, comme le manque de logements abordables et/ou l'effritement du soutien social et financier, entraînent une augmentation du sans-abrisme des personnes de plus de 50 ans (62).</p> <p>Les personnes qui vieillissent dans la rue présentent plus de comorbidités, reflet d'un vieillissement accéléré, et le fait d'être sans domicile est vécu comme une expérience très humiliante et dégradante par ce groupe d'âge, contribuant à une certaine invisibilisation du phénomène (62).</p> <p>La revue de la littérature internationale qui tente d'approcher les spécificités du sans-abrisme des personnes âgées identifie deux types de processus qui mènent au sans-abrisme (62) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les processus appelés « graduels », qui sont caractérisés par un cumul progressif de facteurs : la pauvreté, l'augmentation des coûts du logement, le manque de services, les défaillances des systèmes assistanciers, l'isolement social, les addictions, l'exode rural, ou encore l'éloignement de la famille et le manque de proches vivants ; – les processus appelés « rapides », qui sont caractérisés par une série de pertes : perte d'un proche, divorce, puis une précarisation. Dans ce groupe, certains auteurs constatent une peur de perdre son indépendance, avec une difficulté à demander de l'aide qui contribue au sans-abrisme. <p>Les auteurs soulignent que le sans-abrisme complique les défis de l'âge avancé, et l'impact du sans-abrisme dans cette population est spécifique (62).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Du fait de ses besoins : <ul style="list-style-type: none"> • besoins de santé somatique tout particulièrement, avec des maladies chroniques difficiles à prendre en charge quand on est sans-abri. Le bien-être physique est particulièrement impacté ; • besoins émotionnels, du fait de l'exclusion et de l'isolement, aggravés par la honte et le sentiment d'indignité ; • besoins relationnels. – Du fait d'un empêchement de ses stratégies d'adaptation : <ul style="list-style-type: none"> • la capacité d'adaptation des personnes âgées de plus de 50 ans est mise à mal par l'hébergement en foyers, et par les changements de lieux de vie ; par le manque de propositions de logement ; par le manque de flexibilité et d'adaptation des services aux demandes singulières ; par le manque de coordination entre services et par le manque ou les difficultés d'accès aux services spécialisés. <p>Les personnes sans domicile plus âgées souhaitent majoritairement sortir du sans-abrisme par le logement individuel, et décrivent la manière dont les entrées et sorties en hébergement affectent leur autonomie et leur stabilité (62).</p>

POPULATIONS	SPÉCIFICITÉS
	<p>La littérature française ne propose que peu de données sur les troubles psychiques des personnes âgées sans domicile. Le CCAS de la ville de Paris le mentionne néanmoins comme préoccupation centrale et indique que malgré le manque d'études épidémiologiques dans ce champ, des données ont permis de mettre en évidence une plus forte prévalence des pathologies psychiatriques après 65 ans par rapport à la population générale. Les troubles les plus fréquents chez le sujet âgé sont la dépression, les troubles anxieux et la pharmacodépendance. Les troubles peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> – apparaître avec l'âge, principalement des troubles anxieux et dépressifs liés à la peur du handicap et de la mort ; – peuvent être liés à des pathologies neurologiques ou neurodégénératives associées à des troubles psychiatriques (atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) ; – peuvent résulter du vieillissement de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires...), dont l'espérance de vie, restant encore très nettement inférieure à celle de la population générale (de 10 à 15 ans selon les études), a fortement augmenté. <p>Ces données ne sont néanmoins pas spécifiques aux personnes sans domicile (63).</p> <p>Les données d'« un chez-soi d'abord » en France montrent que les personnes de plus de 50 ans incluses dans le programme (personnes avec des troubles psychiatriques sévères) ont un état de santé somatique plus dégradé que les plus jeunes. Pour autant, ils ont eu moins recours à une hospitalisation, ou à la recherche d'hébergement que les plus jeunes sur les 6 derniers mois. Par rapport aux plus jeunes, ils ont moins fréquemment des problématiques addictives. Ils rapportent plus souvent avoir moins d'amis, de familles ou de relations sociales. S'ils sont moins souvent en couple, ils ont plus souvent des enfants et plus régulièrement des contacts avec leur famille, des amis ou des associations. La durée du sans-abrisme est plus longue que pour les plus jeunes (10 ans <i>versus</i> 7,5), mais le premier épisode de sans-abrisme est plus tardif (36 ans <i>versus</i> 23 ans). 90 % d'entre eux ont déjà été locataires au cours de leur vie (64). Cela est concordant avec les données internationales du <i>Housing First</i> : les analyses réalisées en sous-groupes dans l'essai canadien <i>At Home/Chez-soi</i> montrent que le groupe des personnes âgées présente de meilleurs résultats en termes de symptomatologie, de qualité de vie et de conduites addictives. Par ailleurs, il présente des résultats très satisfaisants en matière de stabilité résidentielle (65, 66).</p>
<p>Les personnes avec des troubles cognitifs</p>	<p>Les fonctions cognitives sont les capacités mentales qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement. Les différents grands rôles de notre cognition sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la perception ; – l'attention ; – la mémoire ; – la motricité, la praxie ; – le langage, les phasies ; – le raisonnement et les fonctions exécutives. Les fonctions exécutives sont des activités mentales complexes, nécessaires pour planifier, organiser, guider, contrôler, régulariser et évaluer le comportement adéquat pour s'adapter efficacement et atteindre ses objectifs (67). <p>Il existe une grande variété de troubles et handicaps cognitifs qui peuvent altérer une ou plusieurs de ces fonctions, et compliquer la vie quotidienne des personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques, constituant une barrière supplémentaire à l'accès aux soins et au logement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les troubles cognitifs associés aux troubles psychiques (troubles de l'attention, troubles mnésiques, atteintes des fonctions exécutives, atteintes des cognitions sociales...); – les déficits intellectuels ; – les troubles cognitifs liés à l'alcool, dont le syndrome de Korsakoff ;

POPULATIONS**SPÉCIFICITÉS**

- les démences, dans un contexte de vieillissement de la population sans domicile ;
- les conséquences des traumatismes crâniens.

Hossain (revue des revues) rapporte que 6 revues de la littérature et méta-analyses ont été conduites sur ce thème entre 2002 et 2019. Parmi elles, la revue d'Ennis en 2015 retrouve des prévalences entre 18 et 55 % et Deep *et al.* évaluent cette prévalence à 25,4 % dans une méta-analyse publiée en 2015 (8).

La prévalence des traumatismes crâniens parmi les personnes sans domicile est telle que les auteurs de la revue de littérature Rigney *et al.* parlent « d'épidémie silencieuse » (68). « Épidémie » parce que plus de 50 % des personnes sans domicile ont eu un traumatisme crânien dans leur vie, soit 4 fois plus que la population générale des États-Unis. « Silencieuse » du fait de l'invisibilité de cette étiologie et de ses conséquences.

La revue de la littérature de Rigney, en 2022, a étudié la manière dont les traumatismes crâniens altèrent les fonctions cérébrales dans la population des sans-domicile atteints de troubles psychiques. La méta-analyse retrouve une forte association entre traumatisme crânien et divers troubles neurologiques (épilepsie, migraines, et bien sûr troubles cognitifs) OR = 2,57 (IC 95 % : 1,97-3,44) et entre traumatismes crâniens et troubles psychiques OR = 2,01 (IC 95 % 1,85-2,25) (68). Le fait d'avoir eu un traumatisme crânien est fortement associé à tous types de troubles psychiques :

- troubles de stress post-traumatique : OR = 3,1 (2,68-4,59) ;
- idées suicidaires : OR = 2,85 (2,24-3,62) ;
- troubles bipolaires : OR = 2,60 (2,17-2,10) ;
- anxiété : OR = 2,49 (1,05-5,90) ;
- dépression : OR = 2,42 (2,05-2,96) ;
- troubles psychotiques : OR = 1,99 (0,67-5,95) – à noter une forte hétérogénéité due à des résultats obtenus à partir de cohortes de tailles très différentes.

Cette association nous invite à rechercher systématiquement un antécédent de traumatisme crânien pour les personnes qui ont des troubles psychiques et sont sans-abri, et à évaluer les troubles cognitifs conséquents.

Une publication du corpus revient sur le défi posé par les personnes sans domicile qui cumulent déficits intellectuels et troubles psychiques, parlant de « triple diagnostic » (16) (précarité, troubles psychiques et handicap intellectuel).

Peu d'études sont consacrées à cette population, et peu de services semblent adaptés à leurs problématiques.

La littérature (16, 68) met en évidence certaines spécificités :

- une immaturité du comportement, des difficultés pour anticiper et évaluer les risques liés à l'environnement ou à l'entourage ;
- un haut risque de négligence ou d'abus ;
- une inadaptation forte des hébergements habituels aux besoins de ces personnes ;
- un manque de formation du personnel des urgences, en particulier sur le repérage ;
- un phénomène de consommation anarchique de services, de type « portes battantes » (revolving doors), encore accentué par rapport aux autres personnes sans domicile : succession inefficace de séjours hospitaliers, en foyers, voire en prison.

4. Les relations entre troubles psychiques et grande précarité

Les liens entre troubles psychiques et précarité sont complexes. Les troubles psychiques participent de la précarisation des situations et les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante et d'une aggravation des troubles. En France, des cliniciens ont étudié les liens entre et jeté les bases d'une « clinique psychosociale ». Elle invite à une appréhension fine de la souffrance psychique en rapport avec la précarité, et à la prudence par rapport à des interprétations trop simplistes des liens entre grande précarité et troubles psychiques (69-73). Les études internationales de santé publique sur les déterminants de santé ont elles aussi montré la complexité de ces liens ainsi que la nécessité d'une mobilisation précoce pour limiter les inégalités sociales de santé.

4.1. Les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé

4.1.1. Les déterminants de santé et de la santé mentale

La santé globale est influencée par les déterminants sociaux de santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ceux-ci compteraient pour 35 à 50 % de l'état de santé des populations (74-76). Ainsi, si des facteurs individuels (génétique, comportements...) conditionnent en partie l'état de santé des personnes, certains facteurs sociaux, dont les situations de précarité économique et sociale, ont un poids majeur dans le risque de présenter des mauvais états de santé, y compris des états de santé mentale dégradés (77).

Agir sur les déterminants sociaux de santé permet de réduire les inégalités sociales de santé et participe au droit à la santé (75).

La France, malgré un bon niveau de santé globale, reste marquée par de fortes inégalités de santé. Il existe un fort « gradient social de santé ». Il convient donc d'agir sur ces déterminants sociaux pour permettre une réduction des inégalités sociales de santé (74, 75).

Dans son rapport final s'appuyant sur des études observationnelles, des études de cas, des visites sur site, des connaissances d'experts et des essais d'interventions communautaires, la commission sur les déterminants de santé de l'OMS identifie deux axes majeurs d'action pour réduire les inégalités de santé :

- agir sur les circonstances du quotidien, en particulier par l'action sur les facteurs de risques de maladie ainsi que par l'ensemble des réponses disponibles en termes de promotion de la santé, de prévention et de soins ;
- agir sur les circonstances structurelles incluant les inégalités sociales, les biais, normes et valeurs de la société, les politiques économiques et sociales, les modes de gouvernance au niveau local, national et international (76).

Concernant la santé mentale, le Minds (association suisse pour la promotion de la santé mentale) (78) propose une synthèse de la littérature sur les facteurs déterminants de la santé mentale, synthèse indiquant lorsque cela est possible l'impact de chaque facteur sur la santé mentale.

Le Minds classe les déterminants de la santé mentale en trois catégories :

- facteurs individuels :

- facteurs biologiques (santé physique, facteurs génétiques, genre, minorités sexuelles, minorités ethniques),
- facteurs psychologiques (personnalité, compétences psychosociales),
- facteurs liés au parcours de vie (enfance, expériences négatives dans la petite enfance, statut migratoire) ;
- facteurs sociaux et économiques :
 - proches et cercle familial (famille, soutien social),
 - situation économique (statut socio-économique, emploi, revenu, dettes, niveau d'éducation) ;
- facteurs sociétaux :
 - politique sociale et économique (inégalités sociales, services sociaux, politiques de l'emploi, crèches et écoles, autodétermination),
 - environnement et infrastructures (infrastructures, exposition à la violence et à la criminalité, sécurité et confiance dans le quartier, nature),
 - culture (stigmatisation, croyances culturelles).

Chacun de ces facteurs peut interagir avec les autres. Le Minds indique que cette interdépendance rend complexe l'identification de l'impact de chaque facteur, mais que certains « sortent du lot tant leur impact est important ». Il s'agit du genre de la personne, des expériences négatives dans la petite enfance, du soutien social, du statut socio-économique, de l'exposition à la violence et de la sécurité perçue au sein de son quartier.

Un certain nombre de ces déterminants n'étant pas liés aux caractéristiques individuelles de la personne, il est possible d'agir dans des démarches de prévention et de promotion de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé (74, 75).

4.1.2. L'action sur les déterminants de santé et la grande précarité

L'une des plus fortes inégalités de santé en France est celle de l'espérance de vie. L'âge moyen au décès a été estimé à 48 ans pour les personnes sans domicile (79). Pour rappel, en population générale en France, l'espérance de vie est de 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes (80).

Plusieurs articles du corpus retenu (notamment Magwood, 2019 (81) ; Castillo, 2018 (82) ; Roy 2017 (83) ; Ayteo, 2013 (84)) invitent à prendre en compte les déterminants sociaux de santé dans l'appréhension et l'accompagnement des problématiques des personnes sans domicile avec des troubles psychiques.

En effet, le fait de pouvoir être logé dépend directement des ressources en matière de logement, d'emploi, financières ; mais aussi des lois, de la réglementation, des normes et des infrastructures. Être logé dépend également des capacités « internes » de la personne, comme ses compétences sociales ou ses facultés cognitives.

D'une part, les capacités des personnes sont menacées par les logiques de survie, l'expérience de la violence, l'exclusion sociale, les troubles psychiques et les addictions.

D'autre part, les ressources et opportunités des individus sont limitées par la pauvreté, la stigmatisation, les violences structurelles et les choix de politiques publiques.

Pour agir sur ces logiques délétères, certains leviers se placent du côté des capacités individuelles : c'est l'action des soignants, avec par exemple l'approche par les forces qui favorise l'apprentissage

émotionnel et social ainsi que le sentiment d'auto-efficacité (85), l'ergothérapie qui vise l'amélioration des capacités dans l'environnement (84), ou la réhabilitation psychosociale qui cible le renforcement des habiletés sociales.

Pour autant, une action complémentaire sur les leviers politiques et collectifs est nécessaire pour obtenir la mise à disposition de ressources suffisantes (82) se traduisant par la création d'opportunités pour les personnes (83). Les auteurs prennent divers exemples de déterminants collectifs, tels les effets des politiques économiques sur les revenus ou sur l'exposition à la violence. Ces auteurs appellent de nouvelles politiques qui prennent en compte les déterminants sociaux de la santé mentale et agissent de manière plus précoce, voire préventive (82).

La mise en œuvre de plans d'action coordonnés (facteurs collectifs) est nécessaire, en parallèle de la mobilisation des capacités des personnes (facteurs individuels).

Les approches capacitaires replacent la liberté de choix des personnes concernées à l'intersection de la disponibilité des ressources et des capacités de ces personnes. Les équipes et structures sociales et de santé peuvent avoir un rôle de « médiateurs » ou de « facteurs de conversion » entre les ressources disponibles et la mobilisation des capacités des personnes.

4.2. Les causes du sans-abrisme

4.2.1. Les facteurs individuels

En 2019, la revue systématique de Nilsson a retrouvé 116 études sur les facteurs de risques individuels d'entrée dans le sans-abrisme et 18 études sur les facteurs prédictifs de sortie de cette situation (86). La plupart de ces études ont été conduites en Amérique du Nord (États-Unis et Canada), mais l'Europe est aussi représentée (8 études au Royaume-Uni, 2 au Danemark et en Suisse, 1 en Espagne, en Irlande, et au Portugal), ainsi que l'Australie (2 études).

➔ Les facteurs de risques individuels d'entrée dans le sans-abrisme identifiés sont :

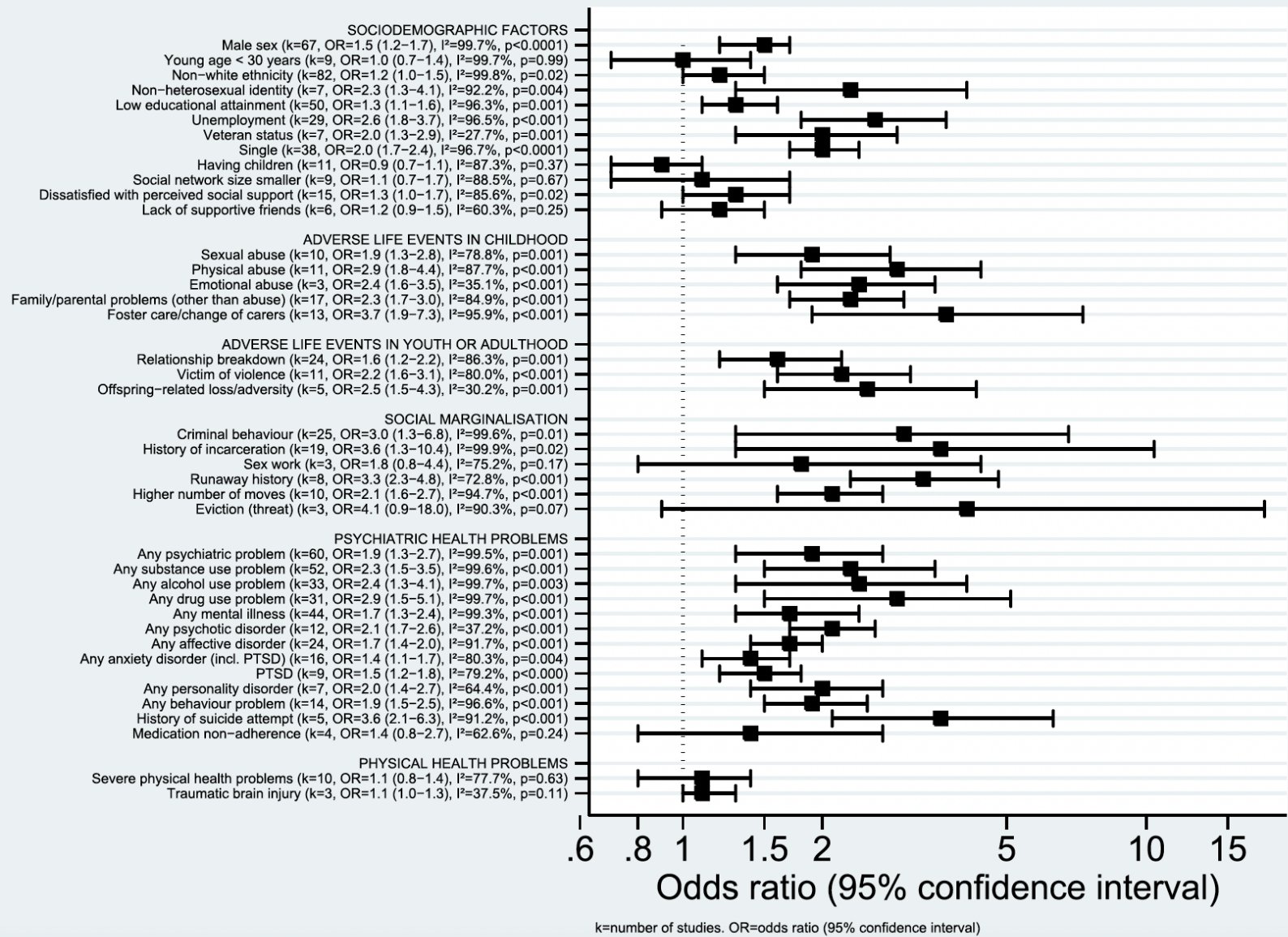
- **socio-démographiques** : être de sexe masculin (OR = 1,5⁶), avoir une identité sexuelle autre qu'hétérosexuelle (OR = 2,3), être sans emploi (OR = 2,6), avoir un faible niveau d'éducation (OR = 1,3), être célibataire (OR = 2,0), être un ancien combattant (OR = 2,0) ;
- **liés aux expériences de vie** : avoir été victime d'abus physiques (OR = 2,9) ; avoir été placé dans l'enfance (OR = 3,7) ; avoir été incarcéré (OR = 3,6) ;
- **relatifs à la santé** : avoir un trouble psychique (OR = 1,9), avoir un trouble lié à l'usage de drogues (OR = 2,9) et avoir des conduites suicidaires (OR = 3,6).

➔ Les facteurs impactant la sortie du sans-abrisme sont :

- être une femme et être en couple. Ces facteurs augmentent les chances de sortir du sans-abrisme ;
- avoir des problèmes relationnels, des troubles psychotiques, ou consommer des drogues. Ces facteurs diminuent les chances de sortir du sans-abrisme.

Les *Odds Ratio* qui permettent d'évaluer le risque d'entrée dans le sans-abrisme sont issus de 41 méta-analyses indépendantes identifiées par Nilsson dans sa revue systématique. La figure ci-dessous reprend les résultats de ces méta-analyses.

⁶ OR : *Odds Ratio* : il permet de mesurer la relation entre deux variables. S'il est différent de 1, il indique une relation (positive ou négative). Par exemple, les deux variables : avoir été placé pendant l'enfance et être sans domicile présentent un *Odds Ratio* de 3,7, parmi les plus élevés, ce qui signifie que la relation entre avoir été placé pendant l'enfance et être sans domicile est forte.



Les données françaises montrent également :

- qu'une part importante des personnes sans domicile a connu des placements (10 %) ou des maltraitances pendant l'enfance (40 %) ;
- qu'une part importante des personnes sans domicile souffre de troubles psychiatriques (31,5 %).

Par ailleurs, les études suggèrent qu'être né à l'étranger, arriver d'une zone de guerre et être arrivé récemment en France sont également des facteurs conduisant au sans-abrisme (18, 28, 34).

4.2.2. Les facteurs structurels

L'importante revue de la littérature de Fazel, en 2014, rappelle que les facteurs structurels du sans-abrisme comportent l'absence de logement abordable, le manque d'opportunité d'emploi et d'assistance financière (87).

Parmi les causes structurelles, l'hypothèse d'un lien entre fermeture des lits d'hospitalisation en psychiatrie (appelée « désinstitutionnalisation ») et augmentation du sans-abrisme est fréquemment évoquée. Ce raisonnement ne semble pas soutenu par les données du corpus.

En effet, la revue systématique de Winkler a étudié les conséquences de la désinstitutionnalisation sur le parcours des personnes, à partir de 171 articles de cohortes. Parmi ces articles, ceux qui rapportent des informations suffisantes sur le devenir des personnes désinstitutionnalisées montrent que le sans-abrisme et l'incarcération sont sporadiques. Les personnes concernées par ces études avaient été hospitalisées de 8 à 37 ans, et 48 à 100 % d'entre elles avaient reçu un diagnostic de schizophrénie.

- 23 études permettent d'identifier la situation de logement des personnes : il n'y a aucun sans domicile dans 15 de ces études (0 %), et 0,6 % à 2 % des personnes suivies ont eu des épisodes de sans-abrisme dans les 8 autres.
- 18 études permettent d'identifier le parcours judiciaire des personnes : il n'y a aucune incarcération dans 11 études (0 %), et 0,3 à 1,6 % des personnes suivies ont été incarcérées dans les 7 autres (88).

4.2.3. Les liens entre le sans-abrisme et d'autres expériences négatives

La revue systématique de Roy portant sur les parcours judiciaires des personnes sans domicile atteintes de troubles psychiatriques sévères a montré, à partir de 15 études (14 américaines et 1 anglaise), que les contacts avec la justice et les comportements délictueux sont plus importants parmi les personnes sans domicile ayant des troubles psychiatriques sévères que parmi les autres. Roy et coll. retrouvent 63 à 90 % d'arrestations vie entière (contre 15 % en population générale), 28 à 80 % de condamnations, et 48 à 67 % d'incarcérations (59).

Le sans-abrisme, la prison, l'usage de substances, le travail du sexe, les troubles psychiatriques sévères et l'usage de substances psychoactives sont autant d'expériences qui ont un impact négatif sur la santé. En cas de co-occurrence de ces expériences, leurs effets se potentialisent. La revue systématique de Tweed a relevé 444 études entre 1998 et 2008 qui étudient ce phénomène. Les combinaisons d'expositions les plus fréquentes sont la prison et l'usage de substances (31 %), ainsi que les troubles psychiatriques sévères et l'usage de substances (27 %). Parmi ces 444 articles, Tweed a inclus 237 articles dans une méta-analyse, qui montre que les expositions multiples sont associées

avec des risques de décès plus élevés : *Hazard Ratio*⁷ = 1,6 (intervalle de confiance (IC)⁸ 95 % : 1,38-1,77) comparativement à une « exposition simple » correspondant à une seule de ces expériences (45).

⁷ *Hazard Ratio* peut être traduit en français par « rapport des risques instantanés ». Il s'approche du risque relatif mais avec une dimension temporelle et est souvent utilisé dans les analyses de mortalité. Un HR supérieur à 1 indique une augmentation du risque. Ici, l'augmentation du risque de décès à tout moment pour les personnes vulnérables cumulant les expositions est de 60 %.

⁸ Les résultats sont des résultats liés à des études. Il s'agit donc de résultats estimés. L'intervalle de confiance de 95 % indique qu'il y a 95 % de probabilités que le résultat réel soit compris dans l'intervalle de confiance. Ici, le résultat de l'étude indique un risque majoré de 1,6, l'intervalle de confiance indique qu'il y a 95 % de probabilité que le risque majoré réel soit compris entre 1,38 et 1,77.

5. L'expérience des personnes (littérature internationale)

Il existe un grand nombre d'études qui interrogent directement l'expérience subjective des personnes sans domicile vivant avec des troubles psychiatriques sévères, et qui permettent d'en décrire les points saillants en partant de leurs propres points de vue. L'argumentaire se fonde en particulier sur trois revues systématiques qui font la synthèse d'études qualitatives réalisées à partir d'entretiens semi-directifs avec des personnes concernées.

- La revue de la littérature de Karadzhev inclut 14 études qualitatives primaires : 6 aux États-Unis, 5 au Canada et 3 en Inde, permettant d'interroger l'expérience de 377 personnes sans domicile entre 1994 et 2017 (89). Les auteurs s'intéressent plus précisément aux stratégies d'adaptation aux troubles psychiques pendant un épisode de sans-abrisme.
- La revue de la littérature d'Omerov inclut 22 études primaires (11 aux États-Unis, 5 au Canada, 2 aux Pays-Bas, 2 au Royaume-Uni, 1 au Bangladesh et 1 en France) : 11 études qualitatives (correspondant à un recueil auprès de 224 personnes sans-abri) et 11 études quantitatives (regroupant les données de 5 366 personnes sans-abri) entre 2008 et 2018 (90). Les auteurs interrogent directement l'expérience des personnes sans domicile et leurs besoins en services sanitaires et sociaux.
- La revue de la littérature de Magwood *et al.* inclut 35 études qualitatives primaires : 14 au Canada, 14 aux États-Unis, 6 au Royaume-Uni et 1 en Australie, permettant de recueillir les expériences de plus de 900 personnes sans-abri entre 1994 et 2019 (81). Son questionnaire concerne l'acceptabilité des interventions sanitaires et sociales pour les personnes sans domicile.

Ces études ont permis d'aborder à la fois l'expérience de la vie sans domicile et celle des services de soins et sociaux existants dans les pays d'enquête. Seule une étude concerne la France. Au regard de leurs besoins et de leurs expériences passées, positives ou négatives, les personnes interviewées sont amenées à formuler des propositions pour des services mieux adaptés.

D'autres revues, et dont le sujet n'est pas systématiquement l'expérience des personnes sans domicile, ou dont la qualité méthodologique est moindre que les revues citées plus haut, ont également été sollicitées pour ce chapitre car elles apportent un éclairage utile sur l'expérience des personnes.

- Une revue systématique, conduite par Reilly *et al.*, se penche spécifiquement sur la stigmatisation des personnes sans domicile et son impact sur la santé et les soins. Les 21 études primaires de cette revue interrogent l'expérience des personnes sans domicile, mais aussi celle de professionnels accompagnant ce public. Parmi les 21 études compilées, 5 sont quantitatives (1 232 participants au total) ou mixtes, et 16 études qualitatives (soit 320 personnes sans domicile et 64 professionnels au total). 8 se déroulent au Canada, 7 aux États-Unis, 3 au Royaume-Uni, 1 en Irlande, 1 en Suède et 1 en Australie (91).
- La revue de Loftus *et al.* (*scoping review*) explore le lien entre insécurité alimentaire et troubles psychiques des personnes sans domicile et retrouve 9 articles publiés entre 2008 et 2018 (8 conduits aux États-Unis ou au Canada et 1 en France). La plupart de ces articles exploitent des données secondaires (92).
- La revue d'Ecker *et al.* (*scoping review*) aborde la question de la sexualité et de l'intimité des personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiatriques sévères (93).
- La revue de Kerman *et al.* est une revue des méthodes d'évaluation de l'utilisation des services par les personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques sévères. Elle intègre

27 études entre 2000 et 2014 : 25 études quantitatives, 1 étude qualitative et 1 étude mixte. 21 études se sont déroulées aux États-Unis, 3 au Canada, 2 en Australie, et 1 au Royaume-Uni (94).

- La revue de littérature de Jago *et al.* réalisée par une équipe française porte sur la prise en charge des personnes sans domicile en soins primaires.
- Plusieurs revues narratives aident à la compréhension du contexte et des situations :
 - la revue de Hwang *et al.* est une revue narrative très vaste qui a permis d'identifier 21 revues de la littérature portant sur des interventions pour améliorer la santé des personnes sans domicile entre 2003 et 2013, puis de rajouter 58 articles pertinents supplémentaires portant sur les interventions destinées aux personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques : 50 articles portent sur des données recueillies aux États-Unis, 3 au Royaume-Uni, 3 en Australie et 2 dans d'autres pays (95) ;
 - la revue de Salize *et al.* s'intéresse à l'offre de services destinés aux personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques. Cette revue narrative porte sur une courte période (2010 à 2012) et survole un grand nombre de questions : épidémiologiques, quantification de l'utilisation des services, soins spécifiques, groupes à risques, et expérience subjective des services, au travers de 36 articles essentiellement américains (quelques articles australiens et européens) (96) ;
 - la revue de Bauer *et al.* porte sur la prise en charge des personnes sans domicile en hôpital général et interroge l'expérience des cliniciens confrontés à la difficulté de comprendre et de prendre en charge les personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiatriques. Il s'agit d'une revue narrative (97) ;
 - la revue de Stovall *et al.* vise à se pencher sur l'enseignement des internes en psychiatrie pour améliorer leurs compétences dans le travail auprès des personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques, dans l'idée d'entraîner une réflexion éthique à partir d'une courte revue narrative et de cas cliniques (98).
- Certaines revues déjà mentionnées dans l'étude des vulnérabilités spécifiques sont mobilisées :
 - la revue de littérature Hodgson sur la santé mentale des jeunes (48) ;
 - la revue narrative de Winiarski qui porte sur les besoins en santé mentale des jeunes (16-25 ans) sans domicile (50) ;
 - les revues de littérature sur les femmes sans-abris Bassuk et Duke (52, 53) ;
 - la revue systématique de Roy, déjà mentionnée pour son étude des parcours judiciaires des personnes sans domicile ayant des troubles psychiques, qui s'intéresse également à leur exposition à la violence (victimisation) et retrouve 6 études, toutes américaines, quantifiant ce phénomène (59, 83).

5.1. Expérience de la survie face aux besoins vitaux

L'expérience du sans-abrisme est décrite par ces articles comme une expérience de la survie, où les personnes sans domicile sont confrontées à une lutte quotidienne pour la préservation de soi (89). Les auteurs invitent à considérer les personnes sans domicile comme des survivantes, et non comme des victimes. L'expérience conjointe du sans-abrisme et des troubles psychiatriques sévères constitue un cumul de difficultés face auquel il est nécessaire de s'adapter. Cette exigence d'adaptation mobilise des ressources internes (comme le temps ou l'attention) au détriment de leur mobilisation pour s'adapter aux symptômes (89).

Dans ce contexte particulièrement menaçant, les personnes sans domicile peuvent être amenées à échanger des services sexuels contre des produits de première nécessité : hébergement, nourriture (93).

En effet, de nombreuses études montrent que les besoins fondamentaux des personnes sans domicile ne sont pas satisfaits. Ceci est bien décrit dans la revue de la littérature d'Omerov (90), qui retient 4 thèmes :

- **la difficulté des personnes pour satisfaire des besoins vitaux ;**
- **la difficulté pour satisfaire des besoins liés aux soins ;**
- **le manque de ressources pour accéder aux soins ;**
- **les besoins sociaux non satisfaits.**

5.1.1. La difficulté des personnes pour satisfaire des besoins vitaux

Onze études décrivent l'expérience du manque d'eau, de nourriture, de sécurité, d'hygiène, de protection face à des intempéries et l'incapacité à trouver une réponse adéquate dans l'environnement (90).

Une revue consacrée à l'alimentation des personnes sans domicile a montré que le sans-abrisme impacte négativement la sécurité alimentaire, la qualité du régime alimentaire et la nutrition. Les personnes sans domicile en insécurité alimentaire ont plus de symptômes dépressifs. Un score plus faible est prédictif d'une hospitalisation. La consommation d'aliments transformés est à l'origine de carences alimentaires et favorise le développement de troubles psychiques (Loftus, 2021) (92). Par ailleurs, il existe un lien en population générale entre sévérité de l'insécurité alimentaire et dépression/anxiété/troubles de l'humeur/suicide, lien bidirectionnel.

5.1.2. La difficulté pour satisfaire des besoins liés aux soins

Treize études décrivent ces besoins, en particulier liés aux soins dentaires, post-chirurgicaux, ou à la santé des femmes. Les personnes injectrices de drogues rencontrent des difficultés encore plus importantes. Les hébergements ayant une dimension sanitaire sont identifiés comme utiles (90).

5.1.3. Le manque de ressources pour accéder aux soins

Douze études décrivent les obstacles liés à des problèmes d'assurance maladie, de moyens d'identification administrative, de capacité à être contacté (mail et téléphone), ou de transports (90).

Des stratégies d'adaptation à ces problèmes sont également décrites par les personnes concernées, par exemple le fait de masquer ou de distordre certaines informations, d'usurper une identité, de modifier les doses prescrites, d'aller en prison pour accéder à des ressources, ou essayer de masquer ses troubles psychiques pour ne pas être suivi (90).

5.1.4. Les besoins sociaux non satisfaits

Sept études décrivent le manque de soutien social et de réseaux des personnes sans domicile. Elles soulignent aussi l'importance pour les personnes concernées de la sécurité et de l'intimité dans les hébergements (90).

La hiérarchie des besoins est à l'origine de renoncements : les personnes négligent leur prise en charge sanitaire et sociale du fait de la nécessité impérieuse des besoins liés à leur survie (90). La revue de Bauer en 2013 montre que les personnes peuvent être étiquetées comme « non compliantes » par les professionnels de santé, notamment à l'hôpital alors que leur comportement est lié à la nécessité de trouver de l'argent pour se nourrir ou de conserver leur place dans un squat par exemple (97).

5.2. Expérience de la violence et besoin de sécurité, de compréhension des traumatismes vécus

La prévalence particulièrement élevée des troubles de stress post-traumatique parmi les personnes sans domicile a été rappelée ci-dessus. Au-delà d'un TSPT caractérisé, de nombreux auteurs rappellent que l'expérience des personnes sans domicile est liée de manière exceptionnellement forte à la violence et au traumatisme, que ce soit avant ou pendant et à cause du sans-abrisme (50, 52, 53, 81, 97). Parmi les personnes sans domicile, les traumatismes sont la règle, et non l'exception. Les femmes sont particulièrement concernées (52), ainsi que les personnes transgenres (93). Parmi ceux qui ont des troubles psychiques, une revue systématique retrouve 73,7 % à 87 % de victimisation vie entière, à partir de 6 articles (Roy, 2014) (59).

Les troubles psychiques sont exacerbés par le cycle violence/pauvreté, ce qui entraîne des besoins accrus de sécurité personnelle et de stabilité.

De plus, être sans domicile est un facteur de stress pouvant entraîner des réactivations traumatiques.

La violence « structurelle » des services, avec leurs organisations discriminatoires (par exemple : critères pour accéder aux services) et les systèmes de contrôle et de domination qu'ils mettent en place, est **une violence supplémentaire expérimentée par les personnes** (Magwood 2019) (81).

Or, la violence et le traumatisme ont un fort impact sur les stratégies d'adaptation et le développement de la personne, et sur les relations avec les autres. Il est ainsi difficile pour les personnes ayant des traumatismes de faire confiance à autrui, de réguler leurs émotions ou de se positionner dans les rapports de pouvoir. Il peut y avoir plus de rendez-vous manqués, plus d'agressivité, et un besoin de sécurité plus important.

Selon l'analyse de 35 articles primaires au sein de la revue Magwood, compilant les entretiens de plus de 900 personnes sans domicile, du point de vue des personnes concernées (81), l'acceptabilité des interventions est liée à leur capacité à :

- générer un sentiment de stabilité, de sécurité et à constituer un climat dénué de violence ;
- instaurer des relations de confiance qui aideront à faire confiance à nouveau à d'autres personnes ;
- proposer de la continuité dans le lien et dans le soin, de la cohérence par opposition à de la fragmentation ;
- promouvoir le pouvoir d'agir des personnes, leurs rôles sociaux (par exemple, rôle de parents), leur autonomie (à l'opposé d'approches infantilisantes qui sont décrites comme délétères) ;
- être sensibles et ouvertes aux questions de genre et de diversité ;
- proposer des solutions de logement.

Ces éléments sont autant de réponses aux besoins de sécurité des personnes victimes de violence (81).

5.3. Expérience de l'exclusion sociale et besoin de relations

L'expérience du sans-abrisme est souvent celle de la perte du lien social, de la désaffiliation et de l'impuissance intériorisée.

Dans ce moment particulier sur le plan des interactions sociales, le soutien des professionnels revêt une importance particulière : pouvoir partager sa vulnérabilité, rire avec les professionnels, entretenir des relations fortes et de confiance sont identifiés comme souteneurs par les personnes concernées (voir paragraphe relations souteneurs) (90).

Favoriser le soutien familial est utile pour les jeunes (48), favoriser le soutien d'un conjoint, la sexualité, car les relations intimes sont valorisées par les personnes sans domicile vivant avec des troubles psychiatriques, est utile (93). Or, l'isolement, les restrictions liées aux institutions et aux hébergements sont autant de barrières aux relations intimes. Les personnes sans domicile qui ont des troubles psychiques peuvent intérioriser de manière plus importante le stigma et douter d'elles-mêmes, et peuvent présenter des dysfonctions sexuelles du fait des traitements. Les symptômes psychiatriques peuvent augmenter les prises de risques sexuels. Nier la sexualité renforce le stigma et les restrictions renforcent l'idée que la sexualité est négative (93).

5.4. Stigmatisation et besoin liés à la représentation de soi

La revue systématique de Karadzov (89) incluant 35 études primaires conduites dans des pays industrialisés auprès des personnes sans domicile montre que ces dernières sont régulièrement stigmatisées, déshumanisées et exclues du fait de leur expérience. Cette revue lie ce phénomène avec celui de la réticence des personnes sans domicile à accepter des interventions.

La revue de Magwood (81), plus ciblée sur les personnes sans domicile atteintes de troubles psychiatriques, met en évidence l'omniprésence d'une stigmatisation complexe et qui a un impact sur l'adaptation. Les jeunes se sentent particulièrement stigmatisés du fait de leur santé mentale, stigmatisation associée à une plus faible estime de soi et à un sentiment d'échec (81).

Le besoin d'identification positive a d'autant plus de sens dans ce contexte, tout comme le soutien par les pairs-aidants, décrit comme propice au développement de relations, à l'engagement dans le traitement. L'implication des personnes concernées dans la conception, la délivrance et l'évaluation des services est également souhaitée (81). La rencontre avec un pair-aidant est encore plus importante pour les jeunes (48).

Pour Karadzov, les stratégies d'adaptation efficaces s'ancrent dans des motivations personnelles puissantes, comme le souhait de se reconnecter avec sa « vérité » personnelle, de renouer avec la communauté ou de restaurer sa dignité (6 études), ainsi que la recherche de sens, qui existe en dépit des stressors nombreux auxquels sont exposées les personnes (4 études) (89). Les personnes concernées apprécient de pouvoir prendre un temps de réflexion et d'introspection. La foi et la spiritualité sont intégrées à cette quête de sens.

5.5. L'accès aux services des personnes sans domicile

5.5.1. Les freins à l'accès aux services

La revue Kerman montre que les personnes sans domicile sont d'importantes consommatrices de services, en particulier hospitaliers (94)⁹.

Pourtant, il existe une inadéquation fondamentale entre la structure et l'objectif des soins hospitaliers d'une part, et les réalités cliniques et psychosociales des personnes sans domicile d'autre part, comme l'indique Bauer dans son étude de l'accueil des sans-domiciles à l'hôpital (97).

Au-delà de l'hôpital, le même constat est dressé sur les services destinés aux personnes sans domicile atteintes de troubles psychiatriques : beaucoup d'entre eux ne permettent actuellement pas de répondre aux nombreux besoins de ce public (81, 90, 94, 95, 97).

Les trois revues systématiques qui partent de l'expérience subjective des personnes sans domicile (81, 89, 90) décrivent :

- des barrières structurelles et d'organisation ;
- des services stigmatisants ;
- des relations de soin non aidantes ;
- des services non adaptés et un manque de ressources.

La section suivante présente les constats de ces trois revues. D'autres articles, de moindre qualité méthodologique, sont mobilisés lorsque leurs résultats permettent d'enrichir les constats.

5.5.1.1. Des barrières structurelles et d'organisation

À partir de leurs expériences, les personnes sans domicile jugent les services déconnectés les uns des autres, difficiles d'accès (éloignés), peu flexibles et compliqués (90). L'excès de bureaucratie, les horaires inadaptés et les services saturés constituent autant d'obstacles pour cette population. Le fait de pouvoir choisir entre plusieurs services est valorisé par les personnes sans domicile, quand le fait de ne pas avoir le choix suscite d'emblée de la méfiance.

L'inclusion des usagers dans la conception ou l'évaluation des services est extrêmement rare, alors que celle-ci pourrait permettre une amélioration de ces services.

5.5.1.2. Des services stigmatisants

Les personnes sans domicile rapportent de nombreuses expériences stigmatisantes et discriminatoires vécues au cours de leur fréquentation des services. Celles-ci sont en particulier décrites dans la revue systématique d'Omerov, à partir de 8 études primaires : paternalisme, vécu d'humiliations, sentiment de ne pas être traité comme une personne avec des besoins singuliers ou de recevoir des soins de moins bonne qualité, manque de respect des droits et de la liberté de la personne (90). La discrimination, le manque de respect et la stigmatisation ressentis par les personnes dans leur expérience des soins ont un fort impact négatif dans l'accès aux soins.

⁹ 46 publications entre 2000 et 2014, pour 27 études, concluent que des services de logement et de santé intégrés sont nécessaires pour répondre aux besoins complexes des personnes sans-abri vivant avec des troubles psychiatriques (94). Dans ces études, l'utilisation des services est surtout mesurée, pas expliquée, et elles sont centrées sur les services hospitaliers coûteux plus que sur les services communautaires ou sociaux. Les changements et failles dans le système sont à l'origine des schémas observés. Plus d'utilisation des services conduit à plus d'efficacité (94).

Reilly synthétise les expériences de stigmatisation et de discriminations vécues par les personnes sans domicile :

- se sentir déshumanisé ;
- se sentir diminué dans les rapports de pouvoir entre usager et professionnel ;
- internaliser le stigma et/ou anticiper une discrimination : susceptible d'entraîner un évitement des services (auto-exclusion) (91).

5.5.1.3. Des relations de soin non aidantes

Celles-ci sont décrites dans une revue systématique, à partir de 10 études dans la revue Omerov : un manque d'empathie, de compréhension. Les personnes rapportent se sentir jugées, invisibles. Elles sentent qu'elles suscitent de la méfiance et qu'elles ne sont pas bien accueillies. Elles rapportent un manque d'attention à leurs problèmes médicaux, des promesses déçues ou des parcours proposés qui manquent de cohérence avec la réalité des besoins (perte de liberté, droits bafoués) (90).

Comme le montrent les revues narratives de Stovall et Bauer du point de vue médical, certains professionnels sont eux-mêmes parfaitement conscients des enjeux d'une relation de qualité avec les personnes sans domicile ayant des troubles psychiatriques (97, 98).

5.5.1.4. Des services non adaptés et un manque de ressources

Les services de santé (en particulier les services hospitaliers) apparaissent comme :

- essentiellement à visée biomédicale, quand les besoins psychosociaux sont essentiels (90, 97) ;
- offrant des soins de moins bonne qualité (90, 97) ;
- dénués de ressources adaptées pour répondre aux besoins fondamentaux des personnes en grande précarité, décrits plus haut.

Cette organisation des services est à l'origine d'un niveau de satisfaction très faible des usagers, et génère de la méfiance, pouvant conduire à une réticence des personnes sans domicile vis-à-vis des dispositifs (97).

Les professionnels ressentent d'autant plus d'impuissance qu'ils ont conscience de ne pas être en mesure de répondre seuls aux besoins des personnes, et qu'ils ne peuvent avoir recours à des services adaptés (97).

5.5.2. Les leviers à l'accès aux services, du point de vue des personnes

Les études donnent également des préconisations quant à la manière dont les services doivent s'adapter pour relever ce défi, et ce, très majoritairement à partir du vécu des personnes concernées :

- des équipes multiprofessionnelles, flexibles, centrées sur les personnes et pouvant répondre à des besoins complexes (99) ;
- des services intégrés permettant une approche globale ;
- un accompagnement à long terme, aussi longtemps que nécessaire ;
- une flexibilité, avec par exemple un accueil sans rendez-vous, des équipes mobiles pouvant répondre à des besoins primaires (nourriture, mais aussi chaussettes, déodorant, etc.) ;

- à l'inverse, les auteurs soulignent l'importance d'éviter que les services soient stigmatisants, compliqués, rigides (95) ;
- l'élaboration des services avec les personnes concernées, en réfléchissant sur la lutte contre la stigmatisation (96) ;
- une attitude soutenante de la part des professionnels (69) ;
 - la revue de la littérature Omerov a décrit cette attitude à partir de 7 études impliquant des personnes concernées. Celles-ci valorisent le fait de prendre le temps d'écouter, de se souvenir des détails de vie, de s'adapter aux besoins exprimés. Les personnes concernées mettent en évidence l'importance de se sentir bienvenues, de participer aux décisions, et de ressentir que les professionnels leur font confiance. L'engagement des professionnels et une relation forte avec ceux-ci sont recherchés et considérés comme particulièrement aidants (90) ;
- des services qui intègrent des interventions non médicamenteuses et psychosociales (90, 97) ;
- des diagnostics rigoureux, avec une évaluation et un accompagnement personnalisés (90, 97, 99) ;
- des services qui proposent des ressources adaptées (par exemple, opportunités d'hébergement ou de logement), de manière à améliorer la confiance, la satisfaction et l'efficacité (59).

La continuité et l'engagement sont valorisés par les personnes sans domicile, qui jugent négativement les changements trop fréquents d'intervenants (81). La familiarité avec un professionnel et l'engagement sur le temps apparaissent fondamentaux.

Les études montrent que les relations avec les professionnels sont particulièrement importantes pendant la période de sans-abrisme, qui est associée à une réduction du réseau social. La revue systématique Omerov identifie 7 études qui définissent les relations soutenantes du point de vue des personnes. Ces dernières valorisent les relations fortes dans un moment où les relations avec autrui sont souvent bien moins nombreuses et/ou de plus mauvaise qualité. Elles valorisent également chez l'accompagnant le fait de prendre le temps d'écouter, de s'adapter aux besoins, d'ouvrir les opportunités d'hébergement. Elles soulignent l'importance de se sentir bienvenus, de sentir la confiance, de pouvoir partager sa vulnérabilité et de rire avec les professionnels (90). Se sentir respecté a un fort impact positif.

Ces principes peuvent être mis en pratique par tous types de professionnels : soignants (médecins, psychiatres, addictologues ou généralistes, infirmiers, aides-soignants), travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, assistants de service social, conseillers en économie sociale familiale, délégués à la tutelle), pairs-aidants. Bénévoles et citoyens peuvent également s'emparer de ces principes (90).

À l'inverse, stigmatisation et discrimination ont un fort impact négatif : les personnes sans domicile qui ont des troubles psychiques identifient en particulier comme stigmatisants les attitudes paternalistes, les humiliations, le fait de ne pas être traitées comme des personnes singulières, le non-respect des droits.

Les relations qui ne sont pas aidantes sont celles qui manquent d'empathie, de compréhension (se sentir jugé, invisible ; ne pas se sentir bien accueilli quand on vient chercher des soins).

6. La situation française : constats sur les expériences des personnes et les barrières à l'accès aux droits et services, préconisations sur l'accès

6.1. Introduction : en France, des constats généraux cohérents avec les résultats issus de l'expérience internationale

Pour rappel, l'analyse de la situation française s'est appuyée sur :

- une littérature plus diverse que la littérature internationale ;
- des entretiens et des visites sur site ;
- l'expertise du groupe de travail.

Malgré des sources très différentes, les constats sont convergents avec les résultats issus de l'analyse de la littérature internationale.

La documentation étudiée, les entretiens réalisés et les constats posés par le groupe de travail soulignent la complexité des situations des personnes cumulant les vulnérabilités et des problèmes sociaux, administratifs, somatiques et de santé mentale interdépendants :

- les situations sont en grande partie déterminées par certains facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux (politiques nationales, protection sociale, niveau de vie, état du marché du logement, état du marché de l'emploi, phénomènes de migrations internationales) (77) qui dépassent le champ de compétences et d'action des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- les différentes dimensions sont intriquées : la précarisation a un impact sur la santé mentale des personnes ; les troubles mentaux contribuent à faire basculer les individus et leurs familles dans la pauvreté (77) ; et les personnes à la rue peuvent cumuler troubles psychiques, addictions et situation administrative incomplète ;
- les réponses sont encore trop souvent construites en silos, ne permettant ni une réponse globale aux besoins des personnes ni même une réponse à leurs besoins fondamentaux (nourriture, logement, accès à l'hygiène, accès aux soins de santé somatique et psychique urgents et pour les personnes présentant des addictions l'alcool et/ou le tabac et/ou les traitements de substitution (100)) ;
- les personnes ne sont pas toujours en mesure de formuler une demande d'aide ou de soins, voire ont des craintes par rapport aux dispositifs.

L'état des lieux des pratiques par les professionnels et les personnes concernées fait apparaître des dysfonctionnements qui freinent l'accès aux soins, aux droits, au logement et aux prestations sociales des personnes très précaires ayant des troubles psychiques :

- des personnes confrontées à des dispositifs de soins et d'aide aux portes fermées pour diverses raisons (situation administrative incomplète, manque d'adhésion aux soins, consommations de substances psychoactives, organisation trop rigide pour s'adapter à leurs besoins et à leur temporalité propre...) ; avec le paradoxe relevé par beaucoup que pèsent sur les personnes précaires des exigences (administratives, en matière de conduite individuelle, de

consommation de substances, etc.) qui ne sont pas imposées au reste de la population et qui sont des motifs de renoncement aux droits et aux soins (101) ;

- des personnes dont les parcours sont marqués par des ruptures dans le soin et dans l'accompagnement vécues comme de nouvelles « cassures » (refus de soins, sorties d'hospitalisation sans suivi, saturation des dispositifs, absence d'interprétariat, par exemple) ;
- des personnes qui peuvent souhaiter ne pas être connues des dispositifs. Il peut s'agir de personnes sous contrainte ou menace de tiers, ou de personnes ayant eu des expériences vécues comme désastreuses avec le système de soin ou d'hébergement et aux yeux desquelles l'anonymat apparaît comme la seule solution rationnelle ;
- des professionnels (intervenants sociaux, bailleurs, médecins généralistes...) laissés seuls face à des personnes en situation de détresse, sans recours et appui des autres intervenants ;
- des équipes de psychiatrie devant faire face avec des moyens limités à une demande grandissante de soins psychiatriques et ayant le sentiment que les orientations en psychiatrie et les demandes d'hospitalisation sont parfois utilisées comme ultime recours pour traiter des situations considérées comme « impossibles ».

Face à la complexité de ces situations, les professionnels peuvent parfois céder à un sentiment d'impuissance conduisant parfois à un évitement (ce que beaucoup ont nommé la stratégie de la « patate chaude »).

En réponse, les personnes concernées peuvent également céder à un sentiment d'impuissance et de découragement conduisant à une non-demande et à un rejet de l'aide proposée.

Face à ces situations, les premières recommandations du groupe de travail pointent la nécessité d'une application du droit et d'un effort renouvelé pour faciliter l'accès aux droits existants, y compris d'accès à la santé des personnes concernées.

6.2. Des coopérations difficiles et une organisation structurée en silos

6.2.1. Les données de la littérature et du recueil de pratiques

Les éléments de la littérature montrent que les organisations proposant des services intégrés sont plus opérantes pour répondre aux besoins des personnes sans domicile en souffrance psychique (voir chapitre 8 sur les interventions).

Or, l'organisation française est encore trop souvent structurée en silos, ce qui permet difficilement de répondre à la globalité des besoins des personnes. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs (pouvoirs publics, acteurs du soin et de l'accompagnement, personnes concernées). Il est également pointé dans plusieurs rapports et études (102, 103). Cette organisation en silos et ce cloisonnement existent à tous les niveaux de la prise en charge.

Il existe une insuffisance de coordination **au niveau de l'État** entre le ministère de la Santé et les autres ministères (Intérieur, Justice...) et entre l'administration centrale de la santé et celle de l'action sociale et médico-sociale. Les rapports et études appellent à une coordination renforcée entre les administrations centrales et à la mise en place d'une politique interministérielle appuyée sur une approche des déterminants sociaux de santé, intégrant la question du logement (103).

Cette insuffisance de coordination se retrouve **au niveau des organisations territoriales**, le cloisonnement institutionnel ne facilitant pas l'émergence de projets transversaux proposant un accompagnement répondant à l'ensemble des besoins des personnes (102) :

- la coordination institutionnelle n'est pas inscrite dans les missions réglementaires des différentes institutions ;
- la réorganisation des responsabilités au niveau territorial (agences régionales de santé (ARS) et directions régionales de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS)) a accentué cette difficulté au niveau local ;
- les ARS comme les DREETS subissent depuis 10 ans des pertes d'effectifs, ce qui ne simplifie pas la coordination.

Les coopérations existent mais sont souvent au cas par cas. Ainsi, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « public en difficultés spécifiques » (financement des lits halte-soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)...) prévoit une réunion commune de répartition des places et des crédits.

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a cependant montré que les articulations étaient possibles, le préfet organisant les coopérations. Un travail de coordination fort a pu être mis en place, les mesures du « Ségur »¹⁰ ont permis de débloquent des moyens importants.

Les coopérations territoriales **entre les acteurs de la santé, du social et du médico-social** restent difficiles. Une étude portant sur la problématique des ruptures résidentielles dans les parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques ainsi que sur les manquements et pistes d'amélioration possibles relève ainsi une méconnaissance et une incompréhension mutuelle entre les acteurs. Le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) exprime une forme d'incompréhension, voire un jugement sévère sur les modalités d'intervention de la psychiatrie et notamment sur le fait que la psychiatrie n'intervient quasiment qu'en urgence absolue, et se plaint de la difficulté à construire des partenariats. Les professionnels de la psychiatrie estiment eux recevoir des demandes de prise en charge inappropriées. Les hospitalisations ont donc souvent lieu en urgence, les sorties ne sont pas toujours anticipées, mais par ailleurs, lorsque les personnes sont hospitalisées trop longtemps, elles sont susceptibles de perdre leur hébergement (102, 104).

Les acteurs rencontrés pendant la phase de cadrage et lors des visites de site indiquent par ailleurs que lorsqu'ils développent des projets co-portés proposant une réponse intégrée santé et social, ce cloisonnement entraîne une complexité administrative importante dans le montage et le suivi du projet, y compris sur le volet financier.

6.2.2. Avis du groupe de travail

Les membres du groupe de travail partagent le constat d'une complexité des relations DREETS/ARS et des différents secteurs d'une manière générale.

Le groupe de travail souhaite insister sur la nécessité de disposer de moyens pérennes et suffisants pour installer des réponses coordonnées. Le manque de ressources, de temps et de professionnels qualifiés, en particulier au sein des services dits de « droit commun », explique en grande partie l'inadéquation entre l'offre sanitaire et sociale et les besoins des personnes concernées.

¹⁰ Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre en charge des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales des professions de santé. Ils marquent l'issue d'une concertation entre le gouvernement et les partenaires sociaux dans le champ de la santé à l'occasion de la crise sanitaire de la Covid-19.

Les services ne sont pas en mesure de mettre en place des démarches d'« aller vers », de réserver des créneaux sans rendez-vous ni de prendre le temps nécessaire pour créer du lien avec les personnes et avec les autres acteurs.

Quant aux services ayant une approche globale, intégrant par exemple le logement, ils sont en nombre insuffisant. Les logements abordables sont eux-mêmes en nombre insuffisant.

Lorsque des moyens sont mis à disposition, il y a un risque d'émiettement et de perte d'efficacité s'ils ne sont pas coordonnés. Créer des réponses spécifiques pour des problématiques spécifiques participe à l'émiettement de l'offre, son manque de lisibilité et, *in fine*, à l'exclusion de certains publics.

D'une manière générale, les recommandations devront rappeler que les équipes de santé et sociales ne sont pas seules « responsables » des parcours des personnes en grande précarité et qu'il existe une responsabilité de la collectivité avec des valeurs de solidarité et de fraternité à mettre en œuvre.

Le groupe de travail souhaite adresser une partie des recommandations aux décideurs publics, nationaux et locaux, car l'organisation des politiques publiques et les moyens disponibles impactent fortement les possibilités d'action des acteurs. Si les professionnels peuvent et doivent faire évoluer leurs pratiques, il est également indispensable de leur proposer un cadre institutionnel au sein duquel ils puissent agir.

Même s'il n'est pas totalement transposable (notamment parce que ni le nombre de personnes en situation administrative complexe, ni le marché du logement ne sont comparables), le groupe de travail a souhaité présenter le modèle finlandais, qui développe une politique publique volontariste et intégrée en direction des publics en situation de grande précarité.

Une politique publique en direction des publics en situation de grande précarité : l'exemple finlandais

Le groupe de travail a souhaité présenter la politique de lutte contre le sans-abrisme de la Finlande car les données de la littérature internationale sont souvent essentiellement nord-américaines. Les approches globales évaluées dans la littérature peuvent poser la question de la transférabilité dans les pays européens. La politique finlandaise de lutte contre le sans-abrisme est un exemple de politique publique intégrée au niveau national et contractualisée sur les territoires. Le contexte français n'est pas identique, notamment le nombre de personnes migrantes en situation administrative incomplète est largement supérieur et la question de la saturation de l'offre de logement ne se pose pas de la même façon en Finlande. Cependant, la politique finlandaise de lutte contre le sans-abrisme, coordonnée et volontariste, a permis une baisse significative du nombre de personnes sans domicile, y compris pour les personnes présentant des troubles psychiques et/ou des addictions.

La politique de lutte contre le sans-abrisme finlandaise est une approche très pragmatique, proche des principes du programme « *Housing First* » porté fortement par l'État et les acteurs locaux (municipalités, organisations non gouvernementales).

Historique

Lutter contre le sans-abrisme est une priorité pour les autorités finlandaises depuis les années 1980. Dès 1985, des municipalités et les principales organisations non gouvernementales (ONG) fondent la Y-Foundation pour mettre un terme au sans-abrisme. Cette fondation va acquérir des logements pour les louer avec des baux de droit commun aux personnes sans domicile. De 17 000 en 1987, le nombre de personnes sans domicile va diminuer pour stagner à partir de 2004 entre 7 500 et 8 000. Si ces premiers programmes ont donné des résultats probants, ils n'ont pas permis d'apporter des réponses à l'ensemble des personnes en situation de sans-abrisme et particulièrement à celles en

situation de sans-abrisme de longue durée, notamment car une part d'entre elles présentaient des problématiques intriquées de santé mentale et d'addictions.

En 2007, un « groupe des sages » présente au nom du ministère de l'Environnement un rapport proposant un programme visant à l'éradication du sans-abrisme (réduction de 50 % à l'horizon 2011 et éradication à l'horizon 2015). Un groupe de travail développe les grands principes et lignes directrices du programme et celui-ci est adopté en février 2008 par le gouvernement finlandais.

Principes et modalités du programme

Le programme se caractérise par deux principes directeurs :

- un logement de droit commun avec un bail au nom de la personne ;
- un accompagnement non limité dans le temps lorsque la personne le souhaite.

Le modèle finlandais partage avec les programmes « *Housing First* » des principes fondamentaux :

- le logement est un droit humain ;
- les personnes ont le droit de choisir le logement qui leur convient ;
- le logement et l'accompagnement ne sont pas liés ;
- l'accompagnement est orienté « rétablissement » (*recovery*) : primauté des choix et aspirations de la personne, approche des soins et de l'accompagnement centrée sur la personne ;
- l'accompagnement s'appuie sur une approche de réduction des risques et des dommages.

Il se distingue cependant du modèle « *Housing First* » en proposant un nombre important de logements en collectif et semi-collectif, notamment pour les « sans-abris chroniques ». Ces logements ont été construits à la suite de la mise en place d'un plan de transformation des dortoirs et hébergements en logements autonomes de droit commun.

En plus de l'objectif de diminution du nombre de personnes sans domicile, ce programme propose un axe préventif appuyé sur des objectifs chiffrés, qualitatifs et territoriaux concernant :

- l'abandon des hébergements et la création d'unités résidentielles permettant une vie autonome. Des financements importants sont prévus pour la rénovation et la reconversion des hébergements ;
- l'identification de groupes cibles pour le développement de stratégies de prévention : jeunes, sortants de prison et personnes menacées d'expulsion.

Le ministère de l'Environnement chargé de la politique du logement est le pilote de la mise en œuvre du projet. Il coordonne les acteurs au niveau national en articulant les actions du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de la Justice, des organismes responsables des services de logement et des organismes en charge de la réponse pénale. Il coordonne également les actions avec l'échelon territorial via des lettres d'intention. Ces lettres fixent par municipalité concernée des objectifs en termes de création de logements. Le financement des constructions et de l'accompagnement est également contractualisé, il est porté par l'État, les municipalités et l'association finlandaise des machines à sous.

Cette stratégie nationale intégrée, assortie d'une méthode et d'un plan de mise en œuvre très concrets, a permis un développement national du modèle et une transformation rapide des organisations et des services. Le nombre de personnes sans logement personnel en Finlande a décru significativement, elles sont aux alentours de 4 000 en 2022 (105, 106).

6.3. Un retour au droit commun mis en difficulté

6.3.1. Les données de la littérature et du recueil de pratiques

En France, les dispositifs spécifiques d'hébergement, de logement ou de soins pour les personnes sans domicile ont pour vocation de permettre le retour dans le droit commun. Mais ce retour au droit commun reste difficile.

Concernant la sortie des dispositifs accueil, hébergement, insertion (AHI), nous ne disposons pas d'évaluation nationale, mais les rapports nationaux pointent le fait que le dispositif en « escalier » qui consisterait à entrer dans de l'hébergement d'urgence puis à accéder à de l'hébergement d'insertion puis à du logement, ne fonctionne pas et qu'il contribue à exclure une partie de la population sans domicile, et notamment celle cumulant les vulnérabilités (101, 103, 107).

Concernant l'accès aux dispositifs de santé de droit commun, une étude observationnelle transversale recensant l'état des lieux des pratiques d'orientation des patients par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) vers le système de santé de droit commun (108) indique qu'il existe une grande hétérogénéité des pratiques d'orientation. Un tiers des PASS n'ont pas connaissance de l'ouverture des droits de leurs patients et l'orientation de patients ayant des droits ouverts n'est systématique que pour 33 % des PASS. Lorsqu'une procédure d'accompagnement du patient vers les soins de ville est mise en place, cela permet une connaissance de l'ouverture des droits et une orientation optimisée. Mais de telles procédures sont rarement mises en place. Par ailleurs, les auteurs constatent de nombreux retours des patients vers les PASS. Ils concluent à la nécessité d'une rationalisation des pratiques de sortie du dispositif pour permettre une intégration plus efficiente du patient dans les soins de ville et soins primaires et proposent un renforcement du travail en réseau avec les soins de ville pour anticiper la suite de la prise en charge.

Concernant l'accès aux dispositifs de santé mentale de droit commun ; le rapport d'évaluation des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), réalisé par le cabinet Itinere à la demande de la DGOS (sur les missions des EMPP, voir section 8.3.1.1), pointe des difficultés persistantes avec les services de soins, y compris au sein de leur établissement de rattachement : « Les EMPP souffrent parfois de relations compliquées avec les services de leur établissement de santé de rattachement. » Le volet qualitatif du rapport pointe la difficulté à rencontrer les professionnels des centres médico-psychologiques (CMP) et des autres structures ambulatoires de secteur et note également des situations de tensions entre l'EMPP et l'établissement de rattachement. Les échanges d'informations sont parfois peu fluides et certaines EMPP ne sont pas mobilisées pour préparer les sorties d'hospitalisation ou pour ramener vers les services spécialisés les patients en rupture de soins. Interrogées sur leurs difficultés, les EMPP pointent les relations avec les CMP comme une difficulté majeure, notamment en lien avec les délais de rendez-vous et l'éloignement géographique de certains CMP, conséquence des règles de sectorisation définies pour les personnes sans domicile (109).

Pour ramener les personnes vers le droit commun pour les soins psychiatriques, des mesures ont été mises en place dans certains secteurs de psychiatrie :

- des professionnels (infirmiers, psychologues en particulier) sont à temps partiel en EMPP et à temps partiel sur le secteur (système préconisé par la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n° 2005-521 du 23 novembre 2005). Ce système est générateur de lien, mais il existe un risque que ces professionnels deviennent les référents « précarité » du secteur psychiatrique de rattachement, les personnes en situation de grande précarité leur étant systématiquement adressées. Par ailleurs, lorsque ces professionnels exercent sur un secteur au sein duquel il y a un manque de professionnels soignants, ils peuvent être rappelés sur leur secteur d'origine au détriment de l'EMPP ;

- certaines EMPP proposent des consultations avancées, sans rendez-vous, dans les CMP des secteurs.

6.3.2. Avis du groupe de travail

Des échanges ont eu lieu dans le groupe de travail sur la nécessité ou non d'accompagner les personnes vers le droit commun.

Le groupe souhaite que le droit commun soit sollicité autant que possible. Mais les professionnels des EMPP qui ont cette mission de « ramener vers » sont parfois en grande difficulté pour trouver des relais dans le droit commun (accès au logement, aux droits, à des ressources ou à l'emploi, au système sanitaire et social, accès aux ressources primaires : alimentation, eau ou produits d'hygiène). Le groupe fait le constat d'une mauvaise adaptation des dispositifs aux besoins nombreux et variés des personnes concernées.

Le groupe de travail s'accorde sur la nécessité de sensibiliser les professionnels des structures ambulatoires des secteurs psychiatriques, en particulier les centres médico-psychologiques (CMP), pour qu'ils mettent en œuvre un accueil plus adapté aux personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques (accueil sans rendez-vous, délais de rendez-vous courts, plages horaires larges...).

Le groupe a insisté sur l'enjeu de la disponibilité de dispositifs d'« aval » adaptés, avec la formule « ramener vers » – au risque de l'enfermement des personnes dans un système stigmatisant. En effet, devant les problématiques spécifiques et intriquées de certaines personnes et le manque de réponses adaptées dans le droit commun, il peut être envisagé de maintenir les personnes dans des dispositifs spécialisés répondant mieux à leurs besoins, voire de créer des dispositifs supplémentaires (exemple de projet d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à destination des publics en situation de grande précarité). La spécialisation permet d'offrir un accompagnement adapté à des personnes que le droit commun prend mal en charge mais la création de dispositifs spécifiques autour du droit commun a des effets pervers. Les travaux de santé publique font apparaître que dès que l'on établit des critères et des dispositifs spécifiques, on participe à créer des catégories et des seuils qui finissent par créer de l'exclusion. Les dispositifs spécifiques proposent un accompagnement à la marge du droit commun, qui les fragilise financièrement. L'orientation vers le droit commun permet plus de continuité lors de la sortie du dispositif d'hébergement notamment. Il est donc préférable de recommander une approche d'« universalisme proportionné » qui nécessite :

- des moyens supplémentaires au sein du droit commun ;
- des dispositifs d'« aller vers » et des accompagnements spécifiques pendant un temps limité (voir section sur les « transitions »), les dispositifs de droit commun ne correspondant pas toujours aux besoins de certaines personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans la « non-demande ».

Le groupe s'accorde sur le fait qu'il est préférable de formuler des recommandations en lien avec l'existant et de le consolider. Les partenariats et la complémentarité sont importants. La formation des équipes de droit commun est préférable à la mise en place de filières spécialisées.

6.4. L'accès aux droits, à la santé et le non-recours : constats et recommandations

6.4.1. L'accès aux prestations sociales et le phénomène de non-recours

L'accès aux droits apparaît de fait comme un préalable à l'inscription dans un parcours (de santé, d'insertion sociale, de vie). Au-delà, l'accès aux droits (y compris les droits humains) et l'exercice de ceux-ci sont essentiels pour s'inscrire dans la citoyenneté. Or, l'accès aux droits et le maintien des droits pour les personnes en situation de grande précarité avec des troubles psychiques sont souvent difficiles. Une étude de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) souligne que l'évaluation du taux de non-recours n'est pas simple, mais que le phénomène est loin d'être marginal et qu'une étude de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) en 2012 avait montré un taux de non-recours au revenu de solidarité active (RSA) (socle et activité) de 50 % et que pour 2018, le taux de non-recours à la complémentaire santé solidaire (CMU-C) était évalué entre 56 % et 68 % (110).

Le non-recours apparaît lié :

- au défaut d'information des personnes sur leurs droits et les modalités pour y accéder. Si cela existe pour les prestations nationales, cela est renforcé pour les aides locales qui diffèrent d'un territoire à l'autre ;
- aux difficultés à faire valoir leurs droits :
- à des exigences administratives que les personnes ne peuvent satisfaire (mauvaise compréhension des documents demandés, documents exigés impossibles à produire...) ;
- à la dématérialisation (110, 111) ;
- au langage administratif qui peut mettre en difficulté certaines personnes même lorsqu'elles maîtrisent l'usage quotidien des outils numériques ;
- à des réticences à se confronter à des procédures chronophages et porteuses de risques de stigmatisation, ou à la peur des conséquences (réelles ou supposées) d'être identifié par les dispositifs ;
- enfin, pour certaines personnes, par crainte « d'abuser du système » (110, 111).

Au-delà du non-recours complet aux droits et prestations, certaines personnes peuvent connaître des périodes de non-recours partiel ou de nonaccès temporaire à leurs droits :

- les périodes de transition sont repérées comme particulièrement à risque de nonaccès aux droits et aux prestations, les délais de traitement de certaines administrations pouvant être longs. Il s'agit notamment des situations modifiant les droits des personnes (naissances, veuvage, départ à la retraite, sortie d'incarcération, sortie d'hospitalisation...) et des changements de département ;
- les personnes en situation de précarité peuvent alterner des périodes d'emploi et de chômage entraînant des indus ou des rappels de certaines prestations qui peuvent les mettre en grande difficulté (111).

Enfin, certaines personnes sont identifiées comme plus à risque de non-recours. Il s'agit :

- des hommes seuls ;
- des personnes de nationalité étrangère ;
- des personnes en habitats précaires, incluant les personnes sans domicile (111).

Pour lutter contre ce non-recours, la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté prévoit de « moderniser la délivrance des prestations sociales en favorisant les échanges d'information

entre acteurs, en rendant automatiques les démarches et en favorisant un paiement au juste droit » et de « généraliser le *datamining* pour le repérage des bénéficiaires potentiels ». Elle prévoit également de « renforcer l'accès aux droits et aux services sociaux » par la généralisation des accueils sociaux inconditionnels, l'expérimentation des territoires zéro non-recours et du coffre-fort numérique. Dans son rapport 2021, le comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté pointe que le renouvellement automatique de la CMU-C pour les personnes bénéficiaires du RSA a été mis en œuvre. Mais la mesure concernant la modernisation de la délivrance des prestations sociales a peu avancé. Elle est réaffirmée comme prioritaire. La réforme de l'« aide personnalisée au logement (APL) en temps réel¹¹ » est mise en place depuis le 1^{er} janvier 2021. L'expérimentation des territoires zéro non-recours et du coffre-fort numérique n'a pas eu lieu (112, 113).

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) propose depuis 2014 un rendez-vous des droits aux allocataires repérés comme les plus vulnérables. Lors de ce rendez-vous, 63 % des personnes sont informées de la possibilité d'ouvrir au moins un droit. Quatre personnes sur dix ouvrent effectivement un droit après le rendez-vous, dont 75 % de celles dont la demande de RSA est en cours d'instruction. Une part importante de ces nouveaux droits est ouverte pendant l'entretien (110).

Le développement de l'« aller vers » par les administrations

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses d'allocations familiales (CAF) ont déployé des démarches d'« aller vers » les publics mis à l'abri lors du premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 en 2020. Cela a permis d'ouvrir des droits pour 2 000 personnes. Cette démarche d'« aller vers » a, de plus, été très appréciée des agents qui ont eu le sentiment d'améliorer la qualité du service rendu et de développer une réelle mission de service public (114).

Le regroupement de différents services sur un même site

Dans le cadre de l'accueil des populations réfugiées d'Ukraine, des lieux d'accueil regroupant le service des étrangers de la préfecture, l'Office français de l'immigration et intégration (OFII), la Caisse d'allocations familiales (CAF), la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Pôle emploi, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), l'inspection académique ainsi que des associations spécialisées dans l'accueil des migrants et le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) ont été ouverts. Cela a permis aux personnes d'accéder à l'ensemble de leurs droits de manière simple et rapide.

6.4.2. L'accès à un chez-soi

Le logement, un droit fondamental et un déterminant essentiel de la santé

Le droit international relatif aux droits humains reconnaît le droit de chacun à un niveau de vie suffisant et notamment à un logement convenable. Dans une fiche d'information sur le droit à un logement convenable, le Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme spécifie les caractéristiques d'un tel logement. Un logement convenable, en plus d'offrir un abri, assure :

¹¹ Depuis le 1^{er} janvier 2021, le montant des APL est calculé tous les trois mois, sur la base des revenus des douze derniers mois connus et non plus tous les ans sur la base des revenus perçus deux ans avant.

- la sécurité d'occupation (protection juridique contre les expulsions forcées, le harcèlement et les autres menaces) ;
- l'accès à l'eau potable, à des installations d'assainissement, à une source d'énergie, à un lieu de stockage pour la nourriture, à un dispositif d'évacuation des ordures ménagères ;
- un coût accessible : un logement ne peut être qualifié de convenable si son coût menace ou compromet pour ses occupants l'exercice d'autres droits fondamentaux ;
- l'habitabilité (sécurité physique, espace suffisant, protection contre les variations climatiques) ;
- l'accessibilité (prise en compte des besoins spécifiques des groupes défavorisés et marginalisés et accessibilité des services de santé, des écoles, des services de garde d'enfants et des services sociaux, possibilité d'accès à l'emploi) ;
- le respect du milieu culturel.

Le Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme reconnaît que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent des risques accrus de sans-abrisme. En vertu des obligations qui leur incombent quant à la pleine réalisation du droit à un logement convenable, les États sont tenus de prendre des mesures pour prévenir le phénomène de sans-abrisme. L'adoption d'une stratégie nationale en matière de logement, élaborée après de véritables consultations auprès de tous les intéressés, fait partie des mesures à prendre immédiatement.

Le Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme note également le cas des migrants en situation irrégulière – et particulièrement les personnes déboutées de leur demande d'asile – qui sont surexposés à la violation de leurs droits fondamentaux, y compris le droit à un logement convenable. Les stratégies nationales dans le domaine du logement prennent rarement en compte les migrants et pratiquement jamais les migrants en situation irrégulière (115).

En France, le droit à un logement est reconnu comme un droit à valeur constitutionnelle¹² et garanti par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 qui le rend opposable (droit au logement opposable (DALO))¹³.

Le plan « logement d'abord » a permis de réelles avancées pour les personnes en situation de grande précarité :

- développement de l'intermédiation locative et des pensions de famille ;
- augmentation des attributions des logements HLM aux personnes sans domicile, permettant le relogement de 400 000 personnes entre 2017 et 2022.

Mais des difficultés perdurent (107) :

- la construction de logements très sociaux (PLAI) est restée en deçà de l'objectif. Le plan « logement d'abord » prévoyait 40 000 logements par an entre 2017 et 2022, les constructions n'ont pas dépassé 33 000 logements ;
- l'augmentation du nombre de personnes exilées dont les titres de séjour ne permettent pas l'accès à un logement ;
- le nombre d'expulsions locatives qui repart à la hausse après les deux années de diminution liée à la crise sanitaire et qui se situe au-delà des 15 000 en 2022 (21).

¹² Décision n° 94-359 DC du 19 janvier 1995.

¹³ Code de la construction et de l'habitation, articles L. 300-1 et suivants.

L'hébergement, un droit inconditionnel

Les personnes ne pouvant accéder à un logement, pour des raisons règlementaires ou en raison du manque de logements adaptés, doivent pouvoir accéder à un hébergement de manière inconditionnelle : toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale peut avoir accès à un hébergement d'urgence et s'y maintenir jusqu'à ce qu'une solution adaptée à sa situation lui soit proposée. Un accompagnement personnalisé doit également être proposé¹⁴.

La loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO) rend également le droit à l'hébergement opposable pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'accès à un logement¹⁵.

Or, dans la pratique, un nombre conséquent de personnes n'accèdent pas à un hébergement, ainsi, en plus des personnes sans-abri, la fondation Abbé Pierre estime à 643 000 le nombre de personnes en hébergement contraint chez des tiers.

Des obstacles structurels expliquent ces défauts d'hébergement : la pénurie de logements abordables, le sous-dimensionnement du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile, le sous-dimensionnement du dispositif accueil, hébergement, insertion (AHI) (21, 101).

Pour autant, des obstacles à l'inconditionnalité de l'accueil semblent également liés au fonctionnement du dispositif AHI. En 2019, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) Île-de-France en partenariat avec la Fondation Abbé Pierre a mené une étude sur l'inconditionnalité de l'accueil en Île-de-France, étude appuyée sur les rapports d'activité des services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) franciliens et 27 entretiens semi-directifs auprès d'acteurs de l'AHI (SIAO, associations gestionnaires, services déconcentrés de l'État et représentants des personnes accompagnées) en veillant à la diversité des structures et des professionnels rencontrés. L'étude a une visée régionale, les constats et analyses ne sont donc pas généralisables, mais ils permettent de dégager quelques freins à l'inconditionnalité propres au fonctionnement des dispositifs AHI (101).

Dans cette étude, l'inconditionnalité de l'accueil est définie comme un continuum de droits : non-discrimination dans l'accès à l'hébergement, droit à une évaluation et un accompagnement social, prestations minimales (gîte, couvert et hygiène), et respect des libertés fondamentales (dignité, sécurité, vie privée et familiale). Or, face à la saturation du dispositif, des mécanismes de régulation et de hiérarchisation se mettent en place. Pour les auteurs, cette régulation peut potentiellement produire une discrimination systémique. Les contraintes de gestion qui pèsent sur les structures (fluidité du dispositif, pression budgétaire...) peuvent se traduire par des réticences des structures à accueillir des personnes éloignées de l'insertion, soit pour des questions de régularité de séjour, soit pour des problématiques médicales ou sociales, dont les troubles psychiques. Les restrictions budgétaires impactant les compositions des équipes peuvent également majorer les réticences à accueillir les publics « les plus susceptibles de provoquer des troubles » et entraîner une sélection des personnes en capacité de contribuer financièrement à leur hébergement. Les projets associatifs de certaines associations visent des personnes relativement proches de l'insertion (situation régulière et autonomie relative, parfois déjà en emploi). Ces projets associatifs interrogent car ils ne permettent pas l'accès des personnes les plus éloignées de l'insertion : « Si les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) n'accueillent pas les personnes éloignées de l'insertion, qui le fera ? » La FAS et la fondation Abbé Pierre constatent que la rigidité des projets d'accompagnement complexifie l'orientation des personnes, certaines n'entrant jamais dans les « bonnes cases ». Si certaines

¹⁴ Art. L. 345-2-2 et L.345-2-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹⁵ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale ; <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000271094/>

associations mettent en œuvre des projets tournés vers les personnes les plus marginalisées et contribuent de manière importante à l'inconditionnalité de l'accueil, l'étude met en avant que d'autres ont encore une vision du travail social tournée vers un très fort contrôle des personnes. Ces structures peuvent avoir un effet « repoussoir » pour les personnes qui vivent alors leur hébergement comme une sanction.

Certaines structures n'acceptent sur les places d'insertion que les personnes avec un titre de séjour permettant l'accès à l'emploi et au logement ou maîtrisant la langue française.

Les auteurs concluent que ces différentes barrières, structurelles, organisationnelles, liées au projet et aux pratiques des différentes structures conduisent à une discrimination systémique de certains publics :

- les jeunes de moins de 25 ans sur critères de ressources ;
- les personnes avec des troubles psychiques ou des addictions ;
- les grands exclus ;
- les personnes en situation administrative incomplète.

Cette exclusion de fait de certains publics des dispositifs AHI se retrouve dans les résultats de l'étude Samenta de 2009 qui montre que les personnes qui cumulent les problématiques (troubles psychiques, addictions) sont plus susceptibles d'être hébergées dans les dispositifs d'urgence ou d'être sans-abris (28).

La domiciliation comme porte d'accès aux droits

Lorsque les personnes ne disposent d'aucune adresse, elles ne peuvent accéder de manière effective à leurs droits. Aussi, le Code de l'action sociale et des familles (CASF) organise un dispositif de domiciliation¹⁶.

Les mairies, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) sont tenus de domicilier les personnes ayant un lien avec leur commune.

Les personnes ayant un lien avec les communes sont celles :

- qui séjournent sur la commune, aucune antériorité ne peut être exigée ;
- qui ont un lien familial avec une personne résidant sur la commune ;
- qui exercent l'autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé ;
- qui exercent une activité professionnelle sur la commune ;
- qui ont un suivi médical, social ou professionnel sur la commune.

Les organismes agréés pour la domiciliation sont tenus de domicilier toute personne souhaitant bénéficier du service, dans les conditions prévues par l'agrément¹⁷.

Les personnes en séjour irrégulier (hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse) peuvent bénéficier de la domiciliation dans les mêmes conditions pour l'accès à l'aide médicale d'État, à l'aide juridictionnelle et à l'exercice des droits civils reconnus par la loi.

Les personnes en demande d'asile sont domiciliées par leur lieu d'hébergement, y compris s'il s'agit d'un particulier proposant un hébergement stable. Celles qui ne disposent pas d'un hébergement

¹⁶ Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L. 264-1 à L. 264.10 et D. 264-1 à D. 264-15.

¹⁷ L'agrément prévoit notamment le public cible, ainsi que la zone géographique couverte.

stable sont domiciliées auprès de la structure du premier accueil des demandeurs d'asile dont elles relèvent¹⁸.

Le majeur en tutelle est domicilié chez son tuteur¹⁹.

Dans la pratique, certaines personnes ne bénéficient pas de ce droit à la domiciliation, notamment car elles ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs demandés par les administrations ou en lien avec la saturation des CCAS et des associations agréées. Ainsi, Médecins du monde constate que près d'un tiers des personnes qui avaient besoin d'une domiciliation n'en avaient pas lors de la première consultation dans leurs centres d'accueil, de soins et d'orientation (34). Dans les faits, le nonaccès à la domiciliation ne permet pas l'accès aux autres droits (protection sociale, ressources).

Rapport d'étude « Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale ». Une étude dans les CHRS de l'Ain (104)

Contrairement aux données internationales, nous ne disposons pas en France d'étude à grande échelle permettant d'appréhender les expériences des personnes concernant l'accès aux dispositifs d'hébergement/logement. Nous disposons cependant d'une étude qualitative sur les parcours des personnes ayant des « problématiques de santé mentale » et des parcours dits « cycliques » (allers-retours entre rue, hébergement, hospitalisation, etc.) hébergées dans les CHRS de l'Ain, réalisée par l'Orspere-Samdarra et publiée en 2018 (104). L'étude s'appuie sur des entretiens avec les personnes présentant des problématiques de santé mentale et également les personnes ayant cohabité avec elles. Elle n'a donc pas vocation à être représentative de la situation globale en France, mais donne des éclairages et des éléments sur l'expérience des personnes concernées.

Les personnes concernées ne voient pas forcément négativement l'errance et peuvent s'estimer elles-mêmes « responsables » de leurs difficultés.

Concernant les dispositifs d'hébergement, les personnes soulignent :

- des difficultés à accéder à l'hébergement (manque d'informations sur les dispositifs existants, manque de places, ou manque de places adaptées, refus des structures de prendre une personne déjà exclue, pouvant contraindre les personnes à changer de territoire) ;
- des difficultés et des freins liés au « parcours en escalier » (conditions à remplir avant d'accéder à une prestation, un logement, etc.) ;
- l'insuffisante association des personnes aux propositions d'orientation qui leur sont faites ;
- leurs réticences à faire appel à des dispositifs d'hébergement liées à leurs propres représentations de l'hébergement, à des mauvaises expériences dans d'autres structures d'hébergement ou à un refus ou une difficulté à demander de l'aide ;
- des difficultés à passer de l'urgence à l'insertion liées à la nécessité de formuler un projet pour accéder à l'insertion alors qu'elles souhaiteraient pouvoir se « poser » pendant un temps avant toute formulation de projet construit ;
- des difficultés pour passer de l'insertion à une sortie positive de l'hébergement liées à :
 - la représentation des professionnels sur les capacités des personnes à habiter. Cela est particulièrement vrai pour les personnes avec des problématiques de santé mentale que les professionnels sont souvent réticents à accompagner vers le logement autonome,
 - des solutions de sortie qui ne correspondent pas à leurs souhaits,

¹⁸ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), art. L. 551-7 et art. R. 551-7 à R. 551-15.

¹⁹ Code civil, art. 108-3.

- un suivi inexistant à la sortie, de l'isolement conduisant à des échecs ;
- des difficultés liées aux règles et modalités d'hébergement (durée d'hébergement, règles strictes, sanctions injustes, non-respect des droits des personnes).

Par ailleurs, les personnes indiquent souhaiter plus de liens, de temps informels d'échange avec les professionnels et regrettent leurs attitudes parfois distantes.

Concernant les ruptures d'hébergement, elles indiquent souvent qu'un logement individuel leur aurait permis d'éviter les ruptures dans leur parcours.

Certaines problématiques identifiées par cette enquête le sont également dans le rapport sur la santé des personnes sans chez-soi de Vincent Girard, Pascal Estecahandy et Pierre Chauvin de 2010 (103) et dans l'étude de Juliette Baronnet de 2018 (102) concernant les sortants d'hôpitaux psychiatriques :

- certaines personnes font le choix de retourner à la rue ou de refuser des solutions d'hébergement mais ces refus sont souvent en lien avec des expériences passées négatives (102, 104) ;
- les cadres et règlements des structures d'hébergement insistent sur les devoirs des personnes souvent au détriment de leurs droits. Les sanctions peuvent être vécues comme arbitraires et violentes (notamment les exclusions), y compris pour les professionnels. Les contraintes élevées restreignent l'autonomie des personnes. L'effort pour supporter ce cadre n'est pas soutenable pour certaines personnes, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions, ce qui conduit à des ruptures (exclusions ou retour vers la rue). Le système « en escalier » pour l'accès au logement est trop contraignant pour les personnes et ne fonctionne pas. Les conditions d'hébergement peuvent encore être parfois indignes. L'accès à l'hébergement des personnes avec des problématiques psychiatriques et encore plus le maintien dans l'hébergement sont donc difficiles (102-104).

6.4.3. L'accès à la santé

6.4.3.1. L'accès à une couverture santé

L'accès à une couverture santé et l'accès aux soins sont de fait directement corrélés : les personnes ne disposant pas d'une couverture santé renoncent plus souvent aux soins ou les diffèrent, entraînant l'aggravation des situations et l'accroissement des inégalités de santé (28, 34, 116).

En 2012, l'INSEE estimait que 10 % des personnes sans domicile n'avaient pas de protection sociale, le chiffre était de 16 % pour les personnes nées à l'étranger (*versus* 6 % pour les personnes nées en France). 25 % des personnes n'avaient par ailleurs pas de complémentaire santé (30 % pour les personnes nées à l'étranger et 22 % pour les personnes nées en France) (26).

Or, une partie des personnes n'ayant pas de droits ouverts ont des droits théoriques. Ainsi, les centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde, qui accueillent notamment des personnes sans droits ouverts, constatent en 2020 que 78,8 % des personnes ayant des droits théoriques n'ont pas de couverture maladie. Ce phénomène atteint 88,7 % pour les bénéficiaires de l'AME, en lien avec la complexité des demandes et les demandes de justificatifs allant parfois au-delà des exigences réglementaires (34). Médecins du monde souligne la difficulté particulière à accéder au droit à une couverture santé pour les personnes étrangères disposant d'un droit au séjour plus ou moins précaire et constate que la complexité administrative amène à un renoncement au droit. Notamment, les personnes ne parviennent que difficilement à justifier leur présence sur le territoire depuis plus de

3 mois (34). Par ailleurs, le taux de couverture maladie augmente avec la stabilité des conditions d'hébergement et la durée de présence en France (26, 34, 36, 37).

De nombreuses personnes en mauvais état de santé restent non couvertes. Cela engendre des retards dans les soins (34, 36).

6.4.3.2. L'accès aux soins

En 2012, 85 % des personnes interrogées par l'INSEE avaient consulté un médecin au cours de l'année (94 % des femmes et 79 % des hommes), le non-recours aux soins augmentait avec l'âge (26, 27). Ce chiffre est de 92 % en population générale. Les études Samenta et Enfams indiquent que 80 % des personnes interrogées ont consulté un médecin dans l'année précédente (28, 29).

Les urgences peuvent être l'un des lieux de contact des personnes sans chez-soi avec le soin (103, 117) mais les consultations hospitalières et la médecine de ville jouent aussi un rôle important. Ainsi, 60 % des personnes sans domicile interrogées dans le cadre de l'enquête INSEE de 2012 mentionnent un cabinet médical et 22 % l'hôpital : 10 % dans le cadre d'un service d'urgence et 12 % dans le cadre d'une consultation. Pour les autres, le recours à un médecin se déroule dans des services destinés aux personnes précaires ou sans domicile comme les centres d'hébergement ou les foyers, les dispensaires ou les centres de santé, les permanences d'accès aux soins (PASS) ou encore dans les associations (26). Les résultats sont similaires pour les femmes de l'enquête Enfams (2014) : le lieu de la dernière consultation d'un médecin est principalement un cabinet médical en ville (52,9 %), à l'hôpital (22,3 %) – en consultations externes ou autres, aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins (PASS) – et également dans un centre de sécurité sociale (16,9 %). L'utilisation du système de soins par cette population se fait plus fréquemment à l'hôpital et en centre de santé et moins souvent dans le cabinet de ville qu'en population générale (29).

Les motifs de non-consultation des personnes déclarant un problème de santé sont : l'impuissance pressentie de leur médecin face à leur problème, des raisons financières et l'absence de couverture maladie. L'âge élevé est également associé avec l'absence de soins hospitaliers (26, 28, 116).

Dormir dans la rue, en haltes de nuit ou en accueils de jour sans possibilités de couchage augmente significativement le risque de non-recours aux soins (26). Plus la durée de sans-abrisme est longue, moins les personnes sollicitent des soins en cabinet. Être absolument sans domicile est un facteur d'augmentation des passages aux urgences et de la non-utilisation des services ambulatoires (116).

Dans l'enquête INSEE, un tiers des personnes sans domicile avait été hospitalisé durant l'année, dont 8,3 % pour des addictions, 8 % pour des troubles psychologiques et 2 % pour des tentatives de suicide (26).

Si les contacts avec le système de soins sont fréquents, le cloisonnement entre les soins (somatique, psychique, addictologie) ne permet pas la mise en place de parcours de soins (103).

Les troubles psychiques et les addictions majorent la difficulté d'accès aux soins (somatiques et psychiatriques). La fragmentation de l'offre somatique (PASS notamment) et psychiatrique (EMPP notamment, cf. section 8.3.1.1) en direction de ces publics peut être un frein à un accès global aux soins (102, 103).

Pour les personnes étrangères, les questions de la langue et de l'approche interculturelle sont des freins supplémentaires (118).

Par ailleurs, le système de soins est complexe et les personnes ne parviennent pas toujours à se repérer. Les attitudes de certains professionnels peuvent également être des freins. Certains dispositifs, dont des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), sont saturés et ne sont plus en mesure de respecter l'inconditionnalité de l'accueil (34).

Le rapport sur la santé des personnes sans chez-soi en France indique que les personnes sans domicile sont souvent moins bien accueillies et moins bien examinées, elles sont moins souvent hospitalisées. Par ailleurs, elles rapportent souvent un sentiment de manque de confiance des soignants à leur égard (103).

Les refus de soins

Les personnes en situation de grande précarité et notamment les personnes bénéficiaires des dispositifs contribuant à rendre l'accès à la santé universel peuvent faire l'objet de refus de soins. Les refus de soins peuvent être :

- directs, le professionnel refuse de recevoir le patient en raison de sa couverture sociale ;
- indirects :
 - proposition d'un rendez-vous tardif,
 - orientation répétée et systématique vers un autre confrère ou un centre de santé,
 - refus d'élaborer un devis,
 - non-respect des tarifs opposables,
 - attitude et comportement discriminatoires du professionnel de santé,
 - refus de dispense d'avance des frais (119, 120).

Une étude menée en 2019 à la demande du défenseur des droits et du fonds CMU-C mesure les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique (personnes bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS) auprès de trois spécialités médicales : dentistes, gynécologues et psychiatres. Elle s'appuie sur une méthode de *testing* auprès de 1 500 cabinets médicaux. Les résultats indiquent que les refus de soins directs liés à la vulnérabilité économique sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Ils sont plus marqués en secteur 2 qu'en secteur 1 et leur intensité est variable selon les régions avec une fréquence plus marquée en Île-de-France (119).

En 2023, le défenseur des droits a de nouveau souhaité mesurer les refus de soins liés à la vulnérabilité économique (personnes bénéficiant de la CSS ou de l'AME) dans trois spécialités (médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie). Les résultats mettent en évidence une forte discrimination envers les personnes bénéficiaires de l'AME qui ont une probabilité de 10 à 12 points de pourcentage inférieure à celle des patients de référence d'obtenir un rendez-vous. Ces refus de soins sont souvent exprimés de manière directe, ils concernent l'ensemble des bénéficiaires de l'AME (hommes et femmes) et s'observent indépendamment du secteur d'activité (1 ou 2). Les personnes bénéficiant de la CSS ont la même probabilité d'obtenir un rendez-vous que les patients de référence (différence minimale de 1 à 1,5 %). Ce résultat semble montrer que la réforme de la CMU-C et de l'ACS pour créer un dispositif unique la CSS aurait un effet positif sur les refus de soins discriminatoires vis-à-vis des bénéficiaires de la CSS. Les discriminations dans l'accès aux soins des personnes bénéficiant de l'AME restent critiques. L'un des constats de l'étude est que l'ensemble de la population a désormais des difficultés d'accès aux soins, bien au-delà des catégories les plus vulnérables (121).

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) a publié un guide accompagnement santé en 2016 comprenant une fiche spécifique pour lutter contre les refus de soins des professionnels de santé. Elle recommande de :

- ne pas normaliser le refus de soins et d'échanger avec la personne pour comprendre les motifs du refus, de rappeler avec elle le professionnel, et d'utiliser si nécessaire les procédures de recours ;
- s'informer des droits à la santé et des obligations des praticiens, et des procédures de conciliation ou de sanctions ;

- construire un réseau de partenaires ressources pour appuyer l'accès aux droits, rencontrer les professionnels de santé et expliciter les missions, accompagner les personnes aux rendez-vous ;
- accompagner les personnes sur la relation aux professionnels (ponctualité, hygiène...) (120).

6.4.3.3. Les dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Au regard de leur mission d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, les permanences d'accès aux soins de santé²⁰ généralistes²¹ (PASS) ont un rôle central dans l'organisation des parcours de santé des personnes concernées. Ces lieux facilement accessibles :

- offrent un accueil adapté et souple ;
- proposent une première évaluation de l'état de santé ;
- organisent les coopérations entre les structures hospitalières, la médecine de ville, dont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et les soins spécialisés.

Elles s'adressent notamment :

- aux personnes ne disposant pas d'une couverture sociale, aux personnes ne disposant que d'une couverture sociale partielle ; à celles dans l'impossibilité d'honorer le reste à charge ;
- aux personnes fortement désocialisées, en difficulté pour s'orienter dans le système de santé (personnes allophones, personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, personnes marginalisées).

Les PASS :

- s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires dédiées et formées qui comprennent au minimum un temps de médecin, un temps d'assistant de service social et un temps d'infirmier ;
- offrent un accès aux soins et un accompagnement social aux patients dans la perspective d'un retour aux soins de droit commun.

Les PASS généralistes peuvent également développer des activités complémentaires, dont des activités « hors les murs » (PASS mobiles).

Les PASS exercent trois missions :

- permettre l'accès aux soins et aux droits des personnes : accueil, entretiens, ouverture de droits, consultations, accompagnement dans les démarches vers les services et établissements sociaux nécessaires à la continuité des soins ;
- sensibiliser, informer et former les personnels hospitaliers sur les questions de santé/précarité/migration, développer les protocoles de repérage, d'accompagnement et d'orientation des personnes en situation de précarité au sein de l'hôpital, développer des articulations et collaborations internes à l'établissement pour l'accompagnement des situations complexes ;

²⁰ Code de la santé publique, art. L. 6111-1-1 et suivants.

²¹ Les PASS peuvent être généralistes ou spécialisées dans l'accompagnement de certaines pathologies et/ou certains publics (PASS bucco-dentaires, PASS ophtalmologiques).

- développer et formaliser les coopérations et partenariats avec les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité²².

Elles ne sont pas spécialisées en santé mentale, mais sont un point d'entrée pour orienter les personnes vers les soins en santé mentale si nécessaire. Par ailleurs, certaines d'entre elles peuvent proposer des temps de psychologues ou de psychiatres. Certaines d'entre elles peuvent être présentes au sein d'établissements spécialisés en santé mentale avec pour objectif de faciliter si nécessaire l'ouverture des droits et la prise en charge des comorbidités somatiques. Il existe également des PASS spécialisées en psychiatrie.

Les acteurs de soins primaires tournés vers les publics en situation de précarité

Les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers, etc.) peuvent, notamment dans les territoires marqués par les phénomènes de précarité, mettre en place des organisations partenariales adaptées aux besoins et attentes des publics en situation de grande précarité, souvent sous la forme d'équipes de soins primaires²³. Les maisons pluridisciplinaires de santé et autres structures d'exercice coordonné qui regroupent sur un même site des professionnels de santé divers et les centres de santé peuvent en outre disposer de financements spécifiques²⁴.

Ces acteurs s'inspirent du mouvement et des principes portant les soins primaires au niveau international : un modèle de soins bio-psycho-social, une conscience des inégalités sociales de santé et la volonté de lutter contre celles-ci, la promotion du rôle du médecin généraliste et des acteurs de soins primaires en santé mentale, etc. Les organisations (structures ou coordinations) proposent :

- **en interne**, plusieurs mesures favorisant l'accès aux soins des plus précaires et une prise en charge adaptée aux situations complexes :
 - une attention portée à l'accueil des personnes (configuration des lieux, formation des personnels d'accueil pour un accueil bienveillant),
 - la mise en place de plages horaires pour les consultations sans rendez-vous ; des possibilités de consultations de 30 minutes,
 - une approche bienveillante pour les rendez-vous manqués avec une reprise de contact et une proposition de reprogrammation,
 - une vigilance sur les droits et les aspects financiers : généralisation du tiers payant, vigilance sur les refus de soins, en particulier les correspondants qui refuseraient les patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS),
 - un travail en équipe pluriprofessionnelle qui comprend notamment :
 - des infirmiers d'éducation thérapeutique et infirmiers en pratique avancée intervenant dans le cadre de protocoles de coopération (par exemple, pour l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques) avec une orientation spécifique vers les publics en situation de précarité,

²² [Instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022](#)

²³ L'équipe de soins primaires telle que définie dans le Code de la santé publique (article L1411-11-1) : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

²⁴ Accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles définissant les conditions d'attribution des rémunérations spécifiques auxquelles peuvent prétendre en particulier les maisons de santé.

- l'intervention de médiateurs en santé,
- des permanences d'assistants sociaux au sein des structures de santé,
- des « référents sociaux » pouvant intervenir au domicile du patient ou au sein de la structure pour évaluer les situations d'urgence sociale et orienter les personnes vers les dispositifs sociaux pertinents, en particulier pour l'ouverture des droits,
- l'utilisation d'outils de repérage de la situation sociale des patients (74),
- l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles et d'analyse de pratiques sur les situations le nécessitant,
- des formations régulières des professionnels de la structure ;
- **en externe**, des partenariats avec les acteurs du territoire et notamment du secteur social via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :
 - avec les services sociaux municipaux et départementaux,
 - avec les structures d'hébergement (centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), centres d'hébergement d'urgence (CHU)...),
 - avec des services d'interprétariat professionnels accessibles via la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

L'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives ou centres et maisons de santé participatifs

Les centres et maisons de santé participatifs font l'objet depuis 2021 d'une expérimentation d'une durée de 27 mois visant à évaluer en conditions réelles les différentes modalités de financement de ces centres pour développer un modèle économique pérenne permettant leur intégration dans le droit commun. L'évaluation n'est pas disponible à ce jour. Le cahier des charges indique définir des exigences communes en « se basant sur les missions assurées par les structures « participatives » existantes (c'est-à-dire les maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels mettant en œuvre une démarche de santé communautaire), en capitalisant sur les bonnes pratiques identifiées ».

Ils visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins des usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés. Cette prise en charge, fondée sur un accompagnement médico-psycho-social, est décrite dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation comme « particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin ». Une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels, intègre les usagers dans la définition et la mise en œuvre du projet de santé de la structure.

Ces structures, prioritairement implantées dans des quartiers prioritaires politique de la ville, doivent obligatoirement proposer des activités de médecine générale, une activité paramédicale, une activité sociale, médico-sociale ou médico-administrative, une activité de soutien psychologique, mettre en place des démarches d'« aller vers » et travailler en réseau avec les autres acteurs du territoire. Par ailleurs, elles doivent offrir un accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables (inconditionnalité, écoute active, échange avec les patients, repérage des situations de vulnérabilité, orientation...) ²⁵.

²⁵ Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives », *Journal officiel*, 2021 ; 1^{er} août 2021.

6.4.3.4. L'accès aux soins addictologiques

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ont un rôle prééminent pour assurer l'accès aux soins addictologiques des populations les plus précaires.

Les CAARUD ont été instaurés par la loi de santé publique du 9 août 2004. Leurs missions sont les suivantes :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,
 - l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Ces missions s'exercent en fonction des usages et des besoins des publics en contact avec le CAARUD, ainsi que des spécificités de son territoire d'implantation.

Les CAARUD peuvent développer des dispositifs de maraude et d'« aller vers » (122).

6.4.3.5. L'accès aux soins psychiatriques et soins psychologiques

Les données de la littérature française

L'étude Samenta montre que 68 % des personnes sans domicile ayant des troubles psychiatriques ont eu un suivi au cours de leur vie. Néanmoins, 25 % des personnes ayant des troubles psychotiques et 28 % des personnes ayant des troubles sévères de l'humeur n'ont jamais eu recours aux soins.

En revanche, seules 18,2 % des personnes sans domicile avec un trouble psychiatrique déclarent être suivies au moment de l'enquête (37 % pour les personnes ayant un trouble psychotique). Parmi les personnes suivies, 63 % ont un traitement.

71,8 % des personnes présentant des troubles psychiques sont donc en rupture de soins (41,8 % des personnes présentant des troubles psychotiques). Plus que l'accès aux soins, c'est le maintien dans les soins psychiatriques qui semble problématique : parmi les personnes avec un suivi au long de leur vie, 72,3 % ont un suivi discontinu (28).

Comme pour les soins généraux, être sans domicile augmente le recours aux soins hospitaliers et aux urgences psychiatriques sans déboucher sur la structuration de parcours de soin. Une étude de 2011 sur les « visiteurs réguliers » des urgences psychiatriques d'un CHU sur une période de 5 ans montre qu'en plus de caractéristiques cliniques le fait d'être sans domicile est l'une des caractéristiques les plus fréquentes (117).

L'observance des traitements psychiatriques est de 47,8 %, conforme à celle de la population générale. Cependant, les femmes et les personnes présentant des symptômes importants sont moins susceptibles d'adhérer aux soins.

40,1 % des personnes ont eu des prescriptions et 25,2 % des hospitalisations en psychiatrie (dont 17,7 % des hospitalisations sans consentement). Les hospitalisations (libres ou sans consentement) concernent plus les personnes avec des troubles psychotiques ou des troubles de l'humeur modérés.

Les facteurs améliorant l'utilisation des services de santé au long de la vie ou le suivi sont l'âge (+ de 42 ans), le niveau d'éducation, avoir une assurance maladie, ne pas vivre en hôtel, avoir un trouble psychotique, un trouble de la personnalité, un risque suicidaire, une maladie somatique chronique, une perception de sa souffrance mentale (28, 58, 123).

Les hospitalisations pour les personnes sans domicile sont souvent courtes. Les personnes quittent l'hôpital de manière prématurée contre avis médical ou pour non-respect du règlement. Le rapport sur la santé des personnes sans chez-soi indique que la psychiatrie prend rarement en compte les comorbidités addictives pourtant nombreuses (103, 124). Une étude publiée en 2013 menée sur l'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité au centre hospitalier de Montpellier indique également que les comorbidités addictives ne sont pas prises en compte (124).

Une étude appuyée sur les données du programme de recherche « un chez-soi d'abord » a montré que 88,4 % des personnes incluses dans l'étude avaient au moins une prescription potentiellement inappropriée. 43,4 % des personnes présentant des troubles schizophrènes n'ont pas de prescription d'antipsychotiques et 81,9 % des personnes présentant des troubles bipolaires n'ont pas de stabilisateur d'humeur. 15,2 % des personnes ont une prescription inappropriée d'hypnotiques. 55 % ont un diagnostic de dépression sévère, mais seulement 13 % ont des prescriptions d'antidépresseurs. La probabilité de prescription potentiellement inappropriée est associée avec les troubles bipolaires, un trouble dépressif majeur en cours, une volonté plus faible de demander de l'aide (125).

Les rapports nationaux sur la situation des personnes sans domicile présentant des troubles psychiques indiquent que la psychiatrie de secteur n'est pas toujours organisée pour fournir une réponse adaptée aux besoins des personnes. Ainsi, certaines sorties d'hôpital ont lieu sans que des solutions d'hébergement puissent être proposées.

La sectorisation psychiatrique a été mise en place dès 1960 pour proposer une offre de soins de proximité (prévention, soins post-cure et réadaptation) en ambulatoire au cœur de la cité (126). Cependant, l'organisation des secteurs de psychiatrie n'est pas toujours adaptée aux besoins des personnes sans chez-soi. En effet, peu de secteurs de psychiatrie offrent un accueil sans rendez-vous, les délais de rendez-vous sont souvent longs et peu de structures du secteur telles que les centres médico-psychologiques accompagnent les personnes sans domicile sur leurs lieux de vie. Les auteurs notent des réticences de certains CMP à accueillir ce public. Enfin, les rapports pointent une contradiction entre le concept même de la sectorisation et le suivi de personnes souvent amenées à changer de secteur géographique (34, 102-104).

Le conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA) PACA pointe des délais d'attente trop longs pour une prise en charge en santé mentale avec un secteur psychiatrique trop compartimenté et des travailleurs sociaux qui méconnaissent les troubles en santé mentale. Les auteurs appellent au développement d'équipes « psy » dans le secteur social et médico-social pour travailler avec les personnes et assurer une sensibilisation et une prévention auprès des professionnels (127).

L'accès aux soins psychiatriques : l'expérience des personnes concernées dans un centre d'hébergement

Concernant le vécu des personnes concernées, l'étude qualitative sur les parcours des personnes avec des « problématiques de santé mentale » hébergées dans les CHRS de l'Ain, présentant des parcours dits « cycliques » (c'est-à-dire avec des allers-retours entre hébergement, hospitalisation, incarcération, rue...) (104), déjà mentionnée dans le chapitre sur l'accès au logement et à l'hébergement, indique que :

- l'absence d'information sur les dispositifs existants est vécue comme un frein, l'absence de couverture médicale également. L'éloignement des lieux de soins est également un motif de non-recours. Les personnes utilisent le soin en curatif mais perçoivent peu l'intérêt du soin en préventif ;
- les personnes sont peu dans la demande de soins psychologiques ou psychiatriques, et les hospitalisations ont souvent lieu sous contrainte, elles sont alors vécues comme violentes et traumatisantes, notamment lorsque les personnes ont connu l'isolement et la contention. Le soin psychiatrique est souvent vécu comme une injonction car certains CHRS conditionnent l'hébergement au suivi de soins ;
- le cadre de la consultation classique peut être vécu par certains comme peu adapté, trop formel, parfois angoissant ;
- les personnes insistent sur la nécessité d'avoir un lieu et un endroit pour se poser, pour être en sécurité avant de mettre en place un suivi ;
- les effets secondaires des traitements peuvent être jugés trop importants, conduisant à une interruption de ceux-ci (104).

Les règles de sectorisation pour les personnes sans chez-soi : l'état des pratiques

Certains secteurs psychiatriques ont mis en place des règles de sectorisation en hospitalisation et en ambulatoire spécifiques aux personnes sans chez-soi. Ces règles permettent la répartition du suivi des personnes sans chez-soi entre les différents secteurs d'un territoire et visent à éviter la saturation des lits d'hospitalisation (répartition des personnes en fonction de leur date de naissance, de l'initiale de leur nom, des jours de permanence des hôpitaux).

Au cours du projet, les EMPP ont été interrogées sur les pratiques de sectorisation sur leurs territoires d'intervention sur la base d'un bref questionnaire.

Sur 149 EMPP, 27 EMPP ont répondu (26 sur l'ambulatoire et 21 sur l'hospitalisation), les résultats ne peuvent donc être considérés comme représentatifs, mais certaines pratiques d'organisation, même si elles ne sont pas généralisées, posent des difficultés majeures d'accès aux soins. Elles ont donc été présentées au groupe de travail pour avis.

Presque toutes les EMPP ayant répondu indiquent une organisation spécifique des secteurs de psychiatrie pour l'accueil des personnes sans domicile. Cette organisation s'appuie plus régulièrement sur des critères administratifs que sur la situation de vie réelle des personnes. Pour 60 % des répondants en ambulatoire, et 85 % des répondants pour l'hospitalisation, les règles de sectorisation s'appuient sur des critères administratifs (date de naissance, ordre alphabétique, « tours d'hôpitaux »). Deux départements proposent des dispositifs spécifiques de régulation.

Les motifs invoqués pour la mise en place de ces répartitions sont :

- une répartition équitable des patients sans domicile entre les secteurs ;

- une organisation permettant de garantir la continuité de la prise en charge.

En pratique, ces organisations peuvent être opérantes sur de petits territoires, mais sont inopérantes dès que les distances deviennent plus importantes. Cela peut signifier dans les cas les plus extrêmes plus de 60 kilomètres entre le CMP référent et le lieu de vie des personnes.

Une seule EMPP indique qu'il n'existe pas de règles pour la prise en charge en ambulatoire, ce qui a pour conséquence l'absence de prise en charge de certaines personnes sans domicile.

Par ailleurs, cinq EMPP précisent que les structures d'hébergement sont sectorisées. Cependant, pour deux d'entre elles, la sectorisation ne s'applique pas à l'hébergement d'urgence et pour l'une d'elles, cette sectorisation ne concerne que les dispositifs d'accueil des migrants.

Ces règles ont donc souvent pour effet de rendre difficile, voire impossible le maintien dans les soins, la mobilité pour se rendre sur les lieux de soins étant une difficulté majeure pour les personnes en situation de grande précarité.

6.4.4. La médiation en santé, un levier de l'accès à la santé

6.4.4.1. Les données de la littérature

La médiation en santé a pour objet l'accès et le maintien dans les soins des populations qui en sont le plus éloignées. La HAS propose un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins (128). La HAS insiste sur le nécessaire ancrage de la médiation en santé dans les territoires au sein desquels des inégalités sociales de santé sont observées et sur la nécessité pour les étudiants des filières de santé d'être sensibilisés à « l'aller vers », aux spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité des publics auxquels ils seront confrontés dans leur exercice.

La médiation en santé est définie comme une « fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits [en santé], à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités »²⁶. À ce titre, elle participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'action du médiateur en santé s'articule au sein d'un réseau territorial d'acteurs et permet de créer la rencontre avec les populations concernées, faciliter la coordination du parcours de santé, favoriser des actions collectives de promotion de la santé et participer aux actions structurantes du projet. Elle s'exerce en structures (hôpitaux, centres et maisons de santé, structures d'exercice coordonné) et s'appuie sur des actions d'« aller vers » et de « ramener vers ». Elle participe à garantir le droit à la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

Elle s'appuie sur les trois principes déontologiques suivants :

- respect de la confidentialité et secret professionnel ;
- non-jugement ;
- respect de la volonté des personnes.

La médiation en santé s'appuie sur un diagnostic territorial permettant d'identifier les obstacles au recours à la prévention et aux soins et s'articule au sein d'un partenariat et d'un réseau.

²⁶ Article D. 1110-5 du CSP.

La médiation en santé est une démarche longue, car elle vise à agir sur les déterminants de santé. Pour autant, elle doit s'inscrire dans une temporalité définie avec pour visée l'autonomie des personnes via l'*empowerment*.

Les compétences nécessaires à la médiation en santé sont :

- techniques : « aller vers », communication, compétences dans l'élaboration de dossiers administratifs, capacité à travailler en équipes pluridisciplinaires et à développer un réseau, techniques de distanciation ;
- environnementales : connaissance du public cible et de l'environnement médico-social ;
- en termes de savoir-être : capacité à accompagner des publics vulnérables (précarité, psychiatrie, migrants...) ; non-jugement ; respect de la confidentialité ; écoute et empathie ; connaître les limites de son rôle et savoir les expliciter ; capacité à se remettre en question.

La HAS propose la mise en place de modules de formation permettant l'acquisition de ces compétences en formation initiale et continue ainsi que la mise en place d'une analyse de pratiques (128).

Les missions et compétences des médiateurs en santé sont reprises dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives » qui propose en annexe 3 une fiche de poste des médiateurs en santé²⁷. Les missions et compétences comprennent :

- la connaissance du public et les déterminants majeurs de leur santé ;
- la connaissance de l'environnement médico-social :
 - droit de la santé,
 - santé publique,
 - organisation du système de santé et du système social,
 - procédures d'accès aux droits et aux soins ;
- la connaissance du cadre déontologique et de la posture de médiation ;
- la connaissance des postures d'« aller vers » (écoute et empathie, non-jugement) ;
- la capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et en réseau ;
- des connaissances en termes de prévention et promotion de la santé ;
- la capacité à monter des actions collectives.

6.4.4.2. État des pratiques

Pour les équipes pratiquant l'« aller vers », l'appui sur des médiateurs de santé est important. Médecins du monde recommande de s'appuyer sur les médiateurs en santé pour toutes les personnes éprouvant de difficultés pour accéder aux soins et/ou aux droits, qu'elles soient étrangères ou françaises, en soulignant le fait que la médiation en santé a fait ses preuves pour tous les publics en situation de précarité, tant en zone rurale que dans les bidonvilles (34).

La médiation en santé apparaît particulièrement pertinente pour certaines communautés.

- La coordinatrice du projet « familles en campements » de la ville de Paris indique que l'accompagnement des familles « roms » en campement nécessite de s'appuyer sur des professionnels maîtrisant la langue et les codes sociaux pour bien comprendre les récits de vie, les souhaits et priorités des personnes, dans la perspective d'enclencher un suivi social (54).

²⁷ Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives », *Journal officiel*, 2021 ; 1^{er} août 2021.

« Aller vers » et médiation en santé auprès des populations roumanophones en bidonvilles

Les problématiques de santé mentale se posent pour ces populations dans un contexte où pour beaucoup il n'existe pas un cadre de vie suffisamment sécurisant et répondant à des besoins primaires de stabilité. Ces populations sont en particulier soumises à des menaces constantes d'expulsion de terrain. Cette instabilité fait que la question du bien-être psychique passe au second plan dans les préoccupations par rapport à des questions très matérielles de survie mais, en même temps, elle est à l'origine de troubles importants, en particulier de troubles anxieux. Les personnes, en particulier les femmes et les enfants, subissent de nombreuses violences : violence de rue, violence intrafamiliale, mais aussi violence institutionnelle. Ces facteurs environnementaux, et en premier lieu les expulsions, sont déterminants pour la santé mentale de ces populations. Les effets des interventions associatives en faveur d'un accès aux soins sont limités par l'absence de stabilisation résidentielle de ces populations.

Un premier axe d'actions est la sensibilisation à la santé mentale, pour repérer et amener éventuellement à des prises en charge. Mais l'essentiel du travail se fait avec des médiatrices roumanophones : elles ont souvent une formation initiale médico-sociale et reçoivent un complément de formation pour leur fonction de médiateur :

- la formation proposée par le programme national de médiation sanitaire ;
- un module de formation sur le soutien psychosocial (repérage, abord, etc.).

Il y a deux infirmières bénévoles dans l'équipe mobile. Mais ces dernières n'ont pas forcément de formation sur le repérage des troubles psychiques. Le passage hebdomadaire des médiatrices est fondamental, il est beaucoup plus efficace en première intention qu'une intervention de psychologue pour le repérage des besoins et pour faire émerger des demandes.

Lorsque des troubles sont repérés, l'association propose un suivi court avec quelques entretiens (en général pas plus de 5), qui implique un binôme médiatrice et psychologue. Une orientation peut être proposée immédiatement vers les services hospitaliers s'il s'agit d'une urgence ou au terme du cycle d'entretiens si un suivi plus long paraît nécessaire. Des partenariats existent avec des hôpitaux.

La médiatrice et la psychologue se rendent sur place mais il faut noter que l'organisation matérielle des entretiens individuels est un problème. Les « logements » ne sont pas propices à la confidentialité. La stigmatisation des troubles mentaux est aussi un problème qui freine la mise en place de ce type d'interventions. L'association propose des rendez-vous éloignés des lieux de vie pour les personnes qui le souhaitent et réfléchit à équiper un van qui se déplacerait sur les lieux de vie pour permettre la confidentialité des entretiens. Pour les enfants, même lorsque les troubles sont reconnus, l'orientation est complexe. Il faudrait développer les modalités « d'aller vers » : il serait utile de développer les équipes mobiles de protection maternelle et infantile (PMI).

Dans les départements d'outre-mer, les démarches d'« aller vers » et de médiation en santé sont primordiales pour proposer des actions de prévention en santé adaptées aux communautés et aux territoires. Les équipes de soins se déplaçant vers les populations les plus exclues et/ou les plus éloignées s'appuient sur des médiateurs en santé et des ressources communautaires. « Les médiateurs en santé et les facilitateurs communautaires bénévoles participent à l'élaboration et à l'adaptation des modes d'intervention. Par leur connaissance des spécificités des publics, ils permettent de tisser une relation de confiance favorisant l'expression des besoins et leur prise en compte. » « Les actions de sensibilisation sont souvent coconstruites avec la communauté en

partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs locaux. La médiation en santé permet de proposer des actions ajustées aux besoins des communautés. Les équipes s'appuient sur les chefs coutumiers et les leaders communautaires avec lesquels elles ont tissé des liens de confiance » (114).

« Aller vers » et médiation en santé : l'exemple de la Guyane française

La Guyane, département et région d'outre-mer, est marquée par :

- la diversité du territoire et des populations : des régions du littoral avec une population migrante très diversifiée (Colombie, Pérou, Guyana, Brésil, Surinam, Haïti, mais aussi Syrie et Guinée-Bissau...) aux territoires de l'intérieur, dont certains ne sont accessibles qu'en pirogue ou par liaison aérienne ;
- la pauvreté d'une grande partie de la population : 60 % des personnes vivent sous le seuil de pauvreté, en particulier, 40 à 50 000 personnes vivent en « habitat spontané » (bidonvilles) ; les problèmes d'accès à l'eau potable et de précarité alimentaire sont fréquents ;
- l'insuffisance de l'offre de soins et en particulier en santé mentale, alors même que les souffrances psychosociales sont fortement prévalentes, au sein des populations migrantes, mais aussi au sein des populations autochtones ; les problèmes de consommation de drogue dans les populations jeunes en errance sont importants.

Face à cette situation, les acteurs de l'organisation territoriale, du monde associatif et du secteur hospitalier se sont mobilisés et ont mis en place des actions mettant l'accent sur la coordination et l'« aller vers ».

Sur le littoral :

- une association fonctionne avec des équipes mobiles qui proposent des consultations dans les quartiers d'habitat spontané de Cayenne (une quinzaine d'intervenants dont des médiateurs facilitateurs communautaires). Cette association travaille en partenariat avec :
 - la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière (comprenant médecins généralistes, infirmiers et pédiatre). Il s'agit d'une PASS ambulatoire et délocalisée dans trois points des quartiers de l'île de Cayenne, notamment des quartiers de communes périphériques avec des zones d'habitat informel, des problèmes de précarité, de trafic de drogues, etc.,
 - un réseau de professionnels libéraux (infirmiers et médecins) mis en place en lien avec la Caisse générale de sécurité sociale, qui prend en charge des personnes orientées par l'association, présentant des maladies chroniques et dont les droits sont en cours d'ouverture,
 - les autres associations proposant de l'accompagnement en santé et aux soins et de l'hébergement, notamment en direction des femmes victimes de violences conjugales ;
- sur les questions de santé mentale ont été mis en place :
 - un dispositif « soins soutien » (un médecin généraliste, une assistante sociale, une psychologue) animé par une association spécialisée dans les questions de santé des personnes exilées qui permet en particulier une prise en charge psychologique des personnes en situation d'exil. Ces associations expérimentent un auto-questionnaire (disponible en 8 langues) destiné aux patients des centres d'accueil et de soins permettant un premier repérage des situations de souffrance psychique par les infirmiers,
 - un centre spécialisé dans le psychotraumatisme à l'hôpital de Cayenne (une psychologue et un psychiatre),

- une équipe mobile EM3P pédopsychiatrie et périnatalité spécialisée dans le dépistage des troubles du lien, des retards du développement et des vulnérabilités des femmes enceintes,
- une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) depuis 2019, elle a été renforcée en 2021, notamment avec le recrutement d'une médiatrice de santé pair lusophone. L'équipe (médecin, psychologue, éducatrice, spécialisés en addictologie, infirmiers, médiateur en santé pair) est particulièrement sollicitée lorsque des troubles psychiatriques sévères sont repérés par les partenaires sanitaires et sociaux ; elle aussi tient des permanences dans les locaux d'associations et au CSAPA,
- des partenariats entre le CSAPA, qui intervient lui aussi en équipe mobile, et les autres acteurs de l'« aller vers » en santé et en santé mentale,
- des recrutements de psychologues (en cours) au niveau des PASS.

Il existe depuis longtemps un maillage serré entre les acteurs de santé et sociaux. Malgré les problèmes de ressources, l'ambition est de structurer de véritables parcours de soins pour les personnes ayant des troubles psychiques parmi les populations précaires. La mise en place du conseil intercommunal de santé mentale (CISM) de la communauté d'agglomération du Centre littoral (CACL) a renforcé ces liens, notamment en créant une cellule de concertation autour des situations préoccupantes. Par ailleurs, le CISM déploie des actions de formation et de sensibilisation dans le champ de la santé mentale.

Dans les régions de l'intérieur (et en particulier les communes et territoires du Haut-Maroni et de l'Oyapock, dont certains ne sont accessibles qu'en pirogue) :

- la population des fleuves est marquée par la multiplicité des cultures (populations créoles et métropolitaines, Bushinenges, Surinamais, Amérindiens, Brésiliens, etc.) et des langues (aluku, wayana, anglais, espagnol, portugais, etc.). Une part importante de la population n'a pas de droits ouverts et le non-recours aux soins est fréquent ; les besoins en santé et en santé mentale sont pourtant très importants avec une forte prévalence des problèmes d'addictions et des tentatives de suicide, en particulier chez les jeunes dans les populations amérindiennes ;
- il n'y a pas de permanence sociale et l'offre de soins est particulièrement limitée. Elle s'incarne dans des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) (médecin(s), infirmier(s), secrétaire(s), agents hospitaliers et aides-soignants) qui accueillent des missions spécialisées temporaires (périnatalité, psychiatrie...) ;
- le centre médico-psychologique (CMP) de Maripasoula assure la prise en charge en santé mentale des habitants de la ville et des villages amérindiens et bushinenges voisins ;
- des « missions fleuve » prenant la forme de mission d'équipes mobiles psychiatriques ont été mises en place pour répondre aux problématiques de suicide dans les villages amérindiens (prévention du suicide et intervention type cellule d'urgence psychologique) ; elles ont supposé des déplacements de plusieurs heures ou jours en pirogue et une approche progressive et respectueuse des modes de vie des populations avec l'appui de médiateurs (professionnels ou bénévoles).

Sur l'ensemble du territoire :

- un centre régional prévention suicide (CRPS) a été mis en place en octobre 2020 à la demande de l'agence régionale de santé (ARS) en réponse aux phénomènes de contagions suicidaires dans les régions des fleuves, mais aussi à la préoccupation générale que

constitue la prévalence du suicide dans toutes les populations guyanaises en situation de précarité. Le centre a plusieurs missions :

- d'observatoire régional,
 - de suivi clinique des suicidants,
 - de gestion et d'intervention d'urgence dans les phénomènes de contagion,
 - de formation, en particulier des professionnels non cliniciens qui peuvent avoir un rôle de « sentinelles » ;
- la crise sanitaire a été l'occasion de prendre conscience de l'importance de la médiation en santé dans le contexte guyanais. A été mis en place, sous l'égide d'un réseau associatif, un véritable réseau de médiateurs connaissant les précarités et vulnérabilités spécifiques des populations, déployés au sein des associations et structures sanitaires et engagés dans un processus de professionnalisation et de formation. Leur rôle en santé mentale est majeur ;
 - sur le plan de la gouvernance et de l'organisation territoriale, un comité de veille de l'accès aux droits et aux soins piloté par l'ARS a été mis en place. Une cinquantaine d'acteurs du social et du sanitaire tiennent des réunions régulières, partagent des retours d'expérience sur les projets en cours et réfléchissent aux actions d'amélioration. Les élus locaux sont de plus en plus impliqués.

Malgré cette mobilisation, face à l'ampleur des problèmes, la faiblesse des ressources des dispositifs sociaux et de santé demeure une source de questionnements et parfois de découragement parmi les acteurs du département.

6.4.5. L'accès à l'information et à la communication

6.4.5.1. Les données de la littérature

L'accès à une information claire, de qualité et compréhensible participe à l'accès aux droits. Le défaut d'information sur les droits est un motif majeur de non-recours.

La dématérialisation des démarches participe à ce non-recours, 7 personnes sur 10 ayant des ressources inférieures à 1 000 € par mois se disant en difficulté avec les démarches dématérialisées. Par ailleurs, les personnes peuvent également rencontrer des difficultés d'équipement (111). À l'inverse, pour une partie de la population, la dématérialisation des services publics peut faciliter l'accès aux aides. Il est donc important de diversifier les modalités d'accès au service public (110).

L'accès au numérique est hétérogène.

La possession d'un téléphone mobile est répandue chez les personnes en situation de grande précarité, même si elle n'est pas généralisée :

- la littérature internationale fait apparaître qu'entre 53 et 100 % des personnes posséderaient un téléphone mobile ou un smartphone (129) ;
- selon des données de 2018 en France, 91 % des personnes sans logement personnel auraient un téléphone mobile et 71 % un smartphone (ce taux serait plus important chez les personnes migrantes (130)).

L'accès aux outils et le type de fonctionnalités utilisées varient cependant beaucoup selon les caractéristiques des personnes.

Les freins à l'usage identifiés sont :

- la littératie et les compétences : les personnes plus âgées sont éloignées de ces outils ;

- des difficultés matérielles : chargement/état du téléphone, accès internet, changement de numéro fréquent ;
- des problématiques de sécurité : vol, source d'agression ;
- des problématiques de confiance : vie privée, peur d'être pisté... (129, 130).

D'une manière générale, pour les personnes en situation de grande précarité, la littérature disponible montre que l'utilisation du numérique permet :

- le maintien du lien social et la réduction de l'isolement, ce qui a un impact indirect sur la santé mentale ;
- un accès à certaines ressources : cartes, recherche travail ou logement ;
- la possibilité de contacter les professionnels et d'être contacté à temps.

L'une des conclusions des articles de synthèse est que ces technologies ont un rôle favorable pour reprendre le contrôle de sa vie, notamment par la structuration du temps (routines) (l'expression « *Empowered by technology: getting things done and regaining control* » est utilisée).

En matière de santé, le numérique (mobile) est une source d'informations et de conseils :

- on note l'intérêt du numérique comme outil d'aide à la gestion des rendez-vous médicaux, à l'observance... ;
- les travaux sur l'impact direct des technologies (type application mobile) sur la santé mentale des personnes en grande précarité sont rares et les résultats sur la dépression, l'anxiété ou le stress ne sont pas significatifs (129, 131, 132).

6.4.5.2. État des pratiques

Un premier recensement des initiatives existantes a été fait. Il fait apparaître des initiatives en direction des personnes et des initiatives en direction des professionnels. On note aussi une association du grand public pour certaines initiatives.

Parmi les initiatives en direction des personnes, on trouve :

- des initiatives visant à favoriser l'accessibilité aux outils numériques (accès facilité, recharge, coffre-fort numérique...)
- des propositions de médiation numérique, formations et accompagnement :
 - aide à la recherche d'emploi en ligne,
 - aide aux démarches administratives en ligne,
 - aide à constituer un dossier de location numérique ;
- des outils de cartographie et de référencement (points d'eau, structures d'accueil...)
- des outils de facilitation des échanges entre acteurs (traduction, forums...)
- des applications numériques permettant la mise en relation avec des professionnels ou auditeurs (addictologie, psychiatrie ou encore nutrition) ou des solutions d'accompagnement visant à favoriser le bien-être et accompagner les épisodes dépressifs.

Parmi les initiatives en direction des professionnels, on trouve :

- des propositions de formation au numérique ou d'utilisation du numérique pour former les travailleurs du médico-social et du social :
 - outils de cartographie des offres de soins et ressources disponibles,
 - la réalisation de maraudes numériques ;
- des outils d'aide au suivi des personnes, notamment la création de dossiers sur les personnes, l'aide à l'organisation des maraudes (structures) ;

- des outils permettant d'aider à la communication (par exemple, vidéos et BD en langage facile à lire et à comprendre (FALC), traductions en ligne...

Pour le grand public, il existe des outils numériques et des initiatives :

- visant à favoriser l'accès des populations précaires au numérique (don de matériel numérique ou de produits) ;
- visant à recréer du lien entre personnes précaires et public en permettant de visualiser des demandes d'aides de la part de personnes en grande précarité.

Cependant, le numérique peut aussi être un démultiplicateur de la stigmatisation de la maladie mentale et/ou de la grande précarité via les réseaux sociaux ou les applications.

6.4.6. Avis du groupe de travail

6.4.6.1. L'accès aux droits et aux soins

La dimension de l'accès aux droits est essentielle pour s'inscrire dans une citoyenneté, pour offrir une reconnaissance à la personne. L'accès aux droits et le maintien dans ceux-ci (dans un système bureaucratique) renvoient aux principes d'équité et de justice. Le problème n'est pas tant les droits des personnes (à l'exception de certaines personnes migrantes) que l'accès aux droits. Il y a un écart entre les droits réels et l'effectivité de ces droits.

Les membres du groupe de travail, en regard des éléments issus de la littérature, pointent l'importance des freins suivants :

- les coûts résiduels de la santé : certains coûts peuvent conduire à des renoncements aux soins ;
- les problèmes d'accès aux droits (santé et social), en particulier :
 - pour certaines personnes nouvellement arrivées en France qui ne peuvent bénéficier d'une assurance maladie,
 - pour les mineurs non accompagnés dont le dossier est en cours d'instruction ou lorsqu'ils sont non reconnus comme mineurs par certains acteurs et majeurs par d'autres (cf. partie 7 sur les vulnérabilités spécifiques) ;
- les refus de soins discriminatoires : ils sont quotidiens et concernent les populations les plus fragiles ;
- le non-recours aux droits : certaines personnes renoncent pour diverses raisons (complexité administrative, méconnaissance, peurs) à des droits auxquels elles pourraient avoir accès ;
- le manque d'information en direction des personnes, mais aussi des professionnels pour se repérer dans les différents droits et dispositifs ;
- l'image de la psychiatrie : la psychiatrie – en particulier les hôpitaux – suscite des peurs qui peuvent détourner des soins ;
- la stigmatisation des troubles psychiques : cette stigmatisation est un fait social généralisé et peut être véhiculée par des professionnels de la santé et du social ; elle se double d'une auto-stigmatisation ;
- la difficulté de reconnaître ses troubles pour certaines personnes souffrant de troubles psychiques sévères.

Dans le champ social, il est souligné que les « sorties » des dispositifs sont souvent liées au défaut de choix donné aux personnes et d'écoute de leurs souhaits.

Rôle et place des urgences dans l'accès aux soins

Les services d'urgences demeurent pour les personnes en situation de précarité et en détresse l'un des seuls lieux d'accueil inconditionnel, connu et repéré. Or, les services d'urgence ont une temporalité verticale et pour mission la réponse aux urgences vitales, les urgences générales sont peu adaptées à recevoir les personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques.

Les situations des personnes concernées qui se présentent aux urgences générales se caractérisent souvent par :

- une « porte d'entrée » somatique, ne relevant que rarement de l'urgence vitale, mais révélatrice de besoins très complexes (avec une intrication des aspects psychosociaux, des pathologies psychiatriques et addictives) ;
- une répétition de visites et une absence de traçabilité des informations, d'orientation et de suivi entre deux visites ;
- dans certains cas, des comportements « difficiles » : agressivité, agitation...

Dans un contexte de tension sur les moyens des services, l'accueil des personnes peut être de mauvaise qualité et le risque d'erreur médicale est démultiplié car l'urgence « vraie » est masquée par la complexité de la situation.

Les professionnels des urgences :

- peuvent avoir l'impression que la prise en charge de ces situations les éloigne de leur cœur de métier : les urgences vitales ;
- ne sont en général pas outillés pour gérer les crises de nature psychosociale ;
- peuvent éprouver un sentiment d'impuissance face à des personnes qui se présentent régulièrement sans amélioration de leur situation ; cela peut conduire à une forme de négligence porteuse de risques pour la qualité et la sécurité des soins.

Le groupe de travail est conscient de la difficulté pour les services des urgences de prendre en charge certaines de ces situations. Pour autant, les personnes en situation de grande précarité continuent et continueront à se présenter dans les services d'urgences générales.

Les fermetures des services d'urgences ont un impact très négatif pour les populations concernées. Les logiques de filiarisation et de « tri » par téléphone ne sont pas adaptées à ces publics. L'absence d'un lieu physique de recours est dommageable pour les personnes concernées car cela reste souvent leur seul point d'entrée dans le système de soins.

Il est donc nécessaire que les services d'urgences s'organisent en fonction de cet élément :

- en amenant aux urgences les ressources et compétences dont ces personnes ont le plus besoin. Il peut s'agir d'une infirmière d'accueil et d'orientation psychiatriques aux urgences générales. Outre le repérage des troubles psychiques et la coordination de la prise en charge, cela a notamment pour effet de rassurer les soignants qui peuvent dès lors se concentrer sur l'identification d'une éventuelle urgence vitale ;
- les EMPP, les PASS mobiles ou les équipes mobiles en addictologie peuvent être une aide.

Par ailleurs, organiser des permanences d'accès à la santé (y compris santé mentale et addictologie) sur les lieux fréquentés par les personnes sans domicile (notamment les accueils de jour) peut contribuer à diminuer le nombre de passages aux urgences.

6.4.6.2. La qualité et la dignité de l'hébergement

Le groupe de travail souhaite insister sur la nécessaire qualité de l'hébergement. Quel que soit le statut de l'hébergement (urgence, stabilisation, insertion), il convient de veiller à la qualité de celui-ci pour qu'il puisse proposer sécurité, respect de la dignité et de l'intimité des personnes hébergées. Certains centres d'hébergement proposent des locaux dégradés, qui ne permettent pas le respect de l'intimité, et parfois des hébergements indignes (certaines chambres d'hôtel notamment).

Le groupe insiste également sur la nécessaire diversité des modes d'hébergement. Certains centres d'hébergement dispensent leur hébergement via des appartements « ordinaires » (« en diffus »), appartements pouvant être individuels ou partagés. Certains d'entre eux peuvent fonctionner avec des systèmes de sous-location bail glissant. Des hébergements d'urgence se sont également développés dans des logements « dans le diffus ». Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) peuvent également pratiquer de l'hébergement « en diffus ». D'autres peuvent proposer des logements individuels regroupés sur un même site. Cela permet de proposer des solutions diversifiées, adaptées à la situation de chacun. Au-delà de la qualité du lieu de vie proposé, il convient également en hébergement de s'assurer que l'accompagnement proposé soit de qualité et respectueux des droits des personnes.

6.4.6.3. Les règles de sectorisation psychiatrique pour les personnes sans chez-soi

Le groupe, bien que pleinement conscient des difficultés des soignants et de la psychiatrie publique, souhaite rappeler que ce sont les besoins des personnes et non ceux des professionnels qui doivent guider l'organisation de la prise en charge.

Les règles de sectorisation en hospitalisation et en ambulatoire spécifiques aux personnes sans chez-soi permettent la répartition du suivi des personnes sans chez-soi entre les différents secteurs d'un territoire et visent à éviter la saturation des lits d'hospitalisation (répartition des personnes en fonction de leur date de naissance, de l'initiale de leur nom, des jours de permanence des hôpitaux) et à garantir la continuité des soins. Elles ont cependant souvent pour effet de rendre difficile, voire impossible cette continuité des soins en lien avec la distance géographique entre la structure et le lieu de vie réel des personnes, alors même que la mobilité est une difficulté majeure pour les personnes en situation de grande précarité.

Le groupe rappelle que les personnes sans chez-soi doivent être accueillies et accompagnées au sein du centre médico-psychologique (CMP) et des autres structures de secteur psychiatrique de leur bassin ou lieu de vie habituel, si elles le souhaitent²⁸.

Les EMPP peuvent avoir un rôle pour accompagner les personnes et les secteurs et faire bénéficier les secteurs de leurs réseaux pour les accompagner sur les spécificités de la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. Des professionnels de santé avec des temps partagés entre le secteur et les EMPP peuvent faciliter cette acculturation (avec les réserves indiquées plus haut).

²⁸ Code de la santé publique, art. L. 1110-8. Le Code de la santé publique précise par ailleurs que « le droit du malade au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile [...], est un principe fondamental de la législation sanitaire », art. L. 1110-8.

6.4.6.4. La médiation en santé

Le groupe de travail insiste sur l'importance de la médiation en santé pour apporter des réponses aux inégalités sociales et territoriales de santé. La médiation en santé permet en particulier un soutien aux personnes en souffrance psychique et une première réponse en santé mentale, notamment pour des personnes très isolées.

Le groupe de travail souhaite que la dimension de médiation en santé soit développée dans les recommandations car pour le public de la recommandation, elle est essentielle.

Cependant, le groupe de travail souligne que :

- la notion de « santé communautaire » ne sera pas traitée car la notion est mal maîtrisée en France. Par ailleurs, les centres de santé participatifs sont trop récents et encore expérimentaux ;
- les médiateurs de santé doivent être formés pour repérer les situations qui nécessitent d'être réorientées vers les soins et les soins psychiques ;
- il est nécessaire de développer la recherche sur cette question pour disposer de données plus précises. La place de la médiation doit être précisée car il existe un risque de glissement entre les missions des médiateurs et celles des travailleurs sociaux.

6.4.6.5. L'accès au numérique

Le groupe de travail confirme, à partir de son expérience :

- l'existence des freins identifiés dans la littérature internationale et française, notamment les vols, et les changements de numéro incessants qui limitent l'intérêt du portable comme outil de contact avec les personnes en situation de grande précarité et l'hétérogénéité des situations et des besoins ;
- l'importance du téléphone portable et son statut de besoin de première nécessité (moyen de contact avec la famille pour les personnes migrantes, stockage de données...).

Certaines applications (en santé mentale, dossier numérique pour les parcours complexes, forums pour rompre l'isolement) paraissent adaptées.

Si le groupe de travail insiste sur l'importance de faciliter l'accès au numérique, il précise néanmoins que le développement de cet accès ne peut se faire au détriment d'un accès physique aux services pour les personnes. Les administrations doivent rester physiquement accessibles, le numérique ne pouvant être accessible à tous, ni répondre à tous les questionnements (parfois complexes) autour des situations des personnes.

Il pourrait également être pertinent de recommander aux organisations territoriales de proposer certains services via le numérique (cartographie des points d'eau par exemple).

6.4.7. Recommandations sur l'accès aux droits et aux soins, l'information et la communication

- ➔ Il est recommandé aux pouvoirs publics et aux intervenants de veiller à **l'accès et au maintien des droits des personnes en situation de grande précarité**.
- Cela requiert en particulier de :
 - promouvoir la **reconnaissance** de l'ensemble des droits ;

- **informer et accompagner** les personnes dans leurs démarches d'ouverture ou de renouvellement de droits ; de **simplifier** l'accès aux droits ;
- assurer l'effectivité du **droit au logement**, à l'hébergement et à la domiciliation ;
- donner accès à une **couverture santé** ;
- organiser l'**accès aux soins** somatiques et psychiatriques.
- Parmi les leviers de l'accès aux droits, on identifie plus particulièrement :
 - la **médiation en santé** ;
 - le développement de l'**accès à l'information et à la communication**, y compris au travers de la **médiation numérique** et de **solutions numériques**.

L'accès aux droits et le maintien dans les droits

- Il est recommandé d'assurer l'**accès effectif des personnes à l'ensemble de leurs droits et promouvoir la reconnaissance de ceux-ci**.

Cela implique notamment :

- pour les pouvoirs publics :
 - de faciliter les procédures administratives d'accès aux droits (droits humains, droits sociaux...),
 - de sensibiliser les agents aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques ;
- pour les services accompagnant des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques :
 - de mener une action de sensibilisation auprès des administrations, des partenaires et du grand public pour favoriser un accès effectif aux droits et à la citoyenneté des personnes,
 - de proposer une aide et un soutien aux personnes pour faire valoir leurs droits, y compris dans des procédures contentieuses.

- Il est recommandé aux intervenants des **services sociaux** accompagnant les personnes :
- **de les informer** sur leurs droits, les prestations auxquelles elles peuvent prétendre et les modalités pour y accéder ; l'information doit être adaptée aux capacités de compréhension des personnes ;
 - **d'aller vers** les personnes en situation de non-recours ;
 - **de rappeler aux personnes leurs rendez-vous** pour les ouvertures de droits et le renouvellement de ceux-ci ;
 - **de proposer aux personnes de les accompagner** lors de leurs rendez-vous pour l'ouverture de droits et le renouvellement de ceux-ci.

Les services sociaux concernés sont multiples : lieux d'accueil de jour et d'hébergement, services sociaux des établissements de santé, travailleurs sociaux des centres médico-psychologiques (CMP) et autres structures ambulatoires de psychiatrie, services sociaux des départements et des centres communaux d'action sociale (CCAS), travailleurs sociaux des structures addictologiques, etc.

L'information sur les prestations doit être complète et doit également porter sur les prestations automatiques, les aides locales qui peuvent être différentes d'un territoire à un autre (aides apportées par

les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les conseils départementaux, les fonds de solidarité logement).

Le choix des moyens de communication pour les rappels aux personnes doit être fait en fonction de leurs préférences (téléphone, sms, mail, courrier, rencontre, tiers aidant).

Les personnes devraient pouvoir choisir si elles souhaitent être accompagnées et autant que possible par qui (professionnel de santé, médiateur en santé, travailleur social, pair-aidant, réseau...).

→ Il est recommandé aux services accompagnant les personnes en situation de grande précarité de **développer des partenariats et des conventionnements avec les administrations** (y compris les caisses) pour permettre l'accès aux droits des personnes accompagnées.

Ces partenariats peuvent prendre la forme de permanences dans les structures, de désignation d'interlocuteurs privilégiés de part et d'autre pour traiter des situations administrativement complexes et éviter les ruptures de droits.

→ Il est recommandé aux administrations de **simplifier l'accès aux droits**.

Cela suppose notamment :

- **d'être accessibles** dans le temps et l'espace. Cela peut inclure :
 - le maintien et le développement de **lieux d'accueil physique**,
 - la mise en place de **plages horaires d'accès libre**,
 - une vigilance pour proposer des **délais** de rendez-vous acceptables,
 - la désignation de **personnes référentes** sur les questions de grande précarité, le regroupement de différents services sur un même site autant que possible,
 - le développement de **pratiques d'« aller vers » les publics** pour l'ouverture des droits ;
- d'accepter les justificatifs de manière souple et de **ne pas imposer de contraintes au-delà de la réglementation** ;
- **d'automatiser l'accès aux prestations** autant que possible.

L'automatisation devrait être généralisée en ne justifiant de sa situation qu'une fois pour l'accès à l'ensemble des prestations.

Par ailleurs, au-delà du non-recours complet aux droits et prestations, certaines personnes peuvent connaître des **périodes de non-recours partiel ou de non-accès temporaire à leurs droits** :

- les périodes de transition (sorties d'institution, changement de statut, de lieu de vie...) sont repérées comme particulièrement à risque de non-accès aux droits et aux prestations, les délais de traitement de certaines administrations pouvant être longs. Il s'agit notamment des situations modifiant les droits des personnes (naissances, veuvage, départ à la retraite, sortie d'incarcération, perte de droit au séjour...) et des changements de département (voir aussi section 4.2) ;
- les personnes en situation de précarité peuvent alterner des périodes d'emploi et de chômage entraînant des indus ou des rappels de certaines prestations qui peuvent les mettre en grande difficulté.

- Il est recommandé aux administrations **d’anticiper autant que possible et de traiter les changements de situation (résidence, situation familiale...) dans les meilleurs délais**. Cette recommandation, valable pour tous, s’applique d’autant plus aux publics fragilisés par la précarité et la maladie.

En cas de changement de situation, le versement d’une prestation ne devrait être suspendu que lorsque la nouvelle prestation est effectivement perçue par la personne. Les indus et rappels liés à ce changement de situation devraient être traités entre les administrations.

Les personnes itinérantes devraient pouvoir bénéficier de leurs droits, dès lors qu’ils sont ouverts, sans refaire l’ensemble des demandes lorsqu’elles sont amenées à se déplacer.

Le droit au logement

- Il est recommandé à l’ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire d’accompagner les personnes pour faciliter **l’accès effectif à leur droit au logement, ou à défaut, à l’accès à une solution d’hébergement**.

Selon le cas, les professionnels réalisent cet accompagnement directement, ou en orientant les personnes vers les partenaires spécialisés.

- Il est recommandé aux professionnels du logement et du logement accompagné **de donner la priorité aux personnes les plus vulnérables**, notamment celles qui présentent des troubles psychiques, dans l’attribution des logements.

Le cas échéant, les services spécialisés dans l’accompagnement des transitions (services d’accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), appartements de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), etc.) peuvent être mobilisés.

Le droit à l’hébergement et à une domiciliation

- **Les personnes doivent pouvoir être domiciliées**, si elles le souhaitent, au plus proche de leur bassin ou lieu de vie habituel²⁹.

- Les solutions d’hébergement doivent respecter l’obligation de continuité. Dès lors que les personnes bénéficient d’une solution d’hébergement stable, il est **recommandé qu’elles puissent y recevoir leur courrier** et qu’une **attestation d’hébergement** leur soit délivrée.

Le droit d’accéder aux soins et à la prévention en santé

L’accès à une couverture santé

²⁹ Code de l’action sociale et des familles (CASF), art. L. 264-1 à L. 264.10 et D. 264-1 à D. 264-15 [Chapitre IV : Domiciliation \(articles L. 264-1 à L. 264-10\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#) ; Code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile (CESEDA), art. L. 551-7 et art. R. 551-7 à R. 551-15 ; Code civil, art. 108-3.

- Il est recommandé aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) d'instruire rapidement les **dossiers d'accès à une protection santé des personnes en situation de grande précarité** et d'accepter les preuves de présence sur le territoire pour les personnes de nationalité étrangère de manière large (attestation de particuliers, d'associations).

Le **dispositif de prise en charge des soins urgents** pendant le délai de carence de trois mois s'applique aussi aux épisodes de soins psychiatriques mettant en jeu le pronostic vital ou pouvant conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la personne. Les assistants de service social des établissements de santé ont un rôle essentiel dans l'activation de ces demandes de prise en charge de soins urgents.

- Il est recommandé de développer et faire connaître les **permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, dont les PASS ambulatoires, PASS mobiles et PASS en milieu psychiatrique, pour permettre un accès aux soins et un accompagnement à l'ouverture des droits des personnes ne disposant pas de couverture santé.

L'accès à la santé

- Il est recommandé :
- de développer des organisations permettant un **accès aux soins** pour les personnes en situation de grande précarité, appuyées sur les services de santé du territoire ;
 - de **lutter contre les refus de soins directs et indirects**, y compris en accompagnant les personnes dans leurs procédures de recours.

L'accès aux soins s'appuiera sur les services de santé du territoire, en particulier les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé, les secteurs de psychiatrie et équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les structures d'addictologie, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les professionnels de ville (médecins généralistes, infirmiers...), etc. (voir fiche outil – Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité par les équipes de soins primaires).

L'accès aux soins psychologiques et psychiatriques

L'enquête Samenta de 2010 montre que pour les personnes ayant un trouble psychiatrique, l'accès à des parcours de soins en santé mentale est difficile.

- Il est recommandé de proposer sur chaque territoire de santé **une organisation des parcours en santé mentale prenant en compte les spécificités des personnes sans chez-soi.**

Cette organisation doit :

- garantir aux personnes en situation de grande précarité des soins de qualité et l'accès aux actions de prévention en santé mentale ;
- proposer des réponses de proximité, permettant une adhésion des personnes.

→ Il est recommandé que les personnes sans chez-soi **soient accueillies et accompagnées au sein du centre médico-psychologique (CMP) et des autres structures de secteur psychiatrique de leur bassin ou lieu de vie habituel**, si elles le souhaitent³⁰.

→ Il est recommandé de **développer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sur les territoires où elles ne sont pas présentes, de les renforcer si nécessaire ainsi que de structurer les relais vers les services de « droit commun »**.

Un levier de l'accès à la santé : la médiation en santé

→ Il est recommandé **d'intégrer des médiateurs en santé au sein des équipes** pour faciliter la communication entre les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques et les acteurs de l'accompagnement et des soins.

L'appui sur un médiateur en santé doit notamment permettre :

- **d'aider les personnes** à accéder aux informations et services, dans un objectif d'autonomisation ;
- de **soutenir les professionnels** dans leurs efforts pour comprendre les conditions de vie des personnes afin d'établir des relations de confiance ;
- **d'identifier les dysfonctionnements structurels** afin de permettre aux pouvoirs publics et aux gestionnaires de programmes de réajuster les dispositifs en conséquence.

Une attention particulière doit être portée à la formation des médiateurs en santé³¹.

L'accès à l'information et la communication

→ Il est recommandé de **délivrer aux personnes une information claire, actualisée, précise et compréhensible** concernant leur situation, les possibilités (droits, prestations...) qui s'offrent à elles et sur l'ensemble des sujets les concernant.

→ Il est recommandé **d'adapter l'information et la communication** aux besoins et capacités des personnes (adaptation du langage, prise en compte de l'accès au téléphone et à internet, outils et supports de communication adaptés, interprétariat professionnel et diversité culturelle et disciplinaire des équipes).

→ Il est recommandé de **prévoir des lieux de stockage physique et numérique** des documents administratifs ou juridiques, documents privés, documents médicaux importants, etc.

³⁰ Code de la santé publique, art. L. 1110-8. Le Code de la santé publique précise par ailleurs que « le droit du malade au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile [...], est un principe fondamental de la législation sanitaire », art. L. 1110-8.

³¹ Les compétences attendues des médiateurs de santé sont définies dans le référentiel de la HAS, ainsi que dans la fiche de poste des médiateurs en santé figurant en annexe 3 de l'arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « structures d'exercice coordonné participatives », *Journal officiel*, 2021 ; 1^{er} août 2021.

Cela peut supposer par exemple de favoriser l'utilisation d'un coffre-fort numérique permettant le stockage d'information de manière dématérialisée et sécurisée ou d'inciter à l'utilisation de l'espace numérique de santé « Mon espace santé » pour les informations relatives à la santé et le dossier médical.

L'accès au numérique et la place des outils numériques

- Il est recommandé à l'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, administrations et organisations territoriales et associatives de considérer d'une manière générale **l'accès aux outils numériques et en particulier à un téléphone portable comme un élément essentiel à la survie en situation de grande précarité.**

Cette reconnaissance doit se traduire à tous les niveaux, dans les politiques publiques de niveau national, dans les actions au niveau territorial et dans les projets et actions d'équipe.

- **Il est recommandé à toutes les structures d'accueil** de faciliter l'accès des personnes aux outils numériques et au minimum de mettre à disposition des solutions pour le chargement des portables et un accès à internet.

- Il est recommandé d'**adapter l'utilisation du numérique** en fonction des besoins, de l'accès au numérique, des capacités d'appréhension et des souhaits des personnes.

Ceci implique de **maintenir un accueil physique pour les administrations**, de développer la possibilité d'avoir accès à l'ensemble des **documents en version numérique** tout en laissant la possibilité d'un **circuit « papier »**, notamment dans le cas d'ouverture ou de renouvellement de droits.

- Il est recommandé de développer des actions visant à favoriser :
 - **l'accès au matériel numérique et aux abonnements** (téléphone et internet) à prix solidaires et les initiatives citoyennes de don de matériel ;
 - **la médiation numérique**, de les développer en direction des publics les plus vulnérables en les intégrant notamment aux actions d'« aller vers ». Ces actions doivent prendre en compte les risques et les effets pervers du numérique (harcèlement, embrigadement...) ;
 - le développement et l'utilisation d'**outils numériques accessibles et répondant aux critères de sécurité et de confidentialité en vigueur** (pour les personnes et les professionnels).

Ces outils numériques peuvent en particulier :

- aider à **l'information et faciliter la communication** (entre personnes et avec les professionnels) ;
- aider à **l'orientation** des personnes sans logement sur un territoire grâce à des outils gratuits de cartographie et de référencement (points d'eau, structures d'accueil, autres ressources...) ;
- offrir des **solutions « d'auto-support »** cliniquement validées pour les troubles mentaux et les troubles addictifs, pouvant apporter une information utile pour les personnes ;
- participer à la **coordination, l'organisation et le suivi de l'activité des professionnels** (par exemple, outils de facilitation des maraudes).

- Il est recommandé de développer les **formations des professionnels au numérique** et à l'identification de ressources et informations utiles à communiquer aux personnes.

7. Postures, principes et éthique d'intervention

Les articles du corpus international sont particulièrement concordants quant aux principes et postures les plus adaptés à l'accompagnement des personnes sans domicile qui ont des troubles psychiques.

Tous valorisent des **principes éthiques généraux**. Ils prônent des démarches d'« **aller vers** », la **participation** des personnes concernées, le développement de l'**autonomie** et du choix, et le **développement du pouvoir d'agir**.

Trois approches qui ont montré leur efficacité dans la mise en pratique de ces principes sont particulièrement représentées dans la littérature sélectionnée : l'**approche par les forces**, la **sensibilité au traumatisme**, et les pratiques orientées « **rétablissement** ». Ces approches ont été définies dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, et ne sont pas spécifiques de l'accompagnement des personnes sans domicile, même si elles sont particulièrement pertinentes dans ce cadre.

7.1. Les défis éthiques posés par les personnes en situation de grande précarité dans les milieux de soins

Deux revues de littérature narratives de notre sélection reviennent sur les défis éthiques et cliniques posés aux professionnels par les personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques : celle de Bauer (2013), qui traite de l'accueil en milieu hospitalier des personnes sans domicile, et celle de Stovall (2016), qui formule des recommandations pour la formation des médecins prenant en charge les personnes en situation de grande précarité.

Selon Stovall, les questions d'autonomie personnelle, de limites professionnelles, de défense des intérêts et de confidentialité se posent de manière différente pour les personnes sans domicile, et l'accompagnement de ces personnes repousse les frontières traditionnelles en matière d'éthique du soin (98). Prendre soin de personnes très éloignées du système sanitaire et social expose à de nombreux dilemmes éthiques. En reprenant les principes éthiques classiques que sont l'autonomie, la justice, la bienfaisance et la non-malfaisance, sont envisagées plusieurs de ces tensions qui se posent fréquemment aux professionnels qui travaillent avec les personnes sans domicile vivant avec des troubles psychiques, au premier rang desquels les équipes mobiles psychiatrie précarité.

- Le **principe d'autonomie** est la base des libertés individuelles. Le droit à l'autodétermination repose sur le maintien de capacités décisionnelles. Or, de nombreuses situations cliniques mettent en perspective la tension entre **respect de l'autonomie et nécessité de protection** des personnes vulnérables. Cette tension peut menacer l'engagement dans des soins collaboratifs et dans les approches orientées vers le rétablissement.
- Le **principe de justice** repose sur la répartition équitable des ressources et l'accès à celles-ci. Les professionnels qui travaillent auprès des personnes sans domicile peuvent avoir le sentiment que leur sens de la justice est mis à mal. Certains peuvent s'impliquer de manière excessive pour secourir la personne. D'autres peuvent être démoralisés par l'ampleur des difficultés de la personne et abandonner tout espoir d'amélioration clinique.
- La **bienfaisance** est le principe qui consiste à soulager la souffrance et à promouvoir le bien-être. Ce principe peut entrer en conflit avec le principe d'autonomie de la personne, lorsque, par exemple, le refus d'assistance semble découler d'une capacité décisionnelle altérée. À quel moment les professionnels doivent-ils intervenir au lieu de laisser les personnes décider par

elles-mêmes ? L'importance (et la complexité) de l'évaluation de l'autonomie et des déficits est posée par Bauer. En effet, pour les personnes les plus vulnérables, le modèle suppose d'évaluer les capacités décisionnelles (compréhension des enjeux), mais aussi exécutives (capacité à s'occuper de soi sur le long terme). Or, les facultés exécutives sont souvent altérées chez les personnes sans domicile (97).

- La **non-malfaisance** pose comme principe premier de ne pas nuire au patient. Or, ce principe peut entrer en tension avec les attentes de la société en matière de sécurité publique qui reposent aussi sur les équipes. Par exemple, quand les citoyens ou les forces de l'ordre contactent les équipes en raison de comportements perçus comme des nuisances pour le voisinage, les intérêts de la personne sont en conflit avec les intérêts de la collectivité.

Ces quatre grands principes constituent un cadre éthique classique et nécessitent à cet égard une attention soutenue. Chaque situation clinique est spécifique et les problématiques se déclinent différemment, ce qui doit alimenter des discussions constantes au sein des équipes. Cependant, Stovall souligne que ces principes ne sont pas figés et qu'il est important de comprendre qu'ils reflètent l'évolution des priorités sociales et des normes. Il propose de considérer que d'autres principes éthiques peuvent être aussi pertinents et moins porteurs de dilemmes pour les intervenants de première ligne qui travaillent dans la communauté. Ainsi, les principes de compassion, d'humilité et de fidélité ont été proposés comme principes éthiques alternatifs (98).

Selon Bauer (97), le vécu de discrimination des personnes en situation de grande précarité en milieu hospitalier est lié en partie à des phénomènes contre-transférentiels puissants.

Face aux défis que peut représenter pour un clinicien une personne sans domicile souffrant de troubles psychiatriques sévères, celui-ci peut éprouver des sentiments d'impuissance, de démoralisation, de dégoût et d'inconfort qui empêchent des réactions plus empathiques.

Certaines modalités d'interaction sociale des personnes sans domicile, qui sont valides et utiles à la survie dans la rue, comme le fait de se placer en position dominante ou d'hypervigilance pour se protéger, entrent en conflit avec les hiérarchies hospitalières et peuvent générer de l'incompréhension et des conflits interpersonnels.

Les cliniciens peuvent également être marqués durablement par le fait de s'être sentis manipulés pour obtenir un lit d'hôpital. Ils abordent alors les rencontres ultérieures avec d'autres personnes sans domicile avec des présupposés négatifs.

Bauer conseille aux professionnels d'analyser leurs interactions, d'explorer leurs propres biais et représentations vis-à-vis des personnes de la rue, et d'adopter une attitude humble, curieuse et compréhensive (97).

7.2. La prévention de la dégradation des situations

Les conséquences de la vie à la rue sur les inégalités de santé et notamment sur l'espérance de vie semblent ne pas être toutes et toujours réversibles (133). Une étude portant sur les bénéficiaires du dispositif du « chez-soi d'abord » a montré que pour certaines personnes ayant un parcours de plusieurs dizaines d'années de vie à la rue, l'accès au logement est un moment de décompensation physique pouvant aboutir au décès (134). Aussi, il est essentiel d'agir en amont pour prévenir ces situations et d'organiser des réponses permettant d'éviter les situations de sans-abrisme ou, si cela n'est pas possible, de proposer des solutions d'orientation rapide vers le logement (133).

Les guides d'accompagnement santé et précarité (guide de la Fédération des acteurs de la solidarité, guide de l'ARS Île-de-France) pointent le repérage des personnes en souffrance psychique, leur orientation et leur accompagnement vers les soins comme un enjeu essentiel pour prévenir les ruptures de soins en favorisant l'accès et le maintien dans le droit commun (135-137).

7.3. La lutte contre la stigmatisation et les discriminations

7.3.1. Données de la littérature

La commission du Lancet sur la lutte contre la stigmatisation et les discriminations rappelle que ces dernières constituent des atteintes aux droits humains et qu'elles ont de graves effets sur la santé des personnes qui vivent avec des troubles psychiques, qu'elles soient sans domicile ou non (138). Ces expériences augmentent la marginalisation et l'exclusion sociale, réduisent l'accès aux soins, à l'emploi ou à la formation. Une revue des revues (dite « parapluie »), incluant 216 revues systématiques portant sur la lutte contre la stigmatisation et les discriminations, montre que les interventions qui favorisent le contact social avec les personnes stigmatisées sont les plus efficaces, que ce soit en personne, en virtuel ou de manière indirecte. La revue montre de la même manière que les programmes anti-stigmatisation les plus efficaces impliquent les personnes concernées (138).

La littérature touche un point sensible en montrant que les professionnels sont souvent porteurs de stigmatisation quant aux troubles psychiques, et recommande l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels, en parallèle de l'évaluation des expériences de stigmatisation et de discrimination des usagers des services (138).

Reilly, dans une revue de 2022, souligne la dimension intersectionnelle de ce type de luttes, car les personnes sans domicile sont confrontées à toutes sortes de stigmatisations : vis-à-vis de leur situation sociale, de leurs addictions, de leurs troubles psychiques, mais aussi de leur couleur de peau, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur statut VIH, etc.

Face à cette situation, Reilly recommande des actions de formation et plaide plutôt la mise en œuvre de services spécialisés, plus adaptés et performants sur cette question que les services de droit commun (91).

En France, en droit, une discrimination est un traitement défavorable qui doit généralement remplir deux conditions cumulatives : être fondé sur un critère défini par la loi (sexe, âge, handicap, précarité...) et relever d'une situation visée par la loi (accès à un emploi, un service, un logement...).

À ce jour, la loi reconnaît plus de 25 critères de discrimination. Ainsi, défavoriser une personne en raison de la précarité de sa situation économique est interdit par la loi et les conventions internationales auxquelles adhère la France.

La saisine du défenseur des droits pourrait être faite plus régulièrement. Des juristes spécialisés peuvent être contactés au 3928 et sur le site antidiscriminations.fr.

7.3.2. Avis du groupe de travail : la lutte contre la stigmatisation et les discriminations

Pour le groupe de travail, la lutte contre la stigmatisation est un principe, il doit être posé comme tel dans les recommandations.

Mais il faut faire attention à ne pas polariser sur les soignants ou les travailleurs sociaux, il s'agit des représentations sociales. La tendance aux préjugés est une tendance inévitable et universelle dont il faut être conscient. Expliciter les discriminations systématiques (ou systémiques) dont est victime la personne permet de lutter contre la stigmatisation.

Le groupe insiste sur l'importance de la relation positive, incluant une attention au langage, au respect de la personne et de son humanité.

Le rôle des personnes concernées est majeur dans le processus de déstigmatisation, elles doivent être impliquées dans les campagnes de sensibilisation. Elles peuvent être interrogées sur leur perception des dispositifs, des prestations. Les pairs-aidants peuvent soutenir cette implication.

Les équipes d'accompagnement doivent proposer un accueil qui prend en compte les discriminations dont sont victimes les personnes et permet l'accès aux droits (y compris en accompagnant des procédures de recours si nécessaire), informer les personnes sur leurs droits, avoir une fonction de médiation, d'interface, de plaider. Cela nécessite de pouvoir parfois sortir du soin et de l'accompagnement en face à face. En pratique, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) peuvent développer ces missions auprès de l'ensemble des services.

Les formations des professionnels devraient mieux traiter les questions des discriminations, de la stigmatisation, ainsi que des approches sensibles au traumatisme.

7.4. L'attention aux questions culturelles, linguistiques, de genre et d'âge

L'importance d'une sensibilité des professionnels aux questions culturelles, linguistiques, d'âge et de genre est soulignée dans les 5 guides et recommandations internationales de notre sélection (33, 139-142). Les autres publications de notre sélection sont concordantes.

En effet, les personnes sans domicile vivant avec des troubles psychiques présentent une grande variété culturelle, ethnique ou religieuse, au prisme de laquelle les attentes et les expériences diffèrent.

De plus, la culture du sans-abrisme est une culture en soi, avec une économie de la survie, des stratégies bien particulières dans la rue ou dans les foyers, ou encore des modes caractéristiques de gestion de la violence.

Cette diversité oblige les professionnels à un haut niveau de conscience et à une grande connaissance de la manière dont ces éléments influencent l'expérience des personnes concernées. De ce fait, ces articles et recommandations mettent en évidence l'importance :

- de la formation, la sensibilisation et la médiation culturelle, qui sont indispensables à cette prise de conscience ;
- du recours à la traduction et à la médiation culturelle, qui participent de la même dynamique pour surmonter les obstacles liés à la langue et favoriser l'information et la compréhension ;
- des échanges avec des associations impliquées dans la reconnaissance de la diversité (associations autour d'un groupe social ou culturel précis), qui développent la compréhension et améliorent à terme les échanges avec des personnes accompagnées issues de ces groupes.

Sur le plan du genre et de l'orientation sexuelle, cette attention est d'autant plus importante que les personnes LGBTQI+ sont surreprésentées parmi les personnes sans domicile les plus jeunes, le rejet familial en étant la cause principale. Les personnes trans ont deux fois plus de risques d'être sans-abri, et plus de risques d'avoir des troubles psychiques du fait des discriminations dont elles sont victimes. Elles sont plus à risque de discrimination dans les foyers, subissent plus de violence physique et verbale. Elles ont également plus de risques d'échanger des services sexuels contre des biens de première nécessité (hébergement, nourriture) (93).

7.5. L'« aller vers » et les services inclusifs

7.5.1. Données de la littérature

L'« aller vers » est une posture d'ouverture à l'autre qui modifie le rapport entre le professionnel et la personne. C'est une posture essentielle pour les publics en situation de précarité puisqu'elle permet d'aller à la rencontre des personnes en se rendant sur leurs lieux de vie ou au sein des lieux qu'elles fréquentent, en reconnaissant qu'à certains moments les personnes peuvent ne pas être en mesure de formuler une demande d'aide et de faire les démarches correspondantes (114).

Plusieurs revues de notre sélection soulignent l'intérêt de mettre en place des démarches d'« aller vers » et d'une manière générale des services flexibles, s'adaptant aux besoins complexes des personnes sans imposer de multiples contraintes. Karadzhov, dans sa revue systématique de 2020 (89), et Salize, dans sa revue narrative (96), soulignent que ce sont les services qui doivent s'adapter aux besoins des personnes sans domicile, et non les personnes sans domicile s'adapter aux services. Les services qui pratiquent l'« aller vers » sont caractérisés par cette mobilité dans la forme et le fond. Face aux besoins complexes des personnes sans domicile, et en particulier leurs besoins liés à la survie, Magwood s'appuie sur une revue systématique pour souligner que les interventions et réponses apportées aux personnes sans domicile doivent être particulièrement flexibles (81). Du fait de l'imbrication des problématiques, par exemple entre le sanitaire et le social, une même structure doit pouvoir fournir un maximum de services pour répondre à un maximum de besoins.

L'accueil des personnes doit être tolérant, inconditionnel, à « bas seuil d'exigence ». Les critères et les mesures d'exclusion portent préjudice aux personnes (96). Les traitements de substitution doivent être accessibles pour toutes les personnes qui en ont besoin, avec le moins possible d'exigences au préalable, comme le souligne la revue établie par Sun en 2012 (143). Les programmes qui pratiquent l'« aller vers » devraient pouvoir offrir l'accès à un hébergement ou à un logement « à bas seuil d'exigence » (94, 95, 143).

En France, l'« aller vers » pour les personnes sans domicile est en plein essor. Le Ségur de la santé, dans sa mesure 27, retient le développement et la création de nouveaux dispositifs d'« aller vers ». Ainsi, il renforce les moyens des EMPP, il permet la création ou le développement de PASS mobiles³², de LHSS mobiles et de jour³³ et d'ACT à domicile³⁴, d'ESSIP ex-SSIAD précarité³⁵, d'EMSP³⁶ (5, 114). À ces équipes s'ajoutent les équipes de maraudes sociales et/ou sanitaires, salariées et bénévoles déjà existantes.

³² [instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022](#)

³³ Article D. 312-176-1 du CASF.

³⁴ Article D. 312-154 et D. 312-176-4-26 du CASF.

³⁵ Article D. 312-176-4-26 du CASF.

³⁶ Article D. 312-176-4-26 du CASF.

7.5.2. Avis du groupe de travail

L'« aller vers » est une réponse essentielle et adaptée pour lutter, au sein des territoires, contre la dégradation sanitaire et sociale des plus démunis, isolés, exclus et vulnérables. L'« aller vers » permet d'aller à la rencontre des personnes qui ne formulent pas de demande en se rendant sur leurs lieux de vie ou au sein des lieux qu'ils fréquentent. Il permet une capacité d'intervention rapide, un repérage précoce, un rôle d'interface entre les personnes et les institutions pour renforcer les capacités des personnes. Il est une posture relationnelle d'ouverture vers la personne alors qu'elle renonce à être aidée et une réponse pertinente aux inégalités sociales et territoriales de santé. L'« aller vers » implique de se rendre disponible, et de « rester avec » les personnes aussi longtemps que nécessaire.

Si l'« aller vers » est particulièrement adapté pour les personnes concernées, la multiplication de ces dispositifs peut entraîner une multiplication des intervenants auprès des personnes, engendrant une perte de repères et une dilution du lien de confiance. La coordination des différentes équipes d'« aller vers » nécessite donc d'être organisée pour éviter une multiplication des acteurs et des intervenants et une fragmentation de l'offre de soins ou d'accompagnement. Le groupe de travail identifie les réseaux et les groupements pour organiser ces coopérations.

7.6. L'approche par les forces

L'approche centrée sur les forces (85) consiste à se concentrer sur les capacités des personnes et leurs aspirations, plutôt que sur leurs déficits, pour construire avec elles l'accompagnement qu'elles souhaitent pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés. C'est un processus interpersonnel de travail avec un individu et avec la collectivité, une philosophie de pratique touchant à la fois à la manière dont on conçoit les personnes accompagnées et à la manière d'être en relation avec celles-ci. Elle vise à accroître le rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Cette approche est soulignée comme particulièrement pertinente pour les personnes sans domicile présentant des troubles psychiques par deux revues de littérature systématiques, l'une, la revue de Tse (2016), se centrant sur l'intérêt des approches fondées sur les forces pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères, l'autre, celle de Magwood (2019), portant sur les études qualitatives traitant des conditions d'acceptabilité des interventions en direction des populations sans domicile. Dans les deux revues, malgré la variabilité de la littérature considérée et ses limites, il est fait état de résultats favorables lorsque les équipes adoptent des approches « fondées sur les forces ». Ces dernières, selon Magwood *et al.*, favorisent la reconnaissance des capacités des personnes, des effets des traumatismes, favorisent l'*empowerment* et soutiennent une culture « d'apprentissage émotionnel » et « d'apprentissage social » (81). Tse fait état de « preuves émergentes » d'efficacité (85). La revue de la littérature de Tse (85) suggère que les pratiques fondées sur l'approche par les forces tendent à :

- réduire les durées d'hospitalisation ;
- améliorer la satisfaction des patients ;
- améliorer leur estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la confiance en soi, le sens de l'espoir, l'atteinte d'objectifs et l'utilisation des services.

L'effet sur les symptômes n'est pas montré, du fait d'une absence d'intégration des approches médicamenteuses dans les études mentionnées.

Cette revue systématique met en évidence l'intérêt de l'approche par les forces pour les équipes, qui montrent plus d'optimisme quand elles pratiquent de cette manière.

Enfin, cette revue met en évidence les réticences de certains cliniciens pour cette approche du fait du « virage à 180° par rapport aux approches paternalistes » qui est nécessaire pour cette pratique.

Un mentorat et une supervision sont nécessaires pour une mise en pratique de l'approche.

Rapp & Gosha ont opérationnalisé l'approche et définissent six principes (144) :

- l'accent est mis sur les forces de la personne et non ses déficits ou ses difficultés ;
- la relation intervenant/personne accompagnée est essentielle ;
- les interventions sont fondées sur l'autodétermination de la personne ; les personnes se développent à partir d'intérêts, d'aspirations et de forces qui leur sont propres ;
- l'environnement de la personne est source d'opportunités pour elle ; c'est là qu'elle peut trouver les ressources dont elle a besoin plus que dans des services spécialisés ;
- l'« aller vers » est une pratique essentielle ;
- les personnes peuvent continuer à apprendre, se développer et changer malgré les troubles psychiques.

7.7. La sensibilité aux effets du traumatisme

Compte tenu de la prévalence et de l'importance des traumatismes dans la vie des personnes sans domicile, les guides et recommandations internationales pour la prise en charge des personnes en situation de grande précarité invitent les services à répondre aux besoins spécifiques de ces personnes très exposées aux traumatismes au cours de leur vie, selon le modèle « *trauma-informed* », que nous avons traduit par « sensibilité au traumatisme ».

Ainsi :

- le NICE, dans ses recommandations publiées en 2022, fait de la capacité à réfléchir à une offre de service adaptée à des personnes ayant subi des traumatismes l'un des principes directeurs de ses recommandations, puis le décline en recommandations organisationnelles et pour la formation des professionnels³⁷ (145) ;
- les recommandations canadiennes de 2020 sur la santé des personnes en situation de grande précarité formulent des recommandations similaires³⁸ (139) ;
- le guide « *Pathway* » de 2020, comportant des recommandations organisationnelles en direction des équipes du NHS au Royaume-Uni au contact des personnes vivant à la rue, recommande la mise en place de formations aux approches « sensibles au trauma » et de sensibilisation à la santé mentale pour l'ensemble des professionnels, en particulier ceux des lieux d'accueil et d'hébergement³⁹ (140) ;

³⁷ « Consider using psychologically informed environments and trauma-informed care. Recognise that people's behaviour and engagement with services is influenced by their traumatic experiences, socioeconomic circumstances and previous experiences of services. »

³⁸ « Les populations sans-abri ou logées précairement devraient recevoir des soins centrés sur les patients et adaptés aux traumatismes subis » (traduction en français canadien de « *Homeless and vulnerably housed populations should receive trauma-informed and person centred care* »).

³⁹ « Provision of training for all staff across sectors in psychologically informed and trauma-informed approaches, particularly those in hostels and rough sleeping outreach services. »

- dès 2012, le guide du *Homeless link* (une fédération d'organisations britanniques travaillant dans le secteur de la grande précarité) souligne la prévalence du psychotraumatisme dans ces populations et la nécessité d'adapter les approches et les environnements⁴⁰ ;
- le guide OMS sur la santé mentale des réfugiés et migrants recommande de faire de la prise en charge du psychotraumatisme dans ces populations une priorité de santé publique (33).

Le consensus via un Delphi ayant permis de hiérarchiser les besoins prioritaires des personnes en situation de grande précarité dans la perspective de l'établissement des recommandations canadiennes situe en deuxième position les soins en santé mentale et le traitement du psychotraumatisme (146).

Maxime Harris définit les services « sensibles au traumatisme » comme « des services qui se modifient du fait de la prise de conscience des traumatismes et de leur impact sur la vie des personnes qui reçoivent ces services » (147). Cette approche propose de revoir à la lumière du trauma tous les aspects des services, de l'organisation à l'accompagnement des personnes, en pensant constamment à la manière dont les expériences traumatiques influencent la vie des personnes concernées, et en limitant au maximum les situations susceptibles de faire écho avec ces expériences négatives passées.

Cette approche favorise l'autonomie et la guérison, promeut la résilience et les stratégies d'adaptation et aide les personnes à gérer les déclencheurs liés aux expériences traumatiques passées (81).

Le modèle est fondé sur huit principes (148).

- **Comprendre le traumatisme et son impact :**
 - comprendre le stress lié au traumatisme et l'impact que celui-ci a sur la personne. Prendre conscience que beaucoup de réactions et de comportements sont des réponses adaptatives à des expériences traumatiques du passé.
- **Promouvoir le sentiment de sécurité :**
 - établir un environnement physique et émotionnel sécurisant, où les besoins primaires sont satisfaits, les mesures de sécurité fonctionnelles, et les réponses des professionnels sont cohérentes, prévisibles et respectueuses.
- **Veiller aux compétences culturelles :**
 - comprendre la manière dont le contexte culturel influence les perceptions et les réponses aux événements traumatiques et au processus de rétablissement ;
 - respecter la diversité dans le service, et recourir à des interventions respectueuses des contextes culturels et spécifiques à ceux-ci.
- **Soutenir le contrôle, le choix et l'autonomie :**
 - accompagner les personnes à retrouver un sens du contrôle sur leur vie quotidienne et accompagner le développement de compétences qui vont renforcer leur sens de l'autonomie ;
 - informer correctement et en continu les personnes accompagnées sur le service et tous les aspects du système ;
 - définir des attentes claires, donner aux usagers la possibilité de prendre des décisions quotidiennes et de participer à la définition d'objectifs personnels ;
 - sensibiliser aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales, et les faire respecter.
- **Partager le pouvoir et la gouvernance :**

⁴⁰ « *The high levels of personality disorder and or complex trauma found among homeless groups means that adopting a 'psychologically informed environment' within homelessness setting is crucial* » (NB : l'expression « *psychologically informed* » est très souvent utilisée en association avec celle de « *trauma-informed* » ou s'y substitue, elle est parfois traduite en « soins non oppressifs » en français canadien et pourrait être traduite comme « sensibilité aux problématiques de santé mentale »).

- promouvoir la participation démocratique et harmoniser les écarts de pouvoir dans le service : partage du pouvoir et de la prise de décision à tous les niveaux, qu'il s'agisse de décisions quotidiennes ou des politiques et procédures.
- **Intégrer les soins :**
 - maintenir une vision globale des personnes concernées et de leurs processus de rétablissement ;
 - faciliter la communication entre et parmi les services et les systèmes.
- **« La guérison survient dans la relation » :**
 - croire qu'établir une relation sécurisante, authentique et positive peut être réparatrice pour les survivants de traumatismes.
- **« Le rétablissement est possible » :**
 - comprendre que le rétablissement est possible pour tout le monde, quelle que soit sa vulnérabilité apparente ;
 - insuffler de l'espoir en offrant des possibilités de participation aux usagers actuels et aux anciens usagers, à tous les niveaux du système ;
 - faciliter le soutien par les pairs ;
 - se centrer sur les forces et la résilience, établir des objectifs pour l'avenir.

L'Institut sur les traumatismes et les soins sensibles au trauma conseille de veiller à ne pas mettre en œuvre certaines procédures ou modalités relationnelles, parce qu'elles font écho à des moments où la personne traumatisée n'a pas été entendue, écoutée, respectée, et où elle n'a pas été en sécurité⁴¹ (149).

7.8. Le rétablissement

Le « rétablissement » est à la fois un mouvement porté par les usagers en psychiatrie, une expérience des personnes vivant avec des troubles psychiques, une « philosophie » du soin et un ensemble de pratiques professionnelles.

Nicolas Chambon propose la définition suivante : « L'approche du rétablissement induit à s'intéresser aux capacités, savoirs, choix, désirs, volontés, droits et environnement des personnes confrontées à des difficultés. Elle nécessite un décloisonnement entre les champs du sanitaire, du médico-social et du social » (150). La notion de rétablissement correspond à un ensemble d'interventions en psychiatrie et santé mentale qui promeuvent la capacité d'agir et le maintien ou l'accès à l'inclusion sociale et citoyenne des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Cette approche est très largement adoptée par les institutions sanitaires. Ainsi, le récent rapport de l'OMS sur la santé mentale formule l'exigence suivante : « Chaque membre de la communauté et le système de soins doivent faciliter l'insertion sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale et promouvoir des soins et des aides fondés sur les droits, centrés sur la personne et orientés sur le rétablissement » (151).

En France, la notion a été reprise dans le Code de la santé publique : « Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée,

⁴¹ [The Institute on Trauma and Trauma-Informed Care \(ITTIC\) – University at Buffalo School of Social Work – University at Buffalo](#)

en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale⁴². »

Plusieurs publications soulignent l'ambiguïté et la difficulté de définir la notion, tout en soulignant son importance pour l'évolution des pratiques en santé mentale et en psychiatrie (82, 152). Ainsi, Lise Demailly affirme : « Quoi qu'il en soit, « rétablissement » désigne aujourd'hui une visée de transformation de l'institution psychiatrique, qui a inspiré des innovations récentes (...) et il fait le lien avec des innovations plus anciennes, comme les groupes d'auto-support, le courant de la réhabilitation sociale. Le « rétablissement » comme paradigme approfondit la mise en cause de la psychiatrie asilaire, oblige la psychiatrie à travailler avec le secteur social et convoque l'idée de démocratie sanitaire » (152).

L'exploration de cette notion et du corpus scientifique qui en est issu dépasse donc largement le périmètre de cet argumentaire. Néanmoins, l'ensemble des publications (en particulier les recommandations et les revues de littérature internationales) portant sur les approches efficaces dans l'accompagnement des personnes sans domicile vivant avec des troubles psychiques y font référence. Nous proposons :

- quelques éléments de définition de la notion, issus de l'analyse globale de la sélection de publications réalisée pour cette étude ;
- l'analyse plus approfondie de l'une des revues systématiques de notre sélection qui identifie les freins et les leviers du rétablissement chez les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères ; cette analyse donne des repères pour cerner le rétablissement des personnes dans ses aspects concrets et les pratiques « orientées rétablissement ».

Qu'est-ce que le rétablissement ?

« 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. » William Anthony (1993, traduction UNAFAM Vers le rétablissement | Unafam)

- Ce que le rétablissement ne signifie pas :
 - le rétablissement ne signifie pas que la personne n'aura plus de symptômes ;
 - le rétablissement ne signifie pas que la personne n'aura plus à lutter ;
 - le rétablissement ne signifie pas que la personne ne devra plus utiliser les services de soin ;
 - le rétablissement ne signifie pas que la personne n'aura pas recours aux médicaments ;
 - le rétablissement ne signifie pas nécessairement que la personne sera pleinement indépendante pour satisfaire tous ses besoins.
- Ce que le rétablissement signifie :
 - la personne contrôle la prise des décisions majeures de sa vie ;

⁴² Art. R. 3224-6.-I.- issu du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

- la personne accepte et comprend ses expériences de vie et a développé un cadre narratif utile pour aller de l'avant ;
- la personne a adopté une approche résolument tournée vers l'avenir quant à sa vie ;
- la personne franchit des étapes utiles pour améliorer son bien-être ;
- la personne a de l'espoir et est capable d'apprécier la vie.

Les soins orientés vers le rétablissement reposent sur :

- la participation active des usagers aux soins qui les concernent et plus largement la valorisation du pouvoir d'agir ;
- le soutien et l'implication des proches ;
- la reconnaissance des savoirs expérientiels ;
- la priorité aux soins dans la communauté ;
- la lutte contre les inégalités sociales, la stigmatisation et les discriminations.

La revue systématique de Soundy s'intéresse aux facteurs psychosociaux qui influencent le rétablissement de personnes vivant avec des troubles psychotiques (153). La revue identifie 20 études primaires qualitatives sur ce sujet. Elle identifie des freins et des leviers du rétablissement, regroupés en 3 thèmes chacun, présentés dans le tableau ci-après. La compréhension de ces dynamiques ouvre de nombreuses pistes d'action pour les équipes.

Facteurs favorisant et freinant le rétablissement, d'après la revue systématique de Soundy, 2015 (153)

Facteurs facilitant le rétablissement	Facteurs freinant le rétablissement
<p>Ajustement, <i>coping</i> et réévaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – acceptation de la maladie ; – temps pour comprendre, se comprendre et appréhender les traitements et leurs effets ; – références et souvenirs à son passé, à ses compétences, aspirations, traits de personnalité – continuité ; – apparence et représentation de soi, ne pas mettre l'accent sur la maladie – utile pour lutter contre la stigmatisation ; – désir de changer les choses, d'être utile : cela permet de passer de la maladie à l'opportunité d'améliorer sa vie. 	<p>Interactions négatives et isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> – abus de substances ; – stigmatisation ; – les troubles peuvent réduire et changer les relations ; – l'isolement social progressif et le fait de se déconnecter des relations soutenantes.
<p>Réponse à la maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> – co-existence du rétablissement personnel avec les approches médicamenteuses ; – conscience du rôle des traitements médicamenteux dans la prévention des rechutes ; – importance du rôle des aidants dans le soutien à l'adhésion au traitement ; 	<p>Barrières internes</p> <ul style="list-style-type: none"> – manque de confiance sociale, inquiétudes quant à la représentation de soi.

<ul style="list-style-type: none"> – sentiment de responsabilité personnelle par rapport à sa santé ; – stratégies personnelles pour contrôler les symptômes. 	
<p>Soutien social, inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> – soutien individuel : amis et pairs, surtout en l'absence de famille (les amis sont parfois moins intrusifs) ; – famille qui apporte un soutien émotionnel et pratique ; – foi, sentiment d'appartenance à une communauté et force ; – accès à des personnes et des intervenants qui écoutent, acceptent et valorisent ; – les relations de confiance ; – le fait d'être soi-même « aidant ». 	<p>Incertitude et perte d'espoir</p> <ul style="list-style-type: none"> – incertitude quant à la nature imprévisible des rechutes : cela bloque le rétablissement et aggrave les exacerbations de la maladie ; – perte d'espoir : représentation d'un bon rétablissement ou d'un rétablissement complet impossible, impact des symptômes sur la vie et le fonctionnement quotidien.

L'étude de Soundy valorise également des éléments retrouvés dans l'approche par les forces et les approches sensibles au trauma :

- le besoin de restaurer la confiance, par l'ouverture, la gentillesse ;
- le soutien, dans toutes ses dimensions d'écoute, d'acceptation, d'estime et de compréhension. Le fait pour les personnes concernées de s'occuper d'autrui est fondamental et donne beaucoup de sens (cf. l'efficacité de l'auto-support et du soutien par les pairs).

Elle invite à accorder de l'importance aux petits gestes.

Enfin, les auteurs, discutant leurs résultats au regard de la littérature internationale, insistent sur plusieurs points :

- l'importance centrale de l'identité, du sens, et d'avoir un but :
 - il est important que les professionnels comprennent à quel point l'identité de « malade » peut être dominante et déprimante. L'identité peut évoluer et changer au contact de groupes positifs. Il est aussi important de se reconnecter avec les identités, les activités porteuses de sens et les compétences passées. Concevoir l'expérience de soi comme quelque chose de fluide aide à réduire la honte et la stigmatisation ;
- l'importance des facteurs favorisant le rétablissement :
 - des activités, de la joie et un sentiment d'appartenance à un groupe : social, spirituel, occupationnel, sportif,
 - l'importance des liens sociaux :
 - relations, groupes, soutien par les pairs, se sentir appartenir à la communauté,
 - le fait d'être en responsabilité quant à sa propre vie.

7.9. Avis du groupe de travail : les approches et modèles issus de la littérature

La pertinence de nommer ou non les approches et modèles (rétablissement, approche par les forces, la notion d'accompagnement intensif dans la communauté) a été discutée par le groupe de travail.

Le groupe de travail fait le constat d'une difficulté de situer les modèles internationaux dans des recommandations destinées à un public professionnel français avec un risque d'être perçu comme trop éloigné de la pratique quotidienne. Le groupe convient qu'il est cependant important de mettre en lumière certains principes d'action validés au plan scientifique et de nommer les approches essentielles, d'autant que certains de ces modèles (rétablissement, l'accompagnement des risques et des dommages, l'*Assertive Community Treatment*, l'approche par les forces ou les modèles *Individual Placement and Support*) se développent dans les pratiques de dispositifs ou structures français à destination des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques.

Le groupe convient que l'accompagnement orienté rétablissement doit être nommé, ainsi que l'*Assertive Community Treatment* qui montre de bons niveaux de preuves pour le public concerné.

7.10. Les éléments sur les postures professionnelles dans la littérature française

La Haute Autorité de santé, dans sa recommandation « soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » insiste également sur l'importance des valeurs et des principes d'autodétermination et de reconnaissance des compétences de chacun, sur l'importance de faire primer la volonté de la personne et de lui reconnaître sa capacité à décider et à agir (154).

Des guides d'accompagnement « santé et précarité » français traitent la question de l'accompagnement des personnes présentant des troubles ou une souffrance psychiques (135, 136). Les préconisations centrales de ces guides pour l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sont des préconisations de postures professionnelles empathiques et non jugeantes en cohérence avec les postures développées dans la littérature internationale :

- posture d'empathie et de respect de la différence ;
- respect de la temporalité de la personne, qui implique d'accepter que les objectifs ne soient pas atteints et d'accepter comme partie du processus les allers-retours et les prises de risques ;
- partir des besoins de la personne, soutenir l'*empowerment* de celle-ci et travailler sur l'estime de soi ;
- accepter ses propres limites et savoir orienter et travailler en partenariat et en réseau (135, 136) ;
- aller vers les personnes. Cet « aller vers » est défini comme un déplacement physique et une posture d'ouverture à autrui, de prise en compte de la personne dans sa globalité, sans jugement (137). Cette importance de l'« aller vers » est cruciale en milieu rural (155).

Le conseil régional des personnes accueillies/accompagnées (CRPA) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a édité un recueil de 20 contributions de groupes d'usagers sur des thématiques diverses. L'une d'elles traite de l'accompagnement social. Pour les personnes concernées, « un accompagnement réussi est basé sur :

- l'empathie ;
- l'écoute ;
- la personne au centre du projet ;
- la possibilité de changer de référent s'il ne convient pas ».

Dans les leviers d'un accompagnement réussi sont par ailleurs cités la reconnaissance de la personne dans sa globalité, la prise en compte de son potentiel, le respect de sa temporalité, l'attitude et la posture des professionnels, la place laissée aux personnes concernées dans les décisions, y compris dans la gouvernance.

Une des contributions des usagers traite spécifiquement de l'accompagnement des personnes en situation de précarité ayant des besoins en santé mentale. Cette contribution indique que « le professionnel perçu comme efficace s'investit dans la relation de soins et ne fait pas de catégorie, il communique avec des mots compréhensibles et ne propose pas nécessairement que des médicaments, mais également un suivi plus humain ». Le CRPA regrette parfois des problèmes d'échange et de dialogue dans les consultations, et pointe des situations dans lesquelles les personnes ne sont pas prises en considération et ne peuvent discuter des traitements et de leurs effets secondaires (127).

7.11. Avis du groupe de travail : les postures et principes

Le groupe s'accorde sur les postures suivantes, essentielles dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité avec des troubles psychiques :

- il est important de considérer la personne en tant que telle et non uniquement ses symptômes ou sa situation sociale ;
- considérer la personne nécessite de ne pas se l'approprier. Les professionnels doivent interroger les éléments de langage qu'ils utilisent en gardant à l'esprit la nécessité de ne pas blesser dans le vocabulaire employé ;
- lors de la rencontre avec une personne, chacun doit expliciter sa mission afin que la personne puisse choisir ce dont elle a besoin et qui l'accompagne ;
- le non-jugement est un objectif, pour autant, il faut être conscient que chacun peut être à certains moments dans le jugement. L'idée est d'accepter l'altérité. Il faut lutter « contre soi » pour offrir à l'autre le droit à la différence, la liberté et l'autonomie. La diversité d'une équipe peut être une force pour aider au non-jugement, y compris la diversité culturelle ;
- les dispositifs doivent aller vers les personnes et proposer des solutions qui s'adaptent à leurs besoins et priorités, en particulier :
 - adapter le lieu de la rencontre aux souhaits des personnes, accepter les rencontres dans des lieux différents (cafés, jardins, lieux publics...) ;
 - si la personne ne souhaite pas d'accompagnement, maintenir un contact et apporter une réponse au moment où la demande émerge ;
 - respecter la temporalité des personnes, être disponible pour l'échange et la rencontre, proposer plusieurs fois sans imposer ;
 - être tolérant sur les rendez-vous manqués, reproposez ;
 - s'appuyer sur l'entourage de la personne, le cas échéant (amis, familles, communautés culturelles ou religieuses, professionnels déjà en lien avec la personne).

Ces postures doivent être maintenues en tous lieux et dans le temps.

Concernant la participation des personnes, si le groupe souhaite souligner que le projet de la personne doit s'articuler autour de ses souhaits, et que sa participation est essentielle, il interroge une certaine forme d'« injonction » à la participation. La participation se construit avec les personnes. Notamment, la présence de la personne dans les réunions pluriprofessionnelles peut être difficile à vivre. Il faut le lui proposer et respecter son choix.

Le groupe rappelle l'importance de laisser la personne choisir ce qu'elle veut dire de son histoire de vie et à qui. Cela implique de veiller à ne pas mettre la personne dans l'obligation de se raconter et de raconter toute son histoire de manière répétée à plusieurs interlocuteurs pour prétendre à un service. Il faut rappeler aux professionnels qu'ils peuvent travailler pendant un temps sans l'histoire de vie complète de la personne. Il convient aussi de laisser à la personne le choix de ce qu'elle souhaite livrer et des personnes de l'équipe à qui elle souhaite livrer son histoire. En ce sens, des équipes diversifiées (en termes d'âge, de genre, de culture, d'expérience, de profession...) permettent à la personne de choisir la présence de médiateurs de même culture ou de langue commune, d'interprètes, de personnes ressources, de porte-parole... également.

Si le lien de confiance est essentiel dans la relation, il ne faut pas que le lien devienne un lien interpersonnel. L'analyse de la pratique, les espaces éthiques permettent de limiter les interactions isolées.

Lors des entretiens de cadrage ou des visites de site, plusieurs interlocuteurs ont souligné l'importance du moment de la rencontre et de l'établissement du lien de confiance. Celui-ci passe par une disponibilité, une continuité de présence et la réponse à la demande au moment où elle émerge.

Le groupe de travail partage l'importance accordée aux premiers contacts pour instaurer une relation de qualité qui permet l'engagement des personnes dans les soins et l'accompagnement proposé, de mieux comprendre les demandes et les besoins des personnes, en particulier sur le plan de la santé mentale, et de mieux y répondre. En ce sens, l'étape de l'accueil est capitale pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement.

Le groupe souligne l'importance majeure dans la phase de rencontre des postures et principes identifiés plus haut (accueil inconditionnel, non-jugement, bienveillance, respect de la confidentialité...) et précise que des attitudes discriminantes ou stigmatisantes ou vécues comme telles lors du premier rendez-vous peuvent être source de renoncement à ses droits. Il est essentiel de former les personnels d'accueil et notamment des administrations pour que les personnes ne renoncent pas à leurs droits.

Lorsque la rencontre a lieu dans des locaux, une attention toute particulière doit être portée à la qualité de ces locaux pour qu'ils soient accueillants, conviviaux, qu'ils apportent un sentiment de sécurité à la personne et qu'il garantissent la confidentialité des échanges.

Lorsque la rencontre a lieu sur le lieu de vie de la personne, il est important de respecter ce « chez-soi », même s'il s'agit d'un squat ou d'un bidonville, ou d'un morceau de trottoir « privatisé » par la personne. L'enjeu pour le professionnel est d'amener la personne à accepter le contact. Le professionnel se doit de favoriser la rencontre, en se montrant disponible, en proposant plusieurs fois si nécessaire pour que la personne accepte la rencontre chez lui ou hors de chez lui. Mais il ne peut être question d'entrer sans le consentement de la personne, en dehors des situations expressément prévues par la loi.

Pour certaines personnes, le lien de confiance est long à établir et les avancées minimales. Il importe de ne pas se décourager et de laisser une porte ouverte, de laisser à la personne la possibilité d'aller et venir. Pour des personnes qui craignent l'accroche, cette possibilité d'allers-retours est essentielle.

L'accueil à « haut seuil d'inclusion⁴³ » et les approches par la réduction des risques permettent ces allers-retours.

Le groupe rappelle l'importance d'accompagner les choix des personnes pour permettre des avancées. Cela implique de se décaler de certains apprentissages et de gérer les risques, de ne pas contraindre les personnes⁴⁴ et de ne pas penser « le bien » pour elle. Il faut accompagner la capacité de la personne à s'autodéterminer.

L'environnement peut être un frein à l'accompagnement des choix des personnes. Le tissu associatif permet d'être riche dans les solutions proposées. Il est important de développer des partenariats même lorsque l'on n'en a pas besoin immédiatement.

Le groupe insiste sur l'importance de questionner ses pratiques au quotidien pour les réajuster.

7.12. Les situations de violence

7.12.1. Les données de la littérature

Une étude appuyée sur le programme de recherche « un chez-soi d'abord » indique qu'un tiers des personnes a eu un épisode de violence verbale ou physique pendant les six mois précédant l'enquête ; ce qui serait deux fois supérieur au nombre de violences par des personnes avec un trouble schizophrénique ou bipolaire en logement. Les comportements violents sont associés (ordre décroissant) au fait :

- d'avoir un trouble de la personnalité ;
- d'avoir connu un épisode maniaque ;
- de présenter une addiction à l'alcool ;
- de consommer des antidépresseurs ;
- d'avoir un trouble bipolaire ;

ainsi qu'à la sévérité du trouble psychiatrique.

Les auteurs recommandent un traitement approprié, notamment pour réguler les changements d'humeur. La gestion de l'humeur dans cette population reste un défi majeur et les traitements non pharmacologiques, dont les interventions psychosociales, doivent également prendre en compte cet enjeu (156).

7.12.2. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail est conscient des comportements parfois violents des personnes en situation de grande précarité. Le groupe rappelle que la violence n'est pas acceptable :

- si elle relève d'un acte délictueux, elle doit être sanctionnée par la loi ;

⁴³ Le groupe a échangé sur l'importance du choix des termes qui ne doivent pas être stigmatisants pour la personne. Le terme « bas seuil » habituellement employé semblait pouvoir être vécu comme stigmatisant. Le groupe avait proposé d'utiliser à la place le terme « haut seuil d'inclusion ». Cependant, les instances de la HAS ont préféré les termes « accueil et accompagnement inconditionnels » (plus facilement compréhensibles, entendus ici comme un accueil et un accompagnement de la personne sans conditions ni prérequis, là où elle en est dans son parcours. Cet accueil et cet accompagnement inconditionnels s'inscrivent dans une démarche réflexive permettant une adaptation au plus près des besoins des personnes. Aussi, en dehors des chapitres concernant l'avis du groupe de travail, les termes accueil et accompagnement inconditionnels seront utilisés.

⁴⁴ Hors des situations expressément prévues par la loi.

- si elle relève d'un trouble psychique, la personne doit pouvoir bénéficier de soins adaptés⁴⁵.

Le groupe souhaite néanmoins indiquer que ces personnes vivent dans des mondes particulièrement violents (rue, certains centres d'hébergement) et que le manque de réponse institutionnelle est une forme de violence qu'il faut prendre en compte. Agir sur l'environnement pour le rendre moins violent et plus adapté peut permettre de prévenir ou réduire certains comportements violents.

7.13. Recommandations sur l'éthique, les principes et les postures d'intervention

→ Il est recommandé que les professionnels et intervenants fondent leurs pratiques sur les six principes suivants :

- « **aller vers** » les personnes et proposer un accueil et un accompagnement inconditionnels⁴⁶ ;
- **soutenir l'autodétermination** des personnes et développer leur pouvoir d'agir ;
- transformer l'environnement pour le rendre **soutenant** ;
- **lutter contre la stigmatisation** et l'auto-stigmatisation ;
- mettre en place dès que possible **une approche préventive** et des interventions précoces ;
- **interroger ses pratiques** en continu.

→ « **Aller vers** » les personnes et proposer un accueil et un accompagnement inconditionnels

Les services (secteurs psychiatriques et autres acteurs de la psychiatrie, services sociaux, médico-sociaux et de santé, tels que les structures de soins primaires et les structures addictologiques, les équipes mobiles ainsi que les services administratifs, les lieux d'accueil de jour et d'hébergement, etc.) accueillant les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques doivent proposer :

- un **accueil et un accompagnement inconditionnels**, souples et adaptés aux personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques et permettant de leur apporter une réponse « là où elles en sont, au moment où elles le souhaitent ».

Cela peut comprendre en particulier :

- une organisation souple : plages d'accueil sans rendez-vous, tolérance pour les retards, les absences, politique de recontact des personnes qui ne se présentent pas,
- une approche en termes de réduction des risques et des dommages⁴⁷,
- une offre diversifiée correspondant aux différents besoins des personnes.

⁴⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974318/fr/violences-psychiatriques-les-prevenir-des-l-admission

⁴⁶ L'accueil et l'accompagnement inconditionnels doivent être entendus ici comme un accueil et un accompagnement de la personne sans conditions ni prérequis, là où elle en est dans son parcours. Cet accueil et cet accompagnement inconditionnels s'inscrivent dans une démarche réflexive permettant une adaptation au plus près des besoins des personnes.

⁴⁷ Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ; [Haute Autorité de santé – Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\) \(has-sante.fr\)](#)

Cela implique de ne pas conditionner l'accès aux droits et aux prestations sociales à une acceptation des soins (psychiatriques, addictologiques) et/ou un arrêt des consommations de substances psychoactives ;

- une démarche d'« **aller vers** » **les personnes** même lorsqu'elles ne formulent pas de demande explicite. L'« aller vers » permet d'aller à la rencontre des personnes en se rendant sur leurs lieux de vie ou au sein des lieux qu'elles fréquentent, en reconnaissant qu'à certains moments les personnes peuvent ne pas être en mesure de formuler une demande d'aide. C'est une posture d'ouverture à l'autre qui modifie le rapport entre le professionnel et la personne. C'est une posture essentielle pour les publics en situation de précarité présentant des troubles psychiques qui implique de se rendre disponible. Il importe également de « **rester avec** » les personnes (contacts réguliers, disponibilité, etc.) dès lors qu'elles le souhaitent, aussi longtemps que nécessaire.

Pour les personnes qui ne souhaiteraient pas s'engager dans des soins ou un accompagnement, **il est conseillé de respecter ce choix**⁴⁸ et de :

- positionner son service comme un repère, **d'être présent** et d'offrir une continuité et une disponibilité dans la proposition d'accompagnement ;
- **laisser les personnes aller et (re)venir** autant que possible. Pour les personnes qui sont réticentes par rapport aux institutions, cette possibilité d'allers-retours est essentielle.

→ **Soutenir l'autodétermination et développer le pouvoir d'agir**

La personne est la plus à même d'identifier ses attentes, ses forces et ses difficultés, même si les troubles psychiques peuvent, à certains moments, affecter le discernement. Le rôle des personnes qui accompagnent les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques n'est donc pas tant d'agir à leur place que de **soutenir leur capacité à agir et à s'autodéterminer**. Cela permet à la personne de ne plus se réduire à sa maladie ou à sa situation sociale mais de **reprendre le contrôle de sa vie, de croire à son rétablissement et d'en prendre le chemin**.

Pour cela, plusieurs conditions sont identifiées :

- la **qualité de la relation** entre la personne et l'intervenant (confiance, réciprocité et engagement mutuel) ;
- le **repérage des forces**, capacités et savoirs, passés et présents de la personne ;
- une **attitude bienveillante, empathique et « non jugeante** » pour permettre à la personne d'exprimer et de vivre ses choix. Cela implique d'être conscient que chacun « juge » autrui à certains moments et d'apprendre à lutter contre ses propres préjugés pour offrir à l'autre le droit à la différence et à l'autonomie. S'appuyer sur **des équipes diversifiées** (en termes d'âge, de genre, de culture, d'expérience professionnelle et personnelle) permet une meilleure acceptation des particularités de chacun ;
- le **développement des liens sociaux** des personnes et la facilitation de leur **participation** (aux soins, à l'accompagnement, au fonctionnement des institutions et à la vie citoyenne) sans pour autant l'imposer.

→ **Transformer l'environnement pour le rendre soutenant**

⁴⁸ En dehors des cas expressément prévus par la loi (soins sans consentement), qui supposent cependant l'information et la recherche d'adhésion.

- Au niveau de chaque structure ou service (spécialisé ou de « droit commun »), l'accueil des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques suppose :
 - d'établir **un environnement sécurisant et bienveillant** ;
Cela implique :
 - d'apporter une réponse immédiate et inconditionnelle aux besoins fondamentaux⁴⁹,
 - d'assurer pour les personnes la sécurité des lieux d'accueil (centres d'hébergement, lieux de soins, logements),
 - de proposer un cadre de fonctionnement cohérent, stable et respectueux des droits des personnes,
 - de promouvoir les approches sensibles au traumatisme ;
 - d'inscrire son service dans le tissu local, de le faire connaître, de **développer des partenariats diversifiés et structurés** pour assurer la continuité des parcours ;
 - d'assurer **la reconnaissance des droits des personnes**.

→ Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation

- Repérer et expliquer les discriminations dont sont victimes les personnes permet de lutter contre la stigmatisation. Développer des **actions de lutte contre les discriminations et la stigmatisation** (des troubles psychiques, des addictions, des situations de précarité...) permet de faire évoluer les préjugés. Les phénomènes d'auto-stigmatisation doivent être pris en compte.
- **Le langage employé** ayant une importance majeure dans les processus de stigmatisation, les termes réduisant la personne à sa maladie ou à sa situation sociale doivent être proscrits. Même des éléments de langage, des attitudes, des habitudes du quotidien qui paraissent anodins peuvent être vécus par certaines personnes comme enfermants, infantilisans, voire blessants.
 - Il est nécessaire que les acteurs intervenant auprès de ce public interrogent en permanence leurs propos, leurs pratiques et leur posture pour s'assurer de ne blesser personne et pour les réajuster et les adapter à chacun.
 - Les professionnels du champ de la santé et du travail social peuvent également être porteurs de stigmatisation, il est essentiel de les former et les sensibiliser à l'importance du langage dans la lutte contre la stigmatisation dès la formation initiale et tout au long de la carrière. Ces formations doivent être construites avec les personnes concernées. Elles associent les autres intervenants (bénévoles, écoutants, etc.).

→ Mettre en place dès que possible une approche préventive et des interventions précoces

Les situations les plus complexes d'intrication entre grande précarité et troubles psychiques sont souvent le résultat de longs parcours d'errance.

- Il est fondamental de dépister/repérer afin d'intervenir ou d'orienter au plus tôt et autant que possible de manière préventive, coordonnée et suivant des temporalités adaptées sur les facteurs de rupture de vie et de soins (isolement, violence intrafamiliale, addictions, instabilité

⁴⁹ Nourriture, logement, accès à l'hygiène, accès aux soins de santé somatique et psychique urgents. Pour les personnes présentant des addictions, les besoins fondamentaux comprennent l'alcool et/ou le tabac et/ou les traitements de substitution. Haute Autorité de santé (2020). Covid-19 – Les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social. Saint-Denis La Plaine, HAS ; [Haute Autorité de santé – Covid-19 – Les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-authorite-sante/covid-19-les-mesures-barrieres-et-la-qualite-du-lien-dans-le-secteur-social-et-medico-social)

résidentielle, premiers symptômes de troubles sévères, etc.) et les facteurs permettant une mobilisation des capacités et ressources des personnes.

- Une sensibilisation aux inégalités sociales de santé et une attitude de vigilance par rapport aux situations de précarité favorisent la mise en place d'approches préventives.

→ **Mettre en place des espaces de réflexion collégiale pour interroger ses pratiques en continu**

L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité peut mettre en difficulté les professionnels et soulever **des questions éthiques qui nécessitent une réflexion collégiale**. Il est recommandé, lorsqu'ils n'existent pas, de mettre en place des espaces d'analyse de pratiques et/ou de réflexion éthique permettant de partager les questionnements et interrogations qui se posent avec les personnes concernées, l'équipe, les partenaires. Lorsqu'une situation individuelle est évoquée, les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ne peuvent échanger ou partager des informations que dans le respect du secret professionnel, conformément aux articles L. 1110-4 et R. 1110-1 et suivants du Code de la santé publique (CSP).

7.14. Recommandations sur la formation et le soutien des intervenants

→ Il est recommandé de :

- **proposer des formations adaptées** : aux acteurs de première ligne non spécialisés, aux professionnels de santé, ainsi qu'aux professionnels intervenant au quotidien auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ;
- **soutenir les professionnels** en :
 - organisant l'accès à des **ressources spécialisées** lorsque cela est nécessaire,
 - mettant en place des **lieux d'échanges** et d'évaluation des pratiques ainsi que des **actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention du burnout**.

Former les acteurs

→ Il est recommandé de **sensibiliser et former les acteurs de première ligne non professionnels de la santé mentale au repérage de la souffrance psychique des personnes en situation de grande précarité**.

Si tous les acteurs de première ligne ne peuvent acquérir une spécialisation dans le champ de la santé mentale et de la précarité, tous peuvent bénéficier d'une sensibilisation sur les questions de précarité et de santé mentale permettant de fournir un premier niveau de réponse adaptée. Il est souhaitable de former les équipes de première ligne :

- au repérage des signes d'appel des crises psychiatriques ;
- aux connaissances de base sur les grandes familles de troubles psychiques, leurs manifestations et les signes d'alerte.

Les formations aux premiers secours en santé mentale proposent ce type de connaissances et devraient être développées. Tout citoyen peut également bénéficier de cette formation.

→ Il est recommandé **de former les professionnels de santé** :

- à l'impact sur la santé et la santé mentale de la situation sociale des patients et à l'évaluation de celle-ci (voir par exemple le guide du Collège de la médecine générale paru en 2022 sur la prise en compte de la situation sociale des patients en médecine générale) ;
- aux spécificités de la prise en charge des pathologies duelles et des addictions (approche de réduction des risques et des dommages, repérage précoce, interventions brèves, etc.).

→ Pour les **équipes spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité et les professionnels de santé**, il est recommandé que les formations comprennent également :

- une réflexion sur la stigmatisation, la discrimination dont sont victimes ces publics et sur l'importance particulière des postures d'accueil et de bienveillance ;
- les postures d'« aller vers » et de « rester avec » ;
- des informations pratiques sur les ressources disponibles sur le territoire :
 - lieux d'accueil et de soutien, lieux de soins ou d'insertion,
 - acteurs du territoire (soins, logement, emploi) qui peuvent proposer des aides, des accompagnements ou une médiation ;
- une approche en termes de réduction des risques et des dommages ;
- une formation au repérage des troubles de stress post-traumatique.

Ces formations peuvent se faire au moyen de techniques d'immersion, de compagnonnage, d'échanges de pratiques, y compris avec des pairs-aidants ou des patients experts. Les équipes mobiles psychiatrie précarité peuvent mettre en œuvre ces formations. Les structures addictologiques peuvent aussi fournir un appui.

Soutenir les acteurs

Les équipes de droit commun

→ Il est recommandé aux acteurs de droit commun :

- d'organiser sur chaque territoire les modalités de **recours à des compétences spécialisées** afin d'apporter des réponses concrètes aux personnes : les acteurs doivent pouvoir faire appel à des professionnels aux compétences spécialisées dans la clinique de la précarité et dans l'accompagnement médico-psycho-social de ces situations pour un appui et des avis ;
- de **prévenir, anticiper et mieux répondre à ces situations** en construisant des collaborations pérennes avec les équipes spécialisées.

Pour tous les intervenants auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

→ Il est recommandé de mettre en place :

- des **réunions d'équipe** et entre partenaires pour l'analyse de situations complexes ;
- des espaces de **réflexion et d'échanges sur les pratiques**, en particulier dans le cadre de démarches d'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements ; y compris au travers d'échanges avec d'autres équipes ;
- des espaces **d'analyse de pratiques** avec éventuellement l'intervention de psychologues extérieurs à l'organisation ;
- des démarches **de prévention du burnout** et de promotion de la qualité de vie au travail dans un contexte où les professionnels doivent accompagner des situations particulièrement complexes ;
- un **accompagnement individuel** en fonction des besoins. Cet accompagnement peut s'appuyer sur les services de santé au travail (médecin, psychologue...).

7.15. Recommandations sur le premier accueil et l'évaluation des besoins

→ Il est recommandé d'accorder une attention toute particulière à la **qualité de l'accueil lors des premières rencontres** et de donner la priorité à la construction d'un lien de confiance.

Cela implique :

- d'aller vers les personnes sur leur lieu de vie ;
- de prendre le temps nécessaire à la rencontre, se montrer disponible, proposer plusieurs fois en cas de refus en étant vigilant à ne pas imposer ;
- d'être attentif à l'aménagement des locaux des institutions afin que les lieux soient conviviaux, accueillants et garantissent la confidentialité des échanges. Il convient aussi d'éviter au maximum les temps d'attente.

→ Il est recommandé **aux professionnels de psychiatrie et de la santé mentale d'aller vers** les personnes en situation de grande précarité signalées par les partenaires sur leurs lieux de vie.

Cette démarche d'« aller vers » en psychiatrie et santé mentale peut concerner des personnes à la rue en hébergement ou logement, sans attendre une demande ou une démarche de leur part pour évaluer et proposer un accompagnement clinique adapté, en particulier pour amener ou ramener les personnes en souffrance psychique et en rupture de soins vers le soin psychique et psychiatrique. Cet « aller vers » peut s'appuyer sur les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les équipes mobiles spécialisées pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale en logement, les équipes mobiles médico-sociales, en particulier les équipes d'addictologie, etc.

Il est nécessaire **d'accorder une attention particulière au respect des lieux et des « chez-soi »** des personnes.

Le « chez-soi » est à entendre au sens large, il peut s'agir d'un logement accompagné ou non, mais il peut également s'agir d'un hébergement ou d'un logement de type squat, bidonville ou abri de fortune sur le trottoir, dès lors que les lieux sont privatisés et investis par la personne. Lorsque les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques disposent d'un « chez-soi », l'enjeu pour le professionnel est d'amener la

personne à accepter le contact. Le professionnel se doit de favoriser la rencontre, en se montrant disponible, en proposant si nécessaire plusieurs fois un contact. Mais il ne peut être question d'entrer sans le consentement de la personne, en dehors des situations expressément prévues par la loi.

La qualité du premier accueil dans les administrations est primordiale. Certaines personnes peuvent renoncer à faire valoir leurs droits du fait d'un accueil vécu comme discriminant ou stigmatisant.

→ Il est recommandé de **former et sensibiliser particulièrement les personnels administratifs chargés du premier accueil.**

L'évaluation des attentes et des besoins

→ Les **besoins fondamentaux doivent être repérés. Il est recommandé d'y apporter une réponse immédiate** sans attendre d'avoir l'ensemble des éléments de l'évaluation.

Une démarche d'aide urgente ne peut être conditionnée par la réalisation d'une évaluation exhaustive de la situation de la personne.

→ Il est recommandé de **réaliser une évaluation globale des besoins : santé somatique, santé mentale, addictions et besoins sociaux, avec la personne.**

Cette évaluation est cruciale pour identifier des réponses adaptées. Certaines conditions doivent être respectées pour sa réalisation, notamment la prise en compte de la temporalité de la personne.

L'évaluation des besoins est réalisée **avec la personne** qui identifie ses besoins prioritaires. Cette évaluation sera réalisée en veillant :

- à identifier et prendre en compte **les aspirations, les forces et les ressources** de la personne ; l'évaluation des besoins s'intégrera à la démarche de rétablissement ;
- à **éviter à la personne d'avoir à répéter plusieurs fois et à plusieurs interlocuteurs différents son parcours de vie**, si elle ne le souhaite pas ;
- à **respecter la temporalité et les souhaits de la personne**. L'évaluation est une démarche qui intervient tout au long de l'accompagnement. Elle peut être réalisée en plusieurs étapes et de manière progressive ;
- à adapter le questionnement au **contexte** des rencontres (lieux, situation de la personne au moment du questionnement) et aux **compétences des professionnels**.

En respectant les précautions énoncées plus haut :

- chaque intervenant réalise avec la personne l'évaluation **dans le cadre de ses compétences propres** et utilise le cas échéant les outils d'évaluation recommandés dans son cadre professionnel ;
- le professionnel peut être amené à aborder des dimensions très diverses, même lorsque les réponses relèveraient d'interventions spécialisées. Il s'agit dans ce cas **d'un premier travail de repérage**, réalisé au travers de questions simples.

Par exemple

- Un travailleur social sera amené à aborder la question des besoins d'aide en santé mentale si la personne présente un état de détresse psychologique. Les formations de type

« premiers secours en santé mentale » sont utiles pour soutenir les professionnels dans leur abord de ces questions.

- Il est recommandé aux médecins généralistes et acteurs de soins primaires d'évaluer la situation sociale de leurs patients (droits sociaux, accès au logement, sources de revenus, etc.), et cela sans préjuger de cette situation car les difficultés sociales sont souvent méconnues.

Avec bienveillance et en respectant les éventuels « silences » de la personne, une **attention particulière** doit être portée :

- aux **besoins concrets** : nourriture, accès aux transports et aux moyens de communication ;
- aux **risques immédiats** (risque suicidaire, risque de subir des violences, etc.) ;
- à la **situation familiale** ; même si la personne se présente seule, il convient de lui demander si elle a des enfants ou des personnes à charge ;
- à la **compréhension de l'histoire** de la personne, y compris l'exposition à la violence et/ou aux discriminations dont la personne a pu être victime ;
- aux **expériences antérieures** avec les services de soins et services sociaux.

8. Les interventions et les organisations coordonnées et pluridisciplinaires

La littérature sélectionnée montre que les approches de suivi avec logement sont plus efficaces que sans logement (84, 95, 157) et suggère l'intérêt des modèles de *case management* pour ces populations (83, 95, 96, 139, 146, 158-160).

8.1. Les interventions sans logement

8.1.1. Accompagnement de type *case management*

8.1.1.1. Données de la littérature

La littérature internationale sélectionnée considère que les modèles de *case management* ou de « gestion de cas » sont les plus efficaces pour coordonner les services sanitaires et sociaux des personnes sans domicile (83, 95, 96, 139, 146, 158, 159). Ces modèles ne sont pas spécifiques au suivi des personnes sans domicile, et ils sont utilisés pour organiser l'accompagnement dans la communauté des personnes vivant avec des troubles psychiques (160).

Le *case management* est souvent proposé par des équipes pluridisciplinaires intégrant des travailleurs sociaux, des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, des ergothérapeutes et d'autres professionnels. Les équipes de *case management* proposent un large éventail de services : de l'« aller vers », de l'évaluation, de l'accompagnement, de la coordination entre services, de la psychothérapie, du soutien au logement, de l'aide dans la prévention des rechutes et des services d'inclusion sociale (160).

Deux principaux modèles

Parmi les différents modèles, deux ont été plus particulièrement étudiés :

- le modèle *Intensive Case Management* (ICM), qui s'adresse aux personnes présentant des besoins d'accompagnement dits « modérés » ;
- le modèle *Assertive Community Treatment*, qui s'adresse aux personnes présentant des besoins d'accompagnement dits « élevés ».

Comparaison des deux modèles (d'après Meyer et al. (161))

Modèle <i>Intensive Case Management</i>	Modèle <i>Assertive Community Treatment</i>
<ul style="list-style-type: none">- Ratio professionnel/participant < 1/20- Référent désigné ou <i>case manager</i> pour accompagner une personne, selon une approche orientée vers le rétablissement favorisant le choix et l'auto-support- Accès aux services déterminé en fonction de ce que la personne considère comme important pour atteindre ses objectifs (et non déterminé par le <i>case manager</i>)- Disponibilité selon un horaire régulier- Accompagnement des personnes aux réunions et aux rendez-vous pour les aider à	<ul style="list-style-type: none">- Ratio personnel/participant < 1/10, sans référent désigné dans l'équipe (toute l'équipe est responsable)- L'équipe pluridisciplinaire fournit les services directement à la personne accompagnée, selon une approche orientée vers le rétablissement favorisant le choix et l'auto-support- Mobilité, l'équipe rencontre les participants à leur domicile ou dans un lieu de leur choix- Réunion quotidienne en équipe et régulièrement en présence de chaque personne

Modèle <i>Intensive Case Management</i>	Modèle <i>Assertive Community Treatment</i>
<p>atteindre leurs objectifs et à répondre à leurs besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> – Durée du soutien déterminée par les besoins de la personne, l'objectif étant de passer le relais aux services de droit commun dès que possible 	<ul style="list-style-type: none"> – Disponible 24 h/24 et 7 j/7, en direct ou par une astreinte téléphonique

Dans la réalité des pratiques, il peut exister un continuum entre les deux modèles (160).

Besoins élevés ou besoins modérés ?

Les personnes sans domicile ayant des troubles psychiques présentent des besoins importants d'accompagnement (« besoins élevés »). Tsai *et al.*, dans une revue systématique de 2021 sur les méthodes de gradation des besoins des personnes ayant des troubles psychiques, font apparaître une variété de méthodologies d'évaluation des besoins. Le sans-abrisme fait néanmoins partie des critères cliniques déterminant des « besoins élevés » au même titre qu'une hospitalisation récente, la présence d'une comorbidité addictive et un niveau de fonctionnement social faible (160). Les personnes sans domicile porteuses de troubles psychiques relèveraient donc de modèles plus flexibles et plus intensifs que le *case management* « standard » et certaines revues de littérature de la sélection suggèrent que les approches les plus intensives sont plus efficaces que les approches moins intensives pour ces populations (95 197, 158, 159, 162). La variété des approches et l'adaptation aux besoins et attentes des personnes sont cependant recommandées (160, 162).

8.1.1.2. Avis du groupe de travail : rôle et place du *case management*

Le groupe de travail s'interroge sur l'opportunité d'utiliser les termes de *case management* et de *case manager* et d'une manière générale sur le positionnement des modèles de *case management* dans les recommandations.

Le *case management* est un cadre de référence pour la prise en charge médico-soignante et l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques, ayant un handicap et/ou des difficultés sociales. Différents modèles ont été développés, mis en œuvre et évalués pour l'accompagnement global des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques.

Il est fait le constat que sauf exception notable (un chez-soi d'abord), les modèles de *case management* ne sont pas mis en œuvre en tant que tels en France. Mais de nombreux dispositifs ont intégré les principes du *case management* ou du moins certains d'entre eux : la pluridisciplinarité, la référence soignante ou éducative, les fonctions de coordonnateur des soins ou de parcours, mais aussi plus simplement le rôle du médecin traitant, etc.

Le groupe décide que le terme de *case management* doit apparaître dans les recommandations car ces modèles ont montré leur intérêt pour les populations concernées. Le groupe propose d'utiliser *case management* sans traduction en référence au modèle.

Néanmoins, le groupe :

- n'est pas favorable à l'utilisation du terme *case manager* :
 - le terme « gestionnaire de cas » ne met l'accent que sur l'aspect technique et pas suffisamment sur l'esprit du modèle,
 - il tend à centrer le regard sur le *case manager* plutôt que sur la personne,

- son rôle n'est pas si clair que cela : il y a une fonction de coordination des interventions, mais aussi implicitement une fonction de « coaching » de la personne, plus délicate. Il faut une approche flexible qui n'enferme pas la personne dans une relation prescrite avec un professionnel ;
- estime que la question du référent doit être problématisée : il peut y avoir une tension dans la posture du référent, entre celle d'« avocat » de la personne auprès de l'institution et celle qui consiste à tenter de modeler la personne pour répondre aux exigences de l'institution. La fonction de coordination de parcours doit apparaître mais cette responsabilité ne peut être entièrement « déléguée » à un référent. Enfin, la fonction d'aide à la navigation dans le système est importante et intéressante, elle doit sans doute apparaître.

Les discussions au sein des instances ont conduit à privilégier les termes français « coordination de parcours » (plus facilement compréhensibles) à la place de *case management*.

8.1.2. Interventions en ergothérapie

La littérature sur les interventions ergothérapeutiques pour les personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques est très riche : une revue systématique de 2017 retrouve 178 articles, dont 44 décrivent des pratiques d'ergothérapie existantes, et 45 des pratiques d'ergothérapie qui devraient ou pourraient être mises en place. Les domaines de ces interventions sont très variés : l'acquisition d'habiletés, l'enrichissement occupationnel, l'emploi, la formation, la réadaptation physique, l'enfance et la famille, le développement communautaire, la transition de la rue au logement, l'alphabétisation et le secours aux personnes expulsées.

Pour les auteurs, cette hétérogénéité des pratiques est en miroir de l'hétérogénéité des besoins de ce public. Cette abondante production montre à quel point l'approche occupationnelle de l'ergothérapie est pertinente pour ce public, à même d'évaluer et de composer avec les forces et limitations de l'individu, mais aussi celles de l'environnement (83).

Selon les articles, les praticiens qui travaillent avec des personnes sans domicile qui ont des troubles psychiques doivent avoir des capacités relationnelles particulières, et développer leur sensibilité à la culture de la rue et au vécu des expériences négatives : échecs, traumatismes, discriminations.

La recherche européenne sur le sujet semble très peu développée, avec seulement 3 articles européens (1 en France, 1 en Suède et 1 en Irlande) ainsi que 6 articles britanniques, quand la recherche américaine sur l'ergothérapie pour les personnes sans domicile apparaît comme un champ dynamique, avec 58 articles.

8.1.3. Interventions psychosociales

La revue systématique de Hyun, en 2020 se penche sur l'efficacité d'interventions non médicamenteuses très diverses : relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, dont thérapie de « gestion des contingences », entraînement à la compassion, remédiation cognitive, approche par les forces, promotion de la santé, intervention brève portant sur l'alcool combinée à un suivi par un *case manager* et enfin intervention de réhabilitation combinant « aller vers », plan personnel de rétablissement et hébergement de répit (163).

Bien que la revue constate que toutes ces interventions sont tout à fait réalisables auprès de personnes sans-abri, et appréciées par celles-ci, il rapporte aussi à quel point elles sont peu déployées. On peut évoquer une forme de censure des professionnels ou un manque de ressources, par exemple en psychologies.

On peut regretter le faible déploiement de ces interventions psychosociales car la méta-analyse montre leur impact significatif sur la réduction de l'anxiété et l'amélioration de la santé mentale.

En particulier, la relaxation n'est évaluée que par une seule étude, mais avec des résultats prometteurs (effet important, avec un *d* de Cohen supérieur à 0,6 – Chang, 2010).

Interventions psychosociales efficaces pour les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques, d'après (163)

Nombre d'études et description des interventions	Population spécifique	Auteur, année de publication
<p>« Case management » (3 études)</p> <p><i>Case management</i> intensif, santé mentale et addictions, entraînement aux habiletés, soutien au logement (Malte, 2017)</p> <p>26 sessions d'approche par les forces, 20 sessions de <i>counselling</i> sur santé mentale addiction, soutien au logement (femmes) (Guo, 2016)</p> <p><i>Case management</i> intensif avec <i>counselling</i> sur santé mentale addiction, soutien à l'emploi (Toro, 1997)</p>		<p>Guo, 2016</p> <p>Malte, 2017</p> <p>Toro, 1997</p>
<p>Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (2 études)</p> <p>10 séances de 2 heures, hebdomadaires</p> <p>1 étude compare TCC à <i>mindfulness</i> (Garland)</p> <p>1 étude compare TCC à psychoéducation de groupe (Himle)</p>		<p>Garland, 2016</p> <p>Himle, 2014</p>
<p>TCC de type « gestion des contingences » (2 études)</p> <p>1 avec logement, abstinence et emploi - 6 mois (Lester)</p> <p>1 avec renforcement positif - 24 semaines (Reback)</p>	Adultes ayant une dépendance/substances psychoactives SPA	<p>Lester, 2007</p> <p>Reback, 2010</p>
<p>Relaxation (1 étude)</p> <p>10 séances de 45 minutes, en groupe</p>		Chang, 2010
<p>Entraînement à la compassion (1 étude)</p> <p>Livre + exercices 5-15 minutes pendant 4 semaines</p>	Vétérans	Held&Owens, 2015
<p>Remédiation cognitive (1 étude)</p> <p>26 séances</p>		Medalia, 2017
<p>Réhabilitation (1 étude)</p> <p>Plan personnel de rétablissement, « aller vers », hébergement de répit</p>		Shern, 2000
<p>Approche par les forces (1 étude)</p> <p>Travail sur l'atteinte des objectifs</p>	Jeunes adultes sans-abri	Krabbenborg, 2017

Nombre d'études et description des interventions	Population spécifique	Auteur, année de publication
En lien avec le personnel des foyers		
Groupe de promotion de la santé et gestion de cas par infirmiers (1 étude) 6 séances en groupe	Personnes sans-abri âgées et vulnérables	Salem, 2017
Intervention portant sur l'alcool (1 étude) Intervention brève et suivi par un <i>case manager</i>	Femmes	Upshur, 2015

Les études primaires de la revue systématique Hyun 2020 (tableau ci-dessus) montrent en particulier des effets sur le niveau d'anxiété. Une méta-analyse sur 5 études fait apparaître une différence moyenne normalisée -0,20 (95 % IC -0,386 ; -0,022) (163). En revanche, aucun effet sur la dépression n'a été montré.

Les études sur l'efficacité d'interventions de prévention du suicide dans cette population sont très peu nombreuses, malgré le risque élevé auquel elle est exposée (164). Les stratégies évaluées par la revue de Murray (2021) reposent sur des séances de psychothérapies centrées sur le suicide (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (164) – 13 séances ; TCC prévention du suicide (164) – 10 séances). Pour les jeunes, les stratégies de prévention abordent la question des familles.

Les résultats de ces interventions sont concluants, avec une réduction significative du risque de suicide. Il faut souligner le taux de rétention très élevé au fil des séances, qui reflète une forte adhésion des participants sans domicile (164).

8.1.4. Réhabilitation psychosociale

La littérature montre également que de nombreuses interventions de réhabilitation psychosociale sont efficaces (amélioration du fonctionnement cognitif et social, implication dans la collectivité) pour les personnes qui ont des troubles psychiques : dans une revue de littérature, Atyeo *et al.* identifient 20 études sur le sujet, dont 7 essais randomisés (84). Les populations concernées ont des troubles psychiques sévères, avec une instabilité résidentielle.

Le suivi intensif de type *Assertive Community Treatment*, l'emploi accompagné, l'entraînement des habiletés sociales, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), le soutien familial, la psychoéducation, le traitement intégré des addictions ou encore l'accompagnement à la perte de poids pour les personnes en surpoids ont été évalués de manière positive (84).

Ces études montrent notamment que la réhabilitation psychosociale a d'autant plus de pertinence qu'elle accorde de l'importance à l'environnement de la personne et qu'elle intervient sur les aspects de la vie quotidienne : nourriture, hygiène, gestion du budget, relations sociales. D'une manière plus générale, la revue insiste sur l'environnement, dont la prise en compte est déterminante pour la réussite de l'intervention : logement, hébergement, lieux de distribution de repas, lieux d'accueil de jour, etc. ; elle préconise un déploiement sous forme « d'aller vers » pour une meilleure prise en compte de l'environnement ; elle invite au développement de la recherche sur les articulations entre les interventions de type réhabilitation psychosociale et les différents types d'environnement proposés aux personnes vivant avec des troubles psychiques sévères.

Même si les interventions d'accompagnement à et dans l'emploi de type IPS (*Individual Placement and Support*) semblent prometteuses, la revue de Barnett *et al.* de 2022 montre qu'elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité auprès des personnes souffrant de troubles psychiques et sans domicile : une seule étude de la revue Barnett de 2022 porte sur l'efficacité d'IPS pour cette population, et celle-ci ne met pas en évidence d'amélioration significative de l'accès à l'emploi comparativement au groupe témoin (RR 1,55 (0,76-3,15) (165)).

Avec logement

Atyeo *et al.* soulignent que la littérature montre que l'accès à un logement ou à un hébergement correspondant aux attentes des personnes est l'un des facteurs d'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement psychosocial (collectif ou individuel, encadré ou indépendant, etc.) (84)⁵⁰. En réhabilitation psychosociale, les approches liées au logement des personnes sans domicile étaient classiquement plus de l'ordre du logement assisté (*Supportive housing*), que du logement accompagné (*Supported housing*). Le logement assisté suit une logique dite « *train and place* », qui consiste à assurer d'abord le renforcement des compétences des personnes dans un milieu protégé, avant un retour au milieu ordinaire, alors que le logement accompagné suit une logique dite « *place and train* », qui consiste à garantir d'emblée l'accès à un logement ordinaire de manière à engager le renforcement des habiletés à partir d'un quotidien ordinaire. Le logement assisté est plus supervisé, quand le logement accompagné est plus flexible et moins intrusif du fait de la séparation entre propriétaires et équipe. Ces deux approches ont l'intérêt de soutenir les personnes dans leur environnement et d'entraîner leurs compétences au logement (84).

8.2. Les interventions avec logement

La question du logement est incontournable dans la littérature concernant les personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques. Toutes les revues de la littérature internationale en parlent et le situent comme un déterminant essentiel de santé. Pour les auteurs, le logement apparaît comme un préalable pour pouvoir se concentrer sur d'autres besoins, tant le chez-soi a d'importance dans le sens de soi et de sa sécurité personnelle, dans l'intimité et la protection du regard d'autrui (par exemple, Baudoïn 2016 (162)).

Le logement arrive en tête des priorités des personnes concernées, comme le montre l'étude de Shoemaker auprès de groupes d'usagers, aboutissant grâce à une méthode Delphi à un classement consensuel de priorisation de leurs besoins comme suit :

- le logement ;
- la santé mentale et l'accompagnement des traumatismes, des addictions ;
- la coordination des intervenants et des services ;
- l'accès à des revenus.

Il est intéressant de voir que les professionnels, qui étaient interrogés par ailleurs, ont placé les besoins des personnes dans le même ordre (146).

Il n'est donc pas étonnant que la littérature mette massivement l'accent sur l'importance d'intégrer cette question du logement aux interventions destinées à ce public. Les revues de la littérature de Hwang en 2014 (revue à partir de 21 revues systématiques et de 58 articles pertinents supplémentaires) ou de Jego en 2018 (revue systématique incluant 19 études primaires) par exemple rappellent que les interventions les plus efficaces sont intégrées avec le logement (95, 99).

⁵⁰ « *The realization of housing preferences for this population is associated with better quality of life [19,35,36] as well as improvements in employment status, social-role and global functioning [27].* »

Notons que des facteurs liés au logement peuvent accélérer ou freiner le rétablissement des personnes : la qualité du logement, son apparence, son accessibilité, le ressenti de sécurité et de sûreté qu'il inspire, son voisinage ou ses propriétaires (au travers des relations qu'ils entretiennent avec les personnes logées) (84).

8.2.1. Logement indépendant ou institutionnel ?

Au sein des offres de logement, les personnes qui ont des troubles psychiques sévères préfèrent largement le logement individuel à toute autre forme de logement plus institutionnel. Dans une revue systématique retrouvant 32 études, dont 24 incluent des personnes sans-abri, 84 % (IC 95 % : 63-93 %) des personnes optent pour le logement individuel, et il n'y a pas de différences entre les personnes sans domicile et les autres au niveau de cette préférence (166).

L'équipe de Richter s'appuie sur la supériorité des approches par le logement individuel avec soutien (voir résultats dans le paragraphe suivant) et l'importance du choix de la personne pour recommander de ne conserver une orientation vers l'hébergement en institution qu'aux personnes qui le choisissent et à celles qui ont connu plusieurs échecs.

8.2.2. Résultats des approches par le logement stable indépendant (littérature internationale)

Au total, 7 revues de la littérature comparent les approches par le logement indépendant stable à d'autres approches : (157, 162, 167-171). Les 7 revues montrent que les approches par le logement indépendant stable associé à un accompagnement sont supérieures aux autres approches, en particulier quant à la stabilité résidentielle. Quatre revues s'intéressent aux interventions de logement indépendant avec soutien au sens large (en incluant le modèle *Housing First*), et 3 se centrent uniquement sur le modèle *Housing First*.

Les populations d'étude, les interventions sélectionnées, les groupes de comparaison et les critères de résultats de ces différentes revues systématiques sont présentés dans le tableau ci-dessous ainsi que leurs principaux résultats. Nous n'avons pas intégré dans le tableau la revue systématique de Benston, qui se limite au territoire américain et intègre des études de faible qualité. Les résultats de la revue de Benston sont tout à fait cohérents avec les résultats des autres études, et n'apportent pas d'élément supplémentaire aux conclusions des autres études : 11 des 12 études qui ont des indicateurs de stabilité résidentielle rapportent des résultats significatifs en faveur du logement accompagné (171).

Revue de la littérature comparant les approches de logement indépendant stable (y compris *Housing First*) avec d'autres services

	(Rog, 2014) (157)	(Richter, 2017) (167)	(Onapa, 2021) (168)	(Baxter, 2019) (169)	(Beaudoin, 2016) (162)	(Ly, 2015) (170)
Population	Personnes sans domicile ayant des troubles psychiques et/ou des addictions	Personnes ayant des troubles psychiques sévères	Personnes sans-abri	Personnes sans domicile ayant des maladies chroniques	Personnes sans domicile de plus de 16 ans ayant des troubles psychiques et/ou des addictions	Personnes sans domicile ayant des troubles psychiques
Intervention	Logement indépendant stable avec soutien (y compris logement assisté, logement accompagné, logement avec services, <i>Housing First</i>)	Logement indépendant avec soutien, y compris <i>Housing First</i>	4 types d'approches par le logement (13 modèles) : <ul style="list-style-type: none"> — logement indépendant avec soutien, y compris <i>Housing First</i> — logement de transition — logement social (financé par des associations) Logement collectif communautaire	<i>Housing First</i>	<i>Housing First</i>	<i>Housing First</i>
Comparateur	Interventions sans logement	Logement non indépendant (institutionnalisé)	Autres services (offres habituelles)	Autres services (offres habituelles)	Question principale : autres services (offres habituelles) Plusieurs comparateurs liés à plusieurs questions de recherche	Autres services (offres habituelles)
Critères de résultat	Stabilité résidentielle Consommation de soins hospitaliers et urgence Satisfaction Santé mentale	Préférence des usagers Stabilité résidentielle Intégration sociale Santé Paramètres subjectifs	Impact sur la santé mentale et physique	Santé mentale et physique Recours aux services de santé Stabilité résidentielle	Logement et itinérance Santé mentale, addictions Santé physique Qualité de vie et satisfaction Utilisation des services	Coûts

	(Rog, 2014) (157)	(Richter, 2017) (167)	(Onapa, 2021) (168)	(Baxter, 2019) (169)	(Beaudoin, 2016) (162)	(Ly, 2015) (170)
		Coûts			Emploi Criminalité Incarcération Participation sociale Soutien social Victimisation Revenus	
Principaux résultats	Fort effet positif sur les critères de sans-abrisme : augmente la stabilité résidentielle Réduit les visites aux urgences, réduit les hospitalisations, améliore la satisfaction	Forte préférence pour le logement individuel avec soutien Parmi les personnes sans-abri, supériorité du logement individuel avec soutien pour tous les critères de résultats	HF réduit le nombre de jours passés sans-abri Logement indépendant stable et logement financé ont un effet sur les états dépressifs et anxieux Au total, faible effet de l'accès au logement sur la santé, sauf sur HIV, anxiété, dépression	Nette amélioration de la stabilité dans le logement Moindre recours aux hospitalisations (nombre mais pas durée) et aux urgences Pas de différences statistiquement significatives en matière de santé perçue ou d'addictions	Dans le groupe HF <i>versus</i> offres habituelles : plus de temps passé en logement, baisse des hospitalisations ; effets mitigés sur qualité de vie, satisfaction, santé mentale, santé physique, consommation de SPA ; effets sur les revenus (mais 1 étude)	Meilleure allocation des ressources pour HF
Nombre et type d'études	20 études : 8 revues de la littérature, 7 ECR, 5 études quasi expérimentales	32 études : 24 portant sur des personnes sans domicile (20 ECR et 4 non randomisées) et 8 sur des personnes n'étant pas sans domicile (aucun ECR)	27 études : 3 revues systématiques, 12 essais randomisés, 12 études quasi expérimentales ou observationnelles	4 essais randomisés	19 études : 3 revues de la littérature, 5 études expérimentales, 11 quasi expérimentales	34 études : 4 ECR, 8 quasi expérimentales (5 avec groupe contrôle, 3 pré-post), 22 études non publiées

Accès au logement stable indépendant avec soutien

Trois revues de la littérature s'intéressent à l'efficacité de l'accès au logement stable indépendant avec accompagnement au sens large (157, 167, 168).

La revue systématique de Onapa intègre des articles portant sur l'efficacité d'actions de logement destinées aux personnes sans domicile, qu'elles aient des troubles psychiques ou non. Ces interventions sont efficaces dans la réduction du nombre de jours passés à la rue. Cependant, la revue retrouve que le logement indépendant stable et le logement financé ont un effet sur les états dépressifs et anxieux, mais que l'effet est globalement faible sur la santé.

Cette revue décrit 13 modèles différents en fonction des acteurs impliqués, de la manière dont ceux-ci interagissent avec le logement, avec la personne, entre eux, des savoirs et pratiques qu'ils mobilisent, et des paramètres liés au logement (diffus, regroupé ; type de baux, etc.).

La complexité de ces interventions et la nécessité de leur évaluation rendent indispensable la définition précise de catégories et de modèles (157).

Parmi ces modèles, l'un des mieux défini et évalué est le modèle *Housing First*.

Ce modèle est identifié dans les conclusions des trois revues de la littérature (157, 167, 168) comme étant évalué par des essais plus robustes en termes méthodologiques, et ayant de meilleurs résultats.

La revue systématique de Rog se centre sur l'efficacité du logement indépendant avec soutien, et ce pour les personnes sans domicile qui ont des troubles psychiques. Les interventions incluent des approches de type logement assisté et logement accompagné. Cette revue identifie des critères pour le logement stable indépendant (157) :

- le bail est au nom de la personne ;
- le logement est indépendant de la participation à l'accompagnement ;
- les préférences en matière de logement des locataires sont recherchées, et ceux-ci doivent avoir un niveau de choix équivalent à une personne qui n'aurait pas de troubles psychiques ;
- le logement doit être abordable et coûter au locataire moins de 30 % de ses revenus ;
- le logement doit être intégré dans la cité : les locataires vivent dans des appartements « diffus » et non dans des appartements réservés aux personnes ayant des troubles psychiques et situés tous au même endroit ;
- les règles liées au logement sont les mêmes que pour n'importe quelle personne ;
- le logement n'est pas limité dans le temps en dehors du bail, dont le renouvellement est défini entre le locataire et le propriétaire ;
- les locataires peuvent choisir parmi de nombreux services en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, et ces services sont adaptés à leurs besoins à mesure que ceux-ci évoluent.

Dans la revue systématique de Richter (167), qui compare les approches en logement stable indépendant avec soutien aux approches de logement plus institutionnelles, nous avons sélectionné les résultats des 24 essais randomisés identifiés qui concernaient des personnes sans domicile ayant des troubles psychiatriques et les avons synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Résultats des essais randomisés comparant logement indépendant avec soutien et logement institutionnel pour les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques sévères, à partir de (166)

		Nombre d'essais randomisés		
		En faveur du logement indépendant avec soutien	Non significatif	En faveur du logement institutionnel
Critères de résultat	Stabilité résidentielle	7	2	1
	Intégration sociale	3	6	0
	Santé	6	16	0
	Paramètres subjectifs	6	8	0
	Coûts	2	1	0

Un seul essai randomisé est en faveur d'approches plus institutionnelles, sur le critère de stabilité résidentielle. Le reste des résultats est en faveur du logement indépendant avec soutien, ou non significatif.

Les résultats non inclus dans ce tableau du fait d'un plus faible niveau de preuve (issus d'études observationnelles, qualitatives ou sans groupe contrôle) sont cohérents avec cette supériorité du logement indépendant avec soutien, ainsi que les études portant sur les personnes ayant des troubles psychiques et logées.

Accès au logement stable indépendant avec soutien selon le modèle *Housing First*

Le modèle, appuyé sur les principes du rétablissement, s'adresse à des personnes durablement sans domicile et vivant avec des troubles psychiatriques sévères et vise à leur inscription dans un parcours social, résidentiel et sanitaire. Un logement est proposé aux personnes d'emblée sans passage par des structures d'hébergement et sans condition de suivi d'un traitement psychiatrique ou d'arrêt de la consommation de substances psychoactives. Le modèle est fondé sur le constat qu'il n'y a pas de critères prédictifs de la capacité à se maintenir dans un logement et qu'être logé permet aux personnes de mobiliser des compétences et des ressources qu'elles n'étaient pas en mesure de déployer auparavant. Un suivi intensif est proposé par une équipe médicale et sociale pluridisciplinaire intégrant des pairs-aidants. L'accompagnement clinique et social se poursuit, quel que soit le parcours résidentiel de la personne (sortie du logement, incarcération, mobilité, hospitalisation, etc.), en prenant en compte les choix de la personne (rythme et type d'accompagnement).

Trois des sept revues de la littérature se focalisent sur l'évaluation des interventions *Housing First* (162, 169, 170).

La revue systématique de Baxter est accompagnée d'une méta-analyse qui évalue que les participants aux différents essais randomisés ont 2,46 fois (IC 95 % 1,58-3,84) plus de chances d'être logés à 18-24 mois dans le groupe *Housing First* comparativement au groupe témoin. Les impacts à court terme sur la santé et le bien-être sont mitigés, mais les participants du groupe *Housing First* se rendent moins aux urgences (IRR = 0,63 ; IC 95 % 0,48-0,82) et sont moins fréquemment hospitalisés (*Incident Rate Ratio* = 0,76 ; IC 95 % 0,70-0,83) (169).

La revue systématique de Beaudoin pose plusieurs questions. La question principale est celle de l'efficacité du modèle *Housing First* comparativement aux offres habituelles (162). Les autres questions visent à évaluer, au sein du modèle *Housing First*, l'efficacité d'équipes mobiles d'intervenants

comparativement à des équipes fixes ; et celles d'interventions d'intensité élevées *versus* modérées (93).

La revue systématique de Ly vise à explorer les résultats médico-économiques des approches *Housing First*, à partir de 24 études : 12 études publiées entre 2007 et 2014, dont 4 ECR et 8 études quasi expérimentales, ainsi que 22 études non publiées. Ces études montrent que *Housing First* est associé à une baisse des coûts liés aux services d'hébergement et aux services d'urgence, comparativement à une prise en charge classique ; alors que le lien avec une baisse des coûts d'hospitalisation et de justice est moins net.

Au total, *Housing First* est généralement associé à des économies de coût, mais pas dans la totalité des études. Les études avant-après montraient de meilleurs résultats que les études randomisées, dans lesquelles HF pouvait être associé à des coûts plus importants (notamment du fait du coût du programme lui-même). Les résultats positifs sur d'autres critères suggèrent néanmoins que ce type de programme constitue une meilleure allocation des ressources (170).

8.2.3. Les expériences françaises d'interventions avec logement

8.2.3.1. Le programme « un chez-soi d'abord » en France : mise en œuvre et résultats du programme de recherche

« Un chez soi d'abord » est la déclinaison française du programme *Housing First*, déployé dans la plupart des pays occidentaux, dont 19 pays européens. Expérimenté en France à partir de 2010 dans 4 villes au travers d'un essai contrôlé randomisé (172), il a été déployé sur plus de 30 sites pour un total de plus de 2 500 places⁵¹.

En France, le coût du programme dans le groupe expérimental a été totalement compensé par les économies de coûts sanitaires et sociaux constatés comparativement au groupe témoin. Comparativement aux études randomisées incluses dans cette revue de la littérature, les économies de coûts mesurées en France font partie des plus importantes, du fait de l'importance du nombre et de la durée des hospitalisations en psychiatrie comparativement à d'autres pays tels que le Canada ou les États-Unis, dans lesquels la désinstitutionnalisation est plus avancée.

Concernant les résultats de la recherche quantitative, le programme de recherche français a montré une efficacité dès les premiers mois en termes d'accès au logement. Il a montré une efficacité en termes de maintien dans le logement. Il a également permis une réduction significative du nombre de jours d'hospitalisation (notamment en psychiatrie).

Les résultats cliniques sont plus partagés ; on constate néanmoins une amélioration de la santé mentale perçue, du bien-être psychique et de l'autonomie des personnes.

Le programme prévoyait également une mesure de l'évolution de la mortalité. Les résultats ne montrent pas de diminution de la mortalité. Ils montrent un risque de mortalité accru (non significatif) dans les premiers mois d'entrée dans le programme, notamment en lien avec des overdoses.

Ces résultats semblent indiquer :

- qu'il n'y a en effet pas de critères prédictifs de la capacité à se maintenir dans un logement et qu'être logé permet aux personnes de mobiliser des compétences et des ressources qu'elles n'étaient pas en mesure de déployer auparavant ;

⁵¹ Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-154-1 à D. 312-154-4.

- que les inégalités de santé cumulées par les participants ne sont pas réversibles à court terme. Le sans-abrisme est un facteur de risque impactant l'espérance de vie, et son impact perdure après l'arrêt de l'exposition. Il est donc important d'agir en préventif (133).

La recherche qualitative a mesuré les effets de l'accompagnement pour 36 personnes sur leur rétablissement. À partir de variables objectives (stabilité résidentielle, accès aux droits, liens sociaux, liens familiaux, relations de couple, sexualité, activités de loisir, santé physique, santé mentale, accès aux soins et accès à des ressources alternatives) et de variables subjectives (espoir/projection dans le futur/objectifs, réflexivité, identité et rôle social, sécurité, contrôle des symptômes, élaboration de stratégies), trois types de trajectoires ont été identifiés :

- trajectoire descendante avec effets d'amortissement : la trajectoire descendante est présente à l'entrée du programme, les effets du programme sont absents ou insuffisants pour infléchir les trajectoires de rétablissement ;
- trajectoire en « dents de scie » : la trajectoire alterne des périodes d'espoir et de renoncement, suggérant des effets intermittents du programme sur le rétablissement ;
- trajectoire fractionnée avec un effet rebond : la reprise du rétablissement bifurque, montrant des effets positifs du programme.

Quatre éléments semblent en particulier avoir un effet sur le rétablissement :

- l'importance d'un lieu pour se poser et réfléchir et prendre soin de soi ;
- l'effet « lune de miel » du programme, mais qui pour certains s'estompe vite, et remet la personne face à des obligations complexes à tenir ;
- l'importance des liens sociaux, même faibles ;
- l'espoir et le soutien des pairs, qui sont utiles dans la quête de sens.

Les auteurs indiquent que les trajectoires de rétablissement sont complexes. Un même élément peut, en fonction des individus, être facteur de risque ou de protection (exemple du logement comme protection des dangers de la rue et comme facteur de risque d'isolement). Le processus de rétablissement est une recherche d'équilibre entre éléments de risque et de protection.

Les résultats semblent indiquer que :

- répondre aux besoins fondamentaux des personnes ayant une longue histoire de vie dans la rue est nécessaire mais pas suffisant pour leur engagement dans une trajectoire de rétablissement ;
- les relations soutenant, l'estime de soi et l'espoir jouent un rôle essentiel, même lorsque des difficultés majeures persistent (173).

8.2.3.2. Les résidences accueil

Les résidences accueil

Les résidences accueil⁵² sont des pensions de famille⁵³ dont la spécificité est de proposer des logements à des personnes ayant un handicap psychique et ayant connu des périodes d'errance

⁵² Note d'information n° 2006-523 DGAS/PIA/PHAN du 16 novembre 2006, <http://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/note-d-information-no-dgas-pia-phan-2006-523-du-16-a1384.html>

⁵³ Les maisons relais ou pensions de famille constituent une forme de logement autonome et adapté. Elles proposent un habitat durable aux personnes en situation de grande exclusion présentant des problématiques sociales, dont des problématiques addictives et psychiques pour lesquelles l'accès ou le maintien en logement ordinaire est complexe. Ce sont des structures de petites tailles proposant des logements privatifs, meublés et des espaces collectifs. La présence d'hôtes permet un soutien des résidents dans leurs démarches et l'organisation d'activités collectives.

dans un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Il s'agit de petites structures proposant des logements indépendants disposant d'une salle de bains et d'une cuisine. Cependant, les résidences comprennent aussi des lieux de vie collectifs : cuisine, salon et salle à manger et offrent la possibilité de repas en commun. Des activités collectives sont proposées, sur place ou dans d'autres structures. Un hôte ou un couple d'hôtes assurent l'animation de la vie de la résidence.

Des partenariats sont noués avec les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) destinés à accompagner des personnes ayant un handicap psychique pour permettre le maintien dans leur logement et faciliter leur intégration dans la cité.

Les hôtes et les équipes des services d'accompagnement pluridisciplinaires (les équipes peuvent être composées d'infirmières, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs spécialisés, d'assistants de service social, d'aides-soignants, de psychologues, de psychiatres, de médecins généralistes et de médiateurs de santé pairs) interviennent auprès des résidents, notamment pour soutenir l'accès aux soins psychiatriques et somatiques. Pour certaines personnes, l'intervention d'auxiliaires de vie est prévue pour aider à l'entretien du logement.

8.2.4. Avis du groupe de travail : les approches intégrées

Le groupe de travail acte les résultats de la littérature qui montre l'intérêt des approches intégrées proposant une réponse globale à l'ensemble des besoins et en particulier intégrant le logement.

Concernant l'accès au logement, le groupe acte les résultats du modèle *Housing First* et de sa déclinaison française « un chez-soi d'abord ».

Le groupe précise que si le logement individuel semble une solution particulièrement adaptée et très majoritairement demandée par les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques, il est indispensable de prévoir un éventail large de solutions et d'interventions car cela permet de s'organiser autour des choix de la personne ; il ne faut pas se limiter à un choix d'habitat, mais il faut diversifier les possibles (individuel, collectif, semi-collectif, *tiny house*, etc.) et proposer systématiquement, quelle que soit la modalité de logement, un accompagnement sanitaire et social adapté aux besoins.

Par ailleurs, le groupe s'accorde sur les points suivants :

- même si le logement n'est pas disponible, les données de la littérature montrent que les approches doivent comprendre des propositions d'interventions psychosociales plus systématiquement, même s'il peut sembler que la personne a des besoins plus pressants ;
- les interventions précoces doivent être privilégiées ; les personnes ayant de longs parcours de rue ont du mal à « reprendre pied ». Si l'on agit de manière précoce (exemple du programme « un chez-soi d'abord jeunes »), les chances de rétablissement sont plus grandes. Une réflexion est à mener sur la prévention à mettre en œuvre ; les situations sont souvent signalées alors qu'elles sont déjà très dégradées ; il faudrait examiner dans quelle mesure les travailleurs sociaux de quartier, les bénévoles, etc. pourraient jouer le rôle de « sentinelles » pour prévenir précocement la dégradation. En parallèle, il faut trouver des stratégies pour amener vers les soins les personnes les plus éloignées du système, personnes pouvant se retrouver dans des situations inextricables au plan administratif ;
- il faut organiser la continuité de l'accompagnement ;
- il faut prévoir une modulation de l'intensité des interventions ;

- les soins et l'accompagnement doivent être centrés sur la personne (les besoins qu'elle exprime, ses souhaits et même ses aspirations et ses rêves).

Enfin, le groupe rappelle l'importance de mieux prendre en compte les ressources extérieures aux institutions disponibles dans l'entourage des personnes et notamment les réseaux non professionnels qui interviennent en première ligne. S'appuyer sur ces réseaux fait partie des stratégies que les personnes mettent en œuvre pour se protéger et protéger leur santé mentale. Les acteurs non professionnels, informels (communautés religieuses, communautés LGBTQI+ le cas échéant, etc.) jouent ainsi un rôle important de soutien insuffisamment pris en compte. Ces acteurs informels peuvent également avoir besoin d'être soutenus dans leur action. Les professionnels du soin ou du travail social peuvent contribuer à ce soutien et coordonner leurs interventions avec celles de ces réseaux.

8.3. Les organisations coordonnées en France pour les populations concernées : dispositifs et initiatives existants et préconisations pour les pratiques et les organisations

En France, depuis une vingtaine d'années, certains acteurs se sont organisés pour proposer des réponses coordonnées offrant un accompagnement global, proche des expériences décrites dans la littérature internationale, même si, à l'exception du programme « un chez-soi d'abord » présenté plus haut, il n'y a pas toujours une terminologie identique et qu'elles prennent des formes plus diverses.

Il s'agit :

- de dispositifs nationaux à destination des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques (équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), résidences accueil, programme « un chez-soi d'abord », déploiement de psychologues en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), voir les sections 8.2.3 et 8.3.1) ;
- de multiples expériences initiées par des acteurs de santé, en particulier des acteurs de la psychiatrie de secteur, des acteurs sociaux ou des bailleurs sociaux pour articuler les interventions répondant aux différents besoins (médicaux, sociaux, juridiques...) des populations concernées (voir section 8.3.2).

Ces dispositifs ont en commun de s'appuyer sur les principes énoncés dans le chapitre « Postures, principes et éthique d'intervention » et de proposer :

- une approche pluridisciplinaire décloisonnée et coordonnée ;
- des démarches d'« aller vers » adaptées aux besoins de personnes qui ne sont pas toujours en situation de formuler une demande d'aide ou de soins ;
- des dispositifs de soins et d'accompagnement adaptés aux besoins des publics mais toujours dans la perspective d'une inscription dans les dispositifs (santé et social) de droit commun ;
- une approche en termes de réduction des risques.

Ces dispositifs et expériences demeurent cependant fragiles et se heurtent au cloisonnement des secteurs et des financements.

8.3.1. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les autres mesures permettant l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de grande précarité au niveau national

8.3.1.1. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Missions des EMPP

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) encadrées par la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n° 2005-521 du 23 novembre 2005⁵⁴ ont été inspirées d'initiatives mises en place dès les années 1990 par des équipes psychiatriques sensibilisées à la prise en compte des problématiques psychosociales des populations en situation de grande précarité. Les EMPP visent à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité et souffrant de troubles psychiques.

Les EMPP s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire comportant au minimum un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. La circulaire incite à une double appartenance « équipe spécialisée – équipe de droit commun » et à un co-financement dans le portage des projets. Les objectifs prioritaires des EMPP sont :

- d'aller vers les personnes en situation de grande précarité (sans logement personnel ou à risque de le perdre), et d'intervenir auprès d'elles, si nécessaire ;
- de soutenir les intervenants de première ligne, en particulier les intervenants sociaux, pour les aider à repérer les troubles et la souffrance psychiques des personnes et les orienter vers les dispositifs adéquats ;
- de jouer un rôle d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion afin de :
 - élaborer des prises en charge coordonnées ;
 - développer une culture commune.

Une EMPP travaille en partenariat avec les équipes de psychiatrie, les acteurs hospitaliers, les professionnels libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux. Son action peut prendre la forme de permanences dans des lieux sociaux et d'interventions mobiles dans la rue. Elle intervient en soutien des intervenants sociaux de première ligne par des actions de formation, d'information et de sensibilisation ainsi que de supervision clinique (174). Considérées comme un dispositif très pertinent par les acteurs sociaux et répondant bien à leurs besoins, les EMPP ne sont néanmoins pas présentes sur tout le territoire.

Éléments d'évaluation et éléments comparatifs des EMPP

Les compositions et les fonctionnements des EMPP sont très disparates. Certaines EMPP ont fait l'objet d'évaluations, souvent au niveau régional (175-178). En 2014, la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) a mené une évaluation nationale des EMPP (109). Les résultats de différentes évaluations sont relativement convergents.

Sont constatés :

⁵⁴ [Circulaire interministérielle n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ n° 521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipe mobile précarité – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

- une difficulté à faire remonter des données d'activité fiables, ce qui ne facilite pas les comparaisons, notamment en lien avec le fait que certaines équipes ne sont pas équipées en secrétariat ;
- des moyens diversifiés et des équipes hétérogènes sans lien direct avec les caractéristiques du territoire ;
- une répartition des missions différente en fonction des équipes.

Sont également constatées des problématiques récurrentes (109, 175-178) :

- les moyens ne sont pas à la hauteur des besoins :
 - le montant du budget réellement dédié à l'EMPP est parfois difficile à estimer,
 - l'enquête nationale indique un nombre moyen de 296 personnes dans les files actives en 2013 (médiane 239) et un taux moyen de 1,3 ETP pour 100 patients (109) ;
- des difficultés de réponse aux besoins des territoires, les territoires d'implantation étant plus liés au territoire de l'établissement de rattachement qu'aux besoins réels.

Si les équipes sont en général bien implantées et reconnues auprès des partenaires sociaux et mènent des actions répondant à leurs besoins et à ceux des publics en permettant notamment la réassurance des professionnels de première ligne, l'articulation entre les EMPP et les dispositifs de soins psychiatriques et les acteurs du champ sanitaire reste un axe de progrès.

Au regard de ces résultats et de la diversité des missions et des organisations, il est difficile de définir un modèle global et des équipes types.

À titre comparatif au Royaume-Uni, le *Pathway* (140), chargé des questions de santé pour les personnes sans domicile, propose un modèle d'équipe mobile pour répondre aux problématiques de santé mentale des personnes sans domicile. Ces équipes doivent :

- s'appuyer sur une approche multidisciplinaire, centrée sur les besoins et demandes des personnes ;
- proposer des soins somatiques et psychiatriques ;
- s'appuyer sur des *case managers* ;
- proposer des évaluations fonctionnelles, le développement des habiletés et des capacités de survie ;
- être en capacité de mobiliser des solutions de logement ;
- proposer un accès rapide et flexible aux traitements de substitution des opioïdes, un accès aux pharmaciens, aux médecins généralistes, aux psychologues, aux hôpitaux ;
- intégrer des travailleurs pairs et disposer d'un soutien administratif. Elles doivent mettre en place des évaluations.

Pour délivrer ces services, le *Pathway* recommande une équipe type pour 40 personnes suivies composée de :

- temps senior de coordination infirmier en santé mentale : 1 équivalent temps plein (ETP) (0,5 clinique, 0,5 management) ;
- infirmier spécialisé en santé mentale : 1,5 ETP clinique et 0,5 ETP de coordination avec services santé mentale ;
- infirmier généraliste : 0,6 ETP ;
- ergothérapeute : 1 ETP ;
- psychologue : 1 ETP ;
- assistant psychologue : 1 ETP ;

- pairs-aidants : 6 ETP et 0,2 ETP de pair coordinateur ;
- fonction d'interface : 2 ETP ;
- psychiatre : 0,1 ETP ;
- médecin généraliste : 0,4 ETP ;
- personnel administratif : 0,5 ETP (140).

Avis du groupe de travail

Cette diversité des pratiques et des organisations est confirmée par les membres du groupe de travail au regard de leur expérience et pour lesquels la mobilité est le ressort le plus essentiel des EMPP, mais ils notent que celle-ci est difficile à préserver quand on a un lieu d'accueil. Il faut aller vers la personne « dans son milieu ». La réactivité est également essentielle, mais elle est menacée par les files actives et le nombre d'interventions. La continuité, l'engagement et la familiarité avec les personnes suivies sont soulignés par le groupe comme des dimensions fondamentales, et retrouvés dans la littérature. Ils nécessitent des files actives limitées.

La flexibilité et l'adaptabilité des EMPP sont des forces. Elles sont aussi des conséquences d'un manque de critères stricts.

Les missions des EMPP sont également liées à leurs territoires d'intervention :

- le groupe souligne l'importance du réseau de maraudes et d'aide, professionnel mais aussi citoyen, ainsi que le lien avec des associations non psychiatriques, les centres sociaux, toutes les ressources de la cité autour des personnes accompagnées ou non ;
- le « faire ensemble » est essentiel pour rassurer les partenaires sur leurs compétences et transmettre de manière horizontale ;
- la question de la formation des partenaires est plus complexe, dans un réseau mouvant et pas forcément professionnel. Il est nécessaire d'identifier les cibles prioritaires à former.

Le groupe se questionne sur les limites du mandat des EMPP : pour certains, l'accompagnement des personnes est strictement limité au temps où elles sont dans la rue, pour d'autres, il peut se prolonger en logement ou quand la personne est à nouveau à risque de précarité, enfin, d'autres sont sollicitées pour des personnes « à risque de sans-abrisme ». Dans les petites villes où l'accès au logement abordable est plus facile, les EMPP travaillent plus en logement. Le groupe note que les problématiques psychosociales rencontrées sont proches de celles rencontrées dans la rue, et que les approches qui fonctionnent sont identiques. Le groupe convient que l'articulation avec les acteurs locaux et les éventuelles autres équipes mobiles (notamment s'il existe des équipes mobiles intervenant dans le logement) est essentielle.

8.3.1.2. L'intégration du soin psychologique et psychiatrique dans les centres d'hébergement

La mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit le renforcement de l'accompagnement en santé mentale des publics en situation de grande précarité par le recrutement sur trois ans de 500 professionnels, en priorité des psychologues et des infirmiers en pratique avancée, mention santé mentale et leur déploiement dans les centres d'hébergement. L'instruction ministérielle n° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1^{er} avril 2022 relative au soutien psychologique des

personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil⁵⁵ prévoit les modalités de mise en œuvre.

La mission de ces professionnels est le soutien psychologique et/ou psychosocial des personnes hébergées dans les dispositifs d'urgence, de stabilisation ou d'insertion ou accompagnées dans les accueils de jour. Les modes d'intervention doivent être pluriels, le suivi assuré par un professionnel pour permettre l'établissement du lien de confiance et faciliter l'orientation dans le respect des choix et de la temporalité de la personne. Ces professionnels assurent une mission secondaire de coordination avec les professionnels des structures sociales et l'ensemble des acteurs du système de soins, et en particulier les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. Ces professionnels sont encouragés à favoriser le recours à de l'interprétariat professionnel dès que nécessaire.

L'instruction encourage le rattachement de ces professionnels à des structures de santé (équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ou permanences d'accès aux soins de santé (PASS)) ou médico-sociales (équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou appartement de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs éventuellement) dans un objectif d'intégration à une équipe de soins ayant des partenariats déjà installés et efficaces avec le secteur de la santé. Elle laisse la possibilité d'un rattachement à une structure sociale, mais de manière exceptionnelle, ainsi que le rattachement à des maisons ou centres de santé, en raison de spécificités territoriales (territoires ultramarins notamment).

L'instruction précise que les personnes accompagnées par les établissements et services du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et les centres provisoires d'hébergement (CPH) ne sont pas ciblés prioritairement par cette mesure.

Ce dispositif est en cours de déploiement, les éléments évaluatifs ne sont pas disponibles.

8.3.2. Les expériences locales de coordination entre les acteurs de la psychiatrie et des secteurs social et médico-social

De nombreux acteurs de terrain ont mis en place des dispositifs favorisant l'articulation des acteurs des soins somatiques, psychiatriques et de santé mentale (en particulier des secteurs de psychiatrie), des interventions en addictologie, de l'accompagnement social et du logement.

Il peut s'agir :

- de dispositifs regroupant des services de psychiatrie, des bailleurs sociaux et un accompagnement social ;
- d'équipes mobiles alliant soins psychiatriques et accompagnement social, intervenant au domicile des personnes, le cas échéant à la demande des bailleurs ;
- de services de soins psychiatriques intervenant au sein de centres d'hébergement, en complément de l'accompagnement social proposé par ceux-ci.

Les entretiens menés lors du cadrage et les visites sur site ont permis d'identifier plusieurs exemples décrits ci-dessous. Ils ont une valeur illustrative et n'ont pas l'ambition de décrire toute la richesse des expériences de coopérations. Ils correspondent aux expériences présentées par nos interlocuteurs comme particulièrement intéressantes pour répondre aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques en situation de grande précarité. D'autres illustrations de démarches partenariales sont décrites dans ce rapport (les équipes de soins primaires, de soins addictologiques, les expériences au niveau d'un territoire, etc.).

⁵⁵ <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf>, p. 221 à 227.

Ces dispositifs ont en commun de proposer un accompagnement global des personnes sur leur lieu de vie. Ils permettent un accès ou un maintien dans le logement/hébergement de personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, et leur insertion dans la cité.

Ils permettent également un travail en transdisciplinarité, la confrontation des points de vue des différents professionnels, des cultures professionnelles et de travailler sur la déstigmatisation au sein des équipes et dans l'environnement.

Un exemple de partenariat bailleur social/acteurs sociaux/acteurs de la psychiatrie

Historique

Dans une ville moyenne du littoral atlantique, un dispositif partenarial logement/acteurs du champ social/psychiatrie publique permet d'offrir une réponse globale à des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Le dispositif est né d'une convergence entre :

- un bailleur social faisant le constat de la proportion importante de personnes ayant des troubles psychiques dans son parc et des problématiques liées à ses troubles ;
- une équipe psychiatrique d'un centre hospitalier à la recherche de solutions pour des patients stabilisés sans logement personnel ;
- une association du secteur social faisant le constat de la proportion importante de personnes en difficulté dans les dispositifs sociaux du fait de leurs troubles psychiques.

Une rencontre de personnes s'est traduite petit à petit en un engagement commun de trois institutions (acteur du champ social, hôpital psychiatrique, bailleur social).

Le projet a été conçu en 2015, l'obtention de financements spécifiques a permis :

- de lui attribuer un poste à temps plein de travailleur social ;
- de passer d'un parc initial de 5 logements à un parc de 10 logements.

Description du dispositif

L'admission

Les orientations sont d'origines diverses : équipes de psychiatrie souhaitant trouver une solution pour des personnes sortant d'hospitalisation, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ou le bailleur social.

Le champ des pathologies concernées est très large : cela va des troubles de l'humeur sévères aux troubles psychotiques en passant par les troubles « borderline » pour les personnes jeunes souvent associés à des comorbidités.

Le dispositif ne dispose pas d'un parc prédéfini et l'un des enjeux du début de l'accompagnement est la recherche du « bon » logement pour la personne. Le logement est une proposition et la personne a droit de le refuser. L'accès au logement commence par une sous-location bail glissant.

La condition d'admission est l'acceptation d'une contractualisation avec l'équipe médico-sociale qui accompagne la personne. La personne doit déjà être engagée dans la démarche de soins et d'accompagnement social.

L'accompagnement clinique et social est adapté à la personne et orienté par la philosophie du rétablissement et les stratégies de réhabilitation psychosociale et d'éducation thérapeutique.

La personne reçoit des visites une à deux fois par semaine selon des modalités diverses : par un binôme travailleur social et infirmier en psychiatrie ou selon le cas de manière séparée. Il y a un

principe de respect de la temporalité et des souhaits de la personne. On laisse la personne se projeter dans son habitat avec une approche souple (sur l'entretien, l'accumulation, etc.).

L'intensité de l'accompagnement dépend de la personne. Pour certaines personnes, le projet a inclus des hospitalisations séquentielles.

Selon le cas, la personne peut participer aux réunions de synthèse qui la concernent.

Il n'y a pas de durée prédéfinie d'accompagnement et celui-ci peut durer plusieurs années. La perspective est néanmoins la transition vers une prise en charge par les acteurs de santé du « droit commun », en particulier le secteur psychiatrique. Un bilan est fait tous les 6 mois. L'accompagnement spécifique peut s'achever, il peut être prolongé et éventuellement ajusté. Lorsque l'accompagnement s'achève, un glissement du bail est effectué et la personne est orientée vers le centre médico-psychologique (CMP). Il reste un lien avec la personne et une possibilité d'intervention en cas de situation difficile.

L'une des caractéristiques du projet est la transdisciplinarité avec de nombreux échanges et un travail commun entre les équipes des différents champs (acteurs sociaux, acteurs de la psychiatrie publique et bailleurs sociaux).

Dans le dispositif, on ne parle pas formellement de « partenariat » mais plutôt de « co-responsabilité » et le choix a été fait de ne pas mettre en place de groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) mais une convention. Chaque acteur garde son identité mais contribue à bâtir une culture commune.

Il n'y a pas encore d'intervention de pairs-aidants. C'est en réflexion et la perspective est que les pairs-aidants fassent partie de l'équipe à terme.

Perspectives

Le bilan du programme fait apparaître des effets positifs :

- le travail de partenariat a beaucoup progressé. Auparavant, la sollicitation des acteurs de la psychiatrie se faisait toujours sur le mode de la « crise » et la solution demandée était toujours une hospitalisation. Le programme a permis un travail de fond et une compréhension plus profonde entre acteurs ;
- il y a de ce fait moins d'hospitalisations, et si celles-ci interviennent elles sont moins longues et moins nombreuses. Il y a moins d'impayés et de troubles du voisinage ;
- plus largement, il est noté des effets de déstigmatisation de la maladie mentale, du handicap psychique et de la psychiatrie.

Le programme a un aspect « modélisant » car il fait écho aux orientations plus générales dans la santé mentale au niveau local, régional et national (développement des démarches d'« aller vers » dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)). Trois autres bailleurs sociaux ont maintenant intégré le projet et cinq places supplémentaires ont été créées. Des formations par l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) sont proposées comme point de départ car c'est l'interconnaissance et la construction d'une culture commune qui conditionnent le succès d'un partenariat.

Cependant, le dispositif reste fragile :

- il apparaît sous-doté. Le poste de travailleur social a été renforcé en 2018 par un temps de coordination infirmière, mais le dispositif tient aussi à l'engagement personnel des acteurs ;

- les financements restent éclatés et précaires. Le montage financier est un « patchwork » : financements expérimentaux, financements via des appels à projets ou à manifestation d'intérêt, etc. ;
- la gouvernance régionale et nationale reste cloisonnée entre secteurs et cela constitue un frein au développement du dispositif.

Un exemple de partenariat équipes de centre d'hébergement/acteurs du secteur psychiatrique/acteurs de l'addictologie

Contexte

Dans la région Rhône-Alpes, un dispositif « SH » en direction des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques est né de la convergence entre des équipes du secteur psychiatrique et celles du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI).

Le dispositif est mis en place dans le cadre d'un partenariat entre un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et un secteur de psychiatrie.

Il est né en 2019 lors du conseil local de santé mentale (CLSM) à la suite de constats communs entre :

- les acteurs de la psychiatrie qui ne trouvaient pas de solutions « d'aval » pour des personnes en hospitalisations de longue durée ;
- les acteurs du champ social confrontés aux problématiques de santé mentale des personnes accompagnées, en particulier dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Ainsi, les services de psychiatrie rencontrent des difficultés à trouver des lieux de vie adaptés pour des personnes hospitalisées et qui pourraient bénéficier d'un accompagnement en ambulatoire. En parallèle, des acteurs du logement ou de l'hébergement sont en difficulté dans l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques, difficultés pouvant mettre en péril le logement ou l'hébergement de ces personnes.

Le dispositif « SH » obéit donc à une double logique : proposer une solution d'accueil à des personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique et prendre en charge les troubles psychiques des personnes en hébergement. Plus largement, la perspective est d'approfondir le partenariat entre acteurs sanitaires et sociaux du territoire. Chemin faisant, l'expérimentation a aussi été l'occasion d'un travail sur les représentations de chacun, en particulier de déstigmatisation des troubles psychiques et de la psychiatrie, auprès de tous, professionnels comme publics accueillis au sein du CHRS.

Description

Le dispositif comprend :

- quatre places de CHRS dédiées à des sorties d'hospitalisation avec l'organisation d'un suivi psychiatrique ;
- deux mi-temps d'infirmiers consacrés à l'accompagnement en santé mentale de l'ensemble des résidents ;
- des temps médicaux correspondant à environ 3 heures de médecin psychiatre par semaine ;
- l'intervention d'un travailleur pair financé par une fondation ;

- un investissement des cadres (cadre de santé du secteur psychiatrique et encadrement CHRS) pour la coordination.

Des interventions de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) complètent le dispositif.

Plusieurs types de prises en charge sont assurés :

- pour les personnes sortant d'hospitalisation intégrant les places dédiées : le dispositif propose un cadre protecteur pour accompagner la sortie d'hospitalisation de personnes ayant vécu en institution et nécessitant un suivi psychiatrique renforcé. La prise en charge psychiatrique a lieu au centre médico-psychologique (CMP) du secteur ;
- pour les personnes accueillies au CHRS et ayant besoin de soins psychiatriques : la mise en place du partenariat et du dispositif a amélioré le repérage des troubles psychiques parmi les personnes accueillies au CHRS et/ou fait émerger des demandes de soin. Les personnes et les professionnels peuvent faire appel à un centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en santé mentale (CAEEO) qui permet d'avoir un rendez-vous infirmier dans un délai court. Une orientation appropriée peut donc être faite rapidement.

Un exemple de protocole départemental pour l'accès aux soins des migrants primo-arrivants

À la suite d'une alerte des centres d'accueil et d'orientation concernant la difficulté de mise en œuvre du bilan de santé des demandeurs d'asile (notamment au regard de la démographie médicale du département et la spécificité de la demande), une organisation territoriale regroupant le conseil territorial de santé, les structures gestionnaires de dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile et une structure territoriale de prévention et promotion de la santé s'est constituée. Cela a permis la mise en place d'un fonctionnement coordonné.

- La structure territoriale de prévention et de promotion de la santé est la structure pivot du premier accueil en santé.
- Les centres d'accueil de demandeurs d'asile signalent les arrivées à la structure pivot.
- La structure pivot réalise un bilan, met en place le rattrapage vaccinal et propose des dépistages en lien avec les structures. Ce partenariat permet d'instaurer la confiance, les personnes acceptent volontiers les dépistages. Les besoins en soins programmés comme en soins non programmés sont pris en compte.
 - Les personnes sont orientées rapidement vers les soins en fonction des besoins (médecins généralistes en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), urgences médicales, SAMU ; une difficulté existe pour l'orientation pour des soins dentaires).
 - Si un besoin en santé mentale est repéré, les personnes sont immédiatement orientées vers l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).
- L'interprétariat, la médiation et la littératie en santé sont intégrés.
- Une journée de formation au psychotrauma à destination des professionnels accompagnant les migrants réalisée par le Cn2r a été mise en place dans le cadre de ce protocole.
- Un travail sur les besoins en gynécologie en lien avec les violences faites aux femmes a également été mis en place.

8.3.3. Les organisations territoriales

Le travail en réseau doit se refléter dans les organisations territoriales. Elles doivent intervenir en soutien des acteurs (des soins, de l'addictologie, du secteur accueil, hébergement, insertion et du logement) qui ne peuvent être seuls responsables de la coordination de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques.

8.3.3.1. Les instances de coordination territoriales

Les différentes instances de coordination sont des lieux pertinents pour la coordination globale des accompagnements sanitaires et sociaux des personnes en situation de grande précarité. Cependant, les territoires d'action de ces différentes instances ne sont pas les mêmes, les partenariats non plus, et les habitudes de travail diffèrent d'un territoire à l'autre. Le groupe de travail n'est pas parvenu à identifier une unique instance de coordination qui pourrait jouer ce rôle sur chacun des territoires. En effet, cette instance semble « territoire dépendante » (et parfois personne dépendante) et ce qui fonctionne au sein d'un territoire ne fonctionne pas dans l'ensemble des territoires. La multiplication des instances de coordination et des « guichets uniques » contribue à la fragmentation de l'offre en direction des publics concernés.

L'interconnaissance des acteurs

Quelques évaluations empiriques de programmes ou dispositifs mettent en avant l'importance de l'interconnaissance des acteurs. Ainsi, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), dans une intervention concernant la mise en place des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), précise que l'antériorité du travail en coopération permet d'avancer plus vite (179).

Médecins du monde, dans une évaluation d'un programme de médiation en santé visant à capitaliser des enseignements, insiste sur la nécessité de connaître les partenaires et leurs missions, de se faire connaître d'eux et de définir les interactions possibles (180) :

La Fédération des acteurs de la solidarité, dans son guide accompagnement santé, consacre une fiche à l'accompagnement en partenariat, dans laquelle elle insiste sur l'importance de connaître les partenaires d'un territoire, de les identifier, de les rencontrer et de structurer le partenariat au niveau des institutions pour qu'il fonctionne au service des personnes (181). Elle pointe par ailleurs que l'identification du réseau partenarial et du découpage territorial est primordiale pour les interventions en milieu rural (155).

Les visites de site ont mis en avant un travail en réseau parfois très développé entre acteurs qui se connaissent depuis longtemps sur le territoire.

L'exemple du réseau santé solidarité lillois

Ce réseau réunit les équipes mobiles psychiatrie précarité, l'association porteuse du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) et d'équipes mobiles (travailleurs sociaux et infirmiers), des établissements hospitaliers, des associations portant des dispositifs de soins et d'accompagnement pour les personnes en situation de grande précarité, la municipalité et l'union régionale des professionnels de santé libéraux. L'objectif du réseau est de coordonner les acteurs des parcours de santé et de l'accès à la santé des personnes en grande précarité. Les problèmes traités ne sont pas uniquement des problèmes de santé mentale, mais les problématiques de santé mentale sont très présentes. En plus de la coordination des acteurs, le réseau assure

également la coordination des parcours de soins complexes (poste d'infirmier chargé des parcours de soins complexes).

Par ailleurs, sur ce territoire, l'association gérant le SIAO et les équipes mobiles partage les locaux de l'équipe mobile psychiatrie précarité. Les deux structures développent des maraudes communes. L'équipe mobile psychiatrie précarité est co-portée par trois centres hospitaliers. Les infirmiers de l'équipe mobile psychiatrie précarité exercent pour la majorité à mi-temps sur l'équipe mobile et à mi-temps au sein d'un secteur psychiatrique. Cette intrication des acteurs et des fonctionnements permet une connaissance mutuelle et facilite l'émergence de projet et la concertation autour des situations complexes.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste également sur l'importance de se connaître pour faire émerger des projets et des réponses communes et réaffirme le rôle des territoires et des collectivités territoriales dans l'organisation des réponses.

Les réseaux santé-précarité et les habitudes de travail en partenariat sont cités comme des véritables leviers pour faire émerger des actions innovantes co-portées.

Il est apparu que le secret professionnel (secret médical/social) pouvait être « brandi » de manière excessive pour limiter les échanges entre acteurs. Cela peut constituer un frein. Le groupe demande à ce que les règles du partage d'informations soient précisées dans la recommandation⁵⁶.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO)

Le service public « de la rue au logement » est appelé à jouer un rôle central dans la régulation entre le secteur de la santé mentale et celui de la précarité. L'instruction du 31 mars 2022 précise que le SIAO doit devenir « la clef de voûte du service public de la rue au logement ». Le SIAO a pour mission la « coordination avec l'agence régionale de santé (ARS) et l'implication des acteurs de la santé, notamment de la santé mentale et de l'addictologie, et des dispositifs spécifiques de soins aux publics vulnérables. L'État (préfet) soutient le SIAO dans ses missions ». Il peut donc être le lieu de coordination territoriale des politiques de soins et de lutte contre la précarité. La question de la médicalisation des SIAO est importante ; ils doivent monter en compétence sur les questions de santé, notamment pour assurer la coordination avec les dispositifs lits halte-soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM) et appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ainsi, la HAS recommande aux établissements LHSS, LAM et ACT de « définir des modalités d'information et d'échange sur les situations des personnes avec le SIAO » (182). En pratique, certaines régions ou certains départements ont mis en place des instances de régulation des admissions en LHSS, LAM, ACT. Certaines de ces instances ont organisé les coopérations avec les SIAO. Mais, y compris sur les territoires de mise en œuvre accélérée du « logement d'abord », certains SIAO n'ont pas de compétence « santé ».

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont également cités comme des lieux ressources pour articuler les réponses à des situations complexes ; mais la coordination SIAO/DAC n'est pas structurée et leur territoire d'action est souvent différent.

Les réseaux santé social, appuyés sur les DAC et les SIAO, peuvent être opérants, mais ils nécessitent des moyens de fonctionnement. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

⁵⁶ Voir annexe 1 section 7.4 sur le partage d'information entre professionnels

pourraient participer à ce rôle d'ensemblier. Ces réseaux permettent de mailler et d'accompagner les transitions entre les dispositifs.

Les logiques de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou de groupement de coopération sanitaire (GCS) peuvent être intéressantes pour construire des réseaux opérationnels.

Les contrats locaux de santé (CLS), dont l'objectif est de définir les priorités d'action pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, devraient également être un outil pertinent de contractualisation et de coordination des acteurs. La Cour des comptes, effectuant un état des lieux de la décentralisation 40 ans après, pointe que le contrat local de santé est trop peu utilisé et insuffisamment opérationnel et propose de conditionner les aides des collectivités territoriales pour les professionnels de santé de premier recours à la signature d'un contrat afin de définir des priorités collectives et de mettre en place des réponses efficaces(183).

La coordination avec la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH)

Dès lors que des situations de handicap sont reconnues, la MDPH devrait également participer à la régulation et à la coordination avec les autres instances pour proposer une réponse adaptée.

Les instances de coordination de la santé mentale ; les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les CLSM et les PTSM sont perçus comme des facilitateurs d'une réponse commune. En mettant « autour d'une table » l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale, ils permettent de faire émerger une culture de travail en commun.

Concernant les CLSM, le rôle et l'implication des élus semblent fondamentaux et nécessaires à un bon fonctionnement (102).

Les PTSM ont pour mission de proposer un projet stratégique global et s'appuient sur une phase de diagnostic territorial associant l'ensemble des acteurs du territoire du PTSM (en général, l'échelle est départementale) concernés par la santé mentale. Cette phase de concertation semble primordiale pour la mise en œuvre des PTSM.

Ainsi, lors d'une table ronde organisée par le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO) concernant les enjeux et conditions de réussite de la coordination des dispositifs et des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dans la mise en place des PTSM, l'ANAP propose quelques conditions indispensables pour faire fonctionner les PTSM :

- avoir un responsable identifié pour porter la dynamique ;
- s'appuyer sur un diagnostic territorial partagé ;
- impliquer les personnes directement concernées ;
- impliquer l'ensemble des acteurs dont les personnes concernées, la médecine de ville, les collectivités territoriales ;
- prioriser les actions au regard des besoins du territoire, en commençant par les plus faciles, les plus visibles, les plus rapides pour s'appuyer sur des réussites concrètes.

Dans cette même table ronde, la Fnapsy pointe l'intérêt des PTSM qui permettent, pour la première fois, que tous les acteurs participent à un échange (179).

Exemple d'actions coordonnées mises en place dans le cadre des PTSM

Lors de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), trois fiches actions à destination des personnes en situation de précarité ont été priorisées :

- mise en place d'interventions précoces des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) au domicile des personnes pour prévenir les situations d'expulsion locative ;
- mise en place de sessions de sensibilisation et de formation des travailleurs sociaux à la souffrance psychique ;
- travail avec la psychiatrie publique sur la sectorisation des personnes sans chez-soi.

En Charente-Maritime, l'élaboration du PTSM a permis la mise en place d'une coordination avec les structures addictologiques.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail partage ces constats : les PTSM sont divers en fonction des territoires, mais sur certains territoires, la rédaction des PTSM a permis de mettre tous les acteurs autour de la table.

- Exemple du Vaucluse, où les PTSM ont été portés par un réseau d'acteurs importants et ont donné lieu notamment aux fiches actions suivantes :
 - financement de formation de formateurs aux premiers secours en santé mentale ;
 - soutien financier à une association de pairs-aidants.

Cela a également eu un effet dynamisant sur les CLSM. Aujourd'hui, tous les acteurs de la santé mentale se connaissent et se parlent.

Au sein des PTSM, les acteurs ont choisi leurs priorités, ce qui est satisfaisant même si la dynamique est variable selon les territoires. Les directions départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS) ont cependant été peu impliquées dans l'ensemble.

Par ailleurs, le groupe de travail pointe que les PTSM ont pu réellement fonctionner à partir du moment où il y a eu des financements pour une coordination.

Le travail en réseau semble indispensable pour répondre aux besoins et attentes multiples des personnes. Le partenariat de proximité, l'importance de mieux se connaître pour « faire ensemble » sont soulignés. Cela est vrai également dans les politiques publiques qui localement sont gérées d'une part par l'agence régionale de santé (ARS), de l'autre par la direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) ; ce qui peut rendre la coordination complexe sur certains territoires. Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) peut aussi parfois être un outil de cette coordination.

8.3.3.2. L'échelle territoriale pertinente

Les données de la littérature

La question de l'échelle pertinente pour traiter la question du sans-abrisme est soulevée dans les études et le rapport (17, 103). Les opérations de comptage se sont développées dans les grandes métropoles européennes et françaises, seul moyen à ce jour de disposer de données relativement fiables (17). Cela suggère que l'échelle de l'agglomération pourrait être une échelle d'action pertinente. Le rapport sur la santé des personnes sans chez-soi précise cependant que le territoire pertinent n'est pas forcément l'agglomération, il peut être le département pour les territoires les moins peuplés, il peut être également le quartier ou bassin de vie pour les très grosses agglomérations. Le territoire doit être défini au regard des indicateurs suivants :

- les effectifs des populations concernées ;

- leur occupation de l'espace et leur mobilité quotidienne ;
- la disponibilité et la répartition géographique des services et des intervenants, en élargissant la notion d'intervenant à toute personne interagissant dans le quotidien de la personne concernée et pas uniquement les intervenants sanitaires et sociaux (103).

Avis du groupe de travail

Le groupe s'accorde sur le fait que les solutions doivent être organisées au niveau des territoires car ce sont les organisations et les coopérations construites à partir des besoins d'un territoire qui sont les plus efficaces. Le groupe de travail propose de définir le territoire pertinent en fonction des bassins de vie des personnes et de l'implantation de l'offre de services qui impacte les bassins de vie. Le territoire est celui qui permet une offre de proximité avec des interactions entre les acteurs. C'est le territoire vécu qui est induit par les associations et institutions. La coordination des acteurs (de la santé somatique et psychique, dont l'addictologie, mais aussi du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI)) sur un territoire est essentielle.

En plus de ces territoires vécus, il faut prendre en compte les trajectoires (liées aux migrations ou aux expulsions pour les bidonvilles) des personnes.

Le territoire doit être pris en compte dans l'offre de solutions. Les coordinations entre les acteurs d'un même territoire doivent être pensées pour offrir un panel de solutions et de propositions aux personnes.

Le bassin de vie peut être à l'échelle d'une ville ou d'un quartier pour les grosses métropoles, et à l'échelle départementale pour les départements plus ruraux. Le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) a un regard départemental qui doit s'adapter aux bassins de vie.

Les acteurs locaux connaissent leur territoire et les besoins de celui-ci. Les réponses doivent se construire autour et avec les acteurs locaux. L'offre doit être suffisante pour répondre aux besoins. Les élus locaux et les collectivités territoriales ont un rôle essentiel dans l'organisation des réponses.

8.4. Des dispositifs d'insertion par l'emploi

8.4.1. L'état des pratiques

Les données et le recueil d'expériences montrent l'importance de l'accès à l'emploi dans les parcours de rétablissement, y compris pour des personnes très éloignées de l'emploi.

En France, plusieurs types de dispositifs sont proposés. Les stades de développement de ces programmes sont variables (de l'expérimentation au dispositif national). Les évaluations ne sont pas systématiques mais les acteurs soulignent l'intérêt de ces programmes pour les publics très éloignés de l'emploi.

- **Des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi adaptés aux spécificités et temporalités des personnes**

Ces dispositifs ne sont pas spécifiques aux personnes présentant des troubles psychiques, mais la modularité des réponses peut être particulièrement adaptée.

Le programme travail alternatif payé à la journée (TAPAJ)

Ce programme est un dispositif qui cible les publics jeunes (moins de 25 ans) présentant des problématiques addictives. Ce dispositif consiste à proposer un travail à la journée, payé en espèces dès la fin de celui-ci. Cela permet à des jeunes, qui ne seraient pas en capacité d'occuper dans la durée un poste de travail classique, de pouvoir travailler quelques heures ou quelques jours et de

recevoir leur salaire de manière immédiate. Les durées de travail peuvent augmenter progressivement en fonction des souhaits des personnes.

Les dispositifs « premières heures »

Ces dispositifs s'adressent aux personnes qui connaissent ou ont connu le sans-abrisme et pour lesquelles les contrats de travail, y compris des dispositifs d'insertion par l'activité économique, ne sont pas adaptés. Ce dispositif propose également une possibilité de travail à l'heure pour permettre une remobilisation et une réappropriation des codes et usages du monde du travail.

Le dispositif territoires zéro chômeur de longue durée (TZCLD)

Le dispositif TZCLD est un dispositif expérimental visant à proposer à tout chômeur de longue durée qui le souhaite un emploi à temps choisi en contrat à durée indéterminée en développant des activités utiles et non concurrentes des activités existantes sans surcoût pour les collectivités.

- **Des dispositifs visant à proposer un placement direct et un accompagnement dans l'emploi de personnes souffrant de troubles psychiques**

Le projet *Empowerment of Mental Illness Services Users : Lifelong Learning, Integration and Action* (EMILIA)

EMILIA est un programme cadre qui s'est déroulé dans 16 pays européens de 2005 à 2010. En France, le projet EMILIA a été porté par l'établissement public de santé (EPS) de Maison-Blanche. Il a permis la mise en place d'une formation de base autour du rétablissement pour 30 participants présentant un long parcours en psychiatrie. Ces participants ont ensuite choisi leurs modules en s'intégrant dans un parcours de retour à l'emploi avec un plan local pour l'insertion et l'emploi (PLIE), une maison de l'emploi et la Cité des métiers. La formation était centrée sur la notion d'*empowerment*. Les personnes cartographiaient leurs forces, leurs réalisations et leurs aspirations et rêves pour construire un projet personnel de santé basé sur l'espoir. Chaque personne bénéficiait du soutien d'un référent parcours EMILIA. Les projets ont été partagés avec les membres, pairs et professionnels pour une réflexion sur les obstacles et solutions. Parmi les 30 personnes, 9 ont trouvé un emploi en milieu ordinaire, 11 une activité significative en psychiatrie et 2 un emploi en milieu protégé (résultats similaires en Europe).

Cependant, les auteurs constatent que les changements liés à la personne ne sont pas suffisants. Si l'on veut qu'ils aient une place, il faut également changer le monde et la société. Cela renvoie à la notion d'inclusion sociale dans laquelle la personne et la société doivent faire chacune la moitié du chemin pour que les personnes soient acceptées « sans obligation d'être guéries, sans se conformer à certaines normes sociales (184) ».

Le projet *Working First*

Le *Working First* est un programme développé à Marseille à partir de 2018 et qui s'adresse aux personnes avec des troubles psychiques et en situation de grande précarité. Ce programme propose un suivi illimité dans le temps pour l'accès et le maintien dans l'emploi ordinaire en s'appuyant sur les choix et préférences des personnes. Le modèle est celui de l'*Individual Placement and Support* (IPS).

Le *Working First* a été développé dès 2014 en France, à la suite du constat qu'après l'obtention d'un logement, les personnes du dispositif « un chez-soi d'abord » souhaitent travailler pour augmenter leur pouvoir d'achat et pour accéder à une forme de citoyenneté par le travail. Les dispositifs IPS ont paru répondre à ce besoin car le modèle était cohérent avec le modèle *Housing First*.

L'expérience mise en place s'appuie sur une équipe de réhabilitation psychosociale, l'EMPP locale et le dispositif « un chez-soi d'abord ». Les trois équipes ont recruté une équipe de « jobs coachs » qui a été formée au Canada.

Le fonctionnement est le suivant :

- comme pour *Housing First*, le programme s'appuie sur les besoins exprimés par la personne. Le seul critère est l'envie de travailler ; on ne fixe pas *a priori* de limite au projet (pas d'intégration des contraintes ou handicaps perçus, etc.) ;
- le placement se fait en milieu de travail ordinaire même si l'on peut faire jouer les droits des personnes handicapées quand c'est possible pour créer un incitatif à l'embauche ;
- la personne est accompagnée par un *job coach* qui a la responsabilité de l'accompagnement de 25 personnes environ au sein de la structure. Le *job coach* assure une double fonction : aide aux personnes pour la réalisation de CV, la préparation des entretiens et démarchage des entreprises pour créer un réseau. Les *jobs coaches* ont une formation spécifique pour exercer cette fonction mais leurs profils sont très divers (expérience dans le privé, fibre commerciale) ;
- l'équipe de soins assure l'accompagnement clinique.

L'expérience ne fait pas l'objet d'une évaluation systématique comme dans le cas du programme « un chez-soi d'abord ». Les résultats sont plutôt encourageants avec une reprise d'activité de 30 % des personnes accompagnées.

8.4.2. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste sur l'importance du travail, ou d'une occupation d'utilité sociale (cela peut être du bénévolat au sein d'une association) pour améliorer l'image de soi et la déstigmatisation. L'accès à une occupation n'est pas toujours un axe privilégié alors même qu'il est porteur et essentiel pour travailler le développement du pouvoir d'agir et le rétablissement.

8.5. Rôle et place des pairs-aidants

La pair-aidance avait été indiquée par les acteurs rencontrés lors du cadrage car elle leur semblait particulièrement pertinente dans l'accompagnement du public cible de la recommandation. Il a donc été retenu dans la note de cadrage de réaliser un focus particulier sur l'approche par les pairs.

Les éléments de littérature retenus sont les éléments spécifiques à la pair-aidance pour les personnes cumulant des situations de grande précarité et des troubles psychiques. La littérature « générique » concernant la pair-aidance n'a pas été étudiée⁵⁷. Les éléments présentés, ainsi que les éléments de recommandation concernant la pair-aidance s'appuient sur les données de la littérature spécifique et l'avis du groupe de travail. Ils n'ont pas vocation à être généralisables, ni à l'ensemble des personnes en situation de grande précarité, ni à l'ensemble des personnes présentant des troubles psychiques.

⁵⁷ En particulier, la publication évaluant l'expérimentation des médiateurs de santé pairs en France, L. Demailly, C. Bélart, C. Déchamp Le Roux, O. Dembinski, C. Farnarier (2014). Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée n'a pas été retenue car elle propose une analyse d'ensemble sans focus particulier sur les publics en situation de grande précarité. Dans le cadre de cette revue de littérature, seules ont été incluses les publications traitant des spécificités de l'abord des publics en situation de grande précarité.

8.5.1. Éléments issus de la littérature internationale

La littérature indique à quel point la participation des personnes concernées aux services qui leur sont destinés est importante (81, 83, 94). La pair-aidance est une des formes de cette participation.

La revue systématique de Barker (185) a permis d'identifier 10 études primaires étudiant l'intervention de pairs-aidants auprès de personnes sans domicile : 8 se déroulaient aux États-Unis, 1 au Canada et 1 aux Pays-Bas. Au total, ces études incluaient 1 829 participants. La littérature aborde cette question comme une extension de la pair-aidance en santé mentale et addictions au champ de la précarité, et questionne la pertinence de ce type d'intervention auprès de personnes sans domicile.

Toutes les études font apparaître des effets positifs des interventions, même si les auteurs appellent à la prudence et au développement de la recherche dans ce domaine.

Elles abordent neuf champs de résultats.

- Qualité de vie globale
 - Quatre études explorent ce champ, dont 3 études montrant une amélioration significative de la qualité de vie, et 1 une amélioration non significative.
- Soutien social
 - Quatre études montrent une amélioration significative de certains aspects du soutien social : une amélioration du sentiment d'appartenance, une diminution du sentiment de solitude, une amélioration des relations sociales et du soutien en général.
 - Des études abordent plus précisément le soutien social à travers cinq types : informationnel (conseils), matériel et organisationnel (soutien « tangible »), soutien affectif (de l'ordre du prendre soin, de la sympathie), soutien apprécitif (estime, affirmation, rétroaction), et réseau social de soutien :
 - trois études montrent une amélioration du soutien dans les domaines affectif et informationnel ; 3 études rapportent une amélioration du soutien tangible ; 2 études du soutien apprécitif ; 1 étude de l'estime sociale ;
 - trois études ne montrent pas de différences significatives concernant la taille du réseau, la perception d'inclusion sociale et les relations sociales.
- Santé physique et mentale
 - Deux études quantitatives montrent une amélioration de la santé physique, 4 études une amélioration de la santé mentale et 3 études ne montrent pas d'amélioration significative.
- Addictions et usage d'alcool ou de drogues
 - Les études font toutes mention de forts taux d'usage de substances psychoactives (SPA) avant intervention.
 - Elles constatent que l'intervention des pairs-aidants permet la réduction des dommages pour les usagers : 5 études montrent une réduction significative de l'usage des SPA, 2 études ne montrent pas de changements significatifs.
- Compétences pour la vie courante
 - Une étude montre une amélioration significative des indicateurs d'*empowerment*, 2 études une amélioration significative de l'estime de soi, 3 études que les pairs favorisent significativement l'acceptation de la maladie et le rétablissement, augmentent l'efficacité sociale des participants et leurs stratégies d'adaptation ;
 - Une étude ne met pas en évidence de changement significatif dans les attitudes, l'*empowerment* et la confiance.

- Sans-abrisme
 - Trois études : 2 montrent une réduction du nombre de jours sans-abri, 1 étude ne montre pas de résultats significatifs.
- Conduites criminelles et fait d'être victime d'un délit/crime
 - Deux études : 1 montre une diminution significative des arrestations, l'autre ne montre pas de changements significatifs dans les arrestations et dans le fait d'être victime de violence.
- Emploi/finances
 - Trois études : 2 montrent un accès à l'emploi significativement amélioré, ainsi qu'une augmentation significative de la satisfaction financière, 1 ne montre pas de changements significatifs dans le nombre de jours travaillés après intervention.
- Participation/intérêt
 - Quatre études montrent une amélioration significative de la participation des usagers après intervention.

Le partage d'expériences, le fait d'être une source d'inspiration ainsi que le soutien social sont identifiés comme les ressorts de l'efficacité de l'intervention des pairs-aidants. Le savoir expérientiel des pairs-aidants leur attire plus facilement la sympathie des personnes sans domicile, et leur permet de créer un lien plus rapidement, de bâtir une confiance mutuelle et une meilleure compréhension. Ils aident les personnes dans la gestion de leurs parcours, de leurs traitements médicamenteux, et jouent un rôle de médiation entre les services et les usagers (185).

La présence de pairs-aidants dans une équipe répond aux besoins d'identification positive des personnes concernées, dans un contexte marqué par la stigmatisation et la représentation négative de soi (81). Ce besoin est particulièrement fort parmi les jeunes, pour qui les pairs sont particulièrement importants (48).

Pour les jeunes et les femmes, Magwood *et al.* indiquent que les pairs-aidants facilitent le développement des relations et améliorent l'engagement dans les soins (81).

Magwood *et al.* décrivent dans leur revue de la littérature que les rencontres avec les pairs-aidants sont des rencontres clés pour développer l'altruisme.

De plus, la littérature rapporte que les pairs-aidants ont une sensibilité particulière pour des approches ayant fait leurs preuves auprès de ce public, comme l'approche par les forces (153). Ils ont plus d'intérêt pour ces approches que d'autres types de professionnels.

La synthèse portant sur l'utilisation des services par les personnes sans domicile appelle à un développement de la recherche sur les pairs-aidants (94).

8.5.2. Éléments issus de la littérature française

8.5.2.1. L'apport des pairs porteurs d'un savoir expérientiel sur la précarité, les troubles mentaux et les addictions

Plusieurs publications synthétisent les éléments de contexte historiques et doctrinaux sous-tendant l'intervention des pairs-aidants auprès des populations en situation de précarité et ayant des problématiques de santé mentale (103, 186, 187).

Elles font apparaître qu'un mouvement historique aux racines multiples (secours mutuels, mouvement des usagers en santé...) porte l'intégration à tous les niveaux (accompagnement des personnes, formation des professionnels, gouvernance des structures...) de personnes ayant été

confrontées à des situations particulières de vie (maladie, handicap, situation associée à un vécu douloureux et souvent stigmatisée socialement).

La Haute Autorité de santé (HAS) s'est saisie du sujet de l'engagement et de la participation des usagers et a proposé en 2020 une recommandation dans laquelle elle préconise aux décideurs et gestionnaires d'encourager et de soutenir l'engagement des personnes concernées dans les secteurs sanitaire, social et médico-social (154) et de développer l'accompagnement par les pairs dans les lieux de soins et d'accompagnement, quelle que soit la forme envisagée : la pair-aidance, la pair-éducation, la pair-navigation, la médiation en santé, etc.

Dans le cadre plus général du mouvement portant la place des usagers, la « pair-aidance » désigne les initiatives qui utilisent et valorisent les savoirs et savoir-faire issus de l'expérience de vie⁵⁸. Le terme de « pairs-aidants » est retenu ici pour désigner des personnes ayant été confrontées à des situations particulières de vie (troubles psychiques, parcours de migration, sans-abrisme) associées à un vécu douloureux et souvent stigmatisées socialement, et qui participent aux interventions sanitaires et sociales (soins, accompagnement, mise en place d'interventions, formation des professionnels...) en se fondant sur ce savoir expérientiel. Il s'agit d'une intervention bénévole ou d'un poste salarié (par la structure ou par une plateforme qui met à disposition des intervenants). Les champs d'intervention sont très divers : psychiatrie et santé mentale, addictologie, dispositifs d'accueil, hébergement, insertion, parcours d'exil...

Ce mouvement a connu un développement lent puis une accélération au tournant des années 2010 et la reprise par les pouvoirs publics de la thématique de la « pair-aidance ». Ainsi, la synthèse 2023 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie précise que « le partage du vécu de la maladie et du parcours du rétablissement constitue le principe fondamental de la pair-aidance dans un but tant de prévention que de compensation de la restriction de la participation à la vie en société ». La feuille de route propose la poursuite du développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), le développement de la fonction de médiateurs de santé pairs salariés en établissements et la consolidation du cadre d'exercice de l'activité professionnelle de la pair-aidance (1).

Dans le cadre de ce large mouvement de développement de la participation des usagers, le pair-aidant participe à l'accompagnement global au sein des équipes intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité et en complémentarité avec celles-ci dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement (188-190).

Ces « pairs-aidants » participent :

- **au rétablissement** de personnes confrontées à des situations similaires. L'expérience partagée et l'identification réciproque entre pairs facilitent le lien et soutiennent la capacité de la personne à se projeter et espérer à nouveau ; cela est particulièrement vrai pour les personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques qui peuvent être en rupture profonde avec le système de santé et les dispositifs sociaux ou qui n'arrivent pas à y accéder. Les pairs-aidants contribuent à leur redonner confiance et à renouer avec les équipes et les dispositifs de soins et d'accompagnement. Par leur action, ils contribuent à l'accès à la citoyenneté et à l'insertion de ces personnes ;

⁵⁸ « La pair-aidance regroupe un ensemble de pratiques qui procède de formes d'accompagnement ou encore d'entraide et de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel vécu, c'est-à-dire le savoir qu'elle a retiré de sa propre expérience d'une situation vécue, habituellement considérée comme difficile et/ou stigmatisante ou négative (exemple : expérience de vie à la rue, précarité, conduite addictive, troubles psychiatriques...), pour aider d'autres personnes vivant des parcours similaires, des situations comparables » (187) ; « Ce sont des expériences habituellement stigmatisantes (difficiles ou négatives) et qui permettent aux personnes qui les vivent de venir aider des personnes vivant les mêmes parcours, les mêmes situations » (127).

- au **renouvellement des pratiques et organisations** de soins et d'accompagnement, les équipes étant invitées, grâce à l'apport et à la vision des pairs, à mieux écouter les personnes, à favoriser le respect de leurs choix, à innover et établir des relations d'équipe plus « horizontales » et pluridisciplinaires.

Cela ne va pas sans un certain nombre de tensions et d'interrogations :

- pour les pairs, sur leur positionnement spécifique, avec la nécessité d'inventer une nouvelle légitimité d'intervention fondée sur les savoirs expérientiels (191) ;
- pour les travailleurs sociaux et professionnels de santé, à qui est adressée une nouvelle forme d'injonction (paradoxale) par le haut de développer la participation et le « pouvoir d'agir » ;
- dans le reste du monde social et de la santé, où ce type d'intervention n'est pas encore pleinement reconnu et développé malgré le discours « officiel » (186, 192).

8.5.2.2. Les différentes formes de pair-aidance au croisement des champs de la précarité et de la santé mentale

Tous les auteurs notent le foisonnement d'appellations et la difficulté de stabiliser les définitions (médiateurs de santé pairs, patients experts, pairs-aidants, travailleurs pairs, pairs émulateurs, experts du vécu, médiateurs pairs, pairs praticiens), ainsi que la diversité des formes de pair-aidance :

- de l'aide informelle à la formalisation d'une mission ;
- du bénévolat au poste salarié ;
- le processus de professionnalisation et l'intégration des pairs aux équipes en tant qu'intervenants à part entière apparaît comme un approfondissement de la prise en compte des savoirs expérientiels dans les soins et l'accompagnement. Il doit cependant rester une place pour l'entraide mutuelle, développée en particulier au sein des groupes d'entraide mutuelle (GEM) (127, 193) ;
- le salariat des pairs peut prendre différentes formes : salarié de la structure ou salarié d'une plateforme de pairs qui met les personnes à disposition des structures.

En France, la pair-aidance et le travail pair se déploient aujourd'hui dans divers champs : addictologie, santé mentale, handicap, ou encore secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI) (103, 127, 186, 187, 191-193).

Les publications retenues mentionnent des expériences françaises au croisement des champs de la santé mentale et de la précarité :

- l'expérience de MARSS (Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social) à Marseille rattachée au pôle universitaire de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, dont le cœur d'activité est un travail de rue avec des personnes sans-abris et présentant des troubles psychiques ; l'équipe a intégré dès 2007 plusieurs salariés en tant que médiateurs travailleurs pairs (191, 193) ;

- le programme « un chez-soi d'abord » qui propose un accès et l'accompagnement dans le logement de personnes en grande précarité et souffrant de troubles psychiques, programme qui intègre des « médiateurs de santé pairs » (MSP)⁵⁹ dans les équipes (192).

8.5.2.2.1. Les rôles des pairs dans les équipes (de santé mentale et sociales) au contact des populations en situation de grande précarité

Les publications soulignent la plus-value du travail pair dans le travail d'équipe. Elle est mise en lumière plus particulièrement dans deux publications (103, 187).

La participation de travailleurs pairs/médiateurs de santé pairs aux équipes :

- a un intérêt « pratique » lié à la connaissance fine des modes de vie, des logiques des populations concernées ; les travailleurs pairs ont une bonne compréhension des comportements et des pratiques des personnes et peuvent aider à évaluer plus rapidement les besoins et les risques ;
- enrichit la relation avec les personnes ; la reconnaissance de l'expérience commune favorise la création d'un espace d'échange entre le travailleur pair et la personne ; « l'accroche » et l'approfondissement de la relation peuvent permettre d'amener les personnes vers les soins, droits et services et ainsi aider à mieux répondre aux besoins des publics ; ce lien particulier facilite aussi la régulation en cas de conflit (entre personnes accompagnées et entre les personnes et les équipes) ;
- modifie les représentations et les pratiques des équipes, en particulier :
 - la présence de travailleurs pairs favorise la pluridisciplinarité dans les équipes et des réponses d'accompagnement diversifiées ;
 - l'intégration de travailleurs pairs participe au 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.

Concernant l'opportunité de s'appuyer sur des pairs salariés de l'équipe ou sur des pairs salariés d'une plateforme indépendante, les éléments disponibles indiquent que le travail pair par le recrutement de pairs au sein d'une équipe permettrait de modifier le regard des équipes sur les personnes accompagnées et sur leurs pratiques plus en profondeur. Le modèle salariat via une plateforme permettrait une plus grande liberté des pairs à s'exprimer et à agir (186). Mais aucune donnée probante ne permet de déterminer la supériorité d'un modèle sur l'autre.

8.5.2.3. Les conditions d'intégration de la pair-aidance dans les équipes

L'intégration de pairs-aidants aux équipes de santé et sociales ne va pas de soi, les pairs ayant à inventer un positionnement différent de « l'orthodoxie des métiers » (186). L'intégration de pairs aux équipes peut être source de tensions, avec des réactions de minimisation, voire de dévalorisation de l'apport des pairs, ou au contraire d'attentes irréalistes.

⁵⁹ La dénomination est celle du programme de médiateurs de santé pairs en santé mentale mis en place par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) dans les années 2010 (187).

Les publications permettent d'éclairer les conditions de la réussite de l'intégration des travailleurs pairs aux équipes.

- La HAS recommande de préparer les équipes à intégrer les personnes engagées dans [...] le soutien par les pairs (par exemple, pairs-aidants, médiateurs pairs, etc.). Elle précise qu'il s'agit d'aborder les bénéfices attendus, les rôles complémentaires de chacun et de prévoir des temps de réflexion sur les pratiques (154).
- Un certain nombre de facteurs relèvent des représentations et des valeurs des institutions et des équipes accueillant les pairs : la reconnaissance des savoirs de l'expérience comme utiles et légitimes par l'équipe et l'institution est ainsi indispensable ; la mise en place de lieux « d'échanges horizontaux » en équipe favorise l'intégration des pairs. L'intervention des pairs au sein des dispositifs de formation initiale et continue des professionnels de santé et du travail social permet également de faire avancer les représentations des équipes sur l'apport des pairs-aidants. Le conseil pour l'engagement des usagers de la HAS a édité en 2023 un guide visant à renforcer la reconnaissance sociale des usagers, dont les pairs-aidants pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Il définit sept principes qui fondent la reconnaissance sociale de cet engagement :
 - le principe d'égalité de considération entre les parties prenantes ;
 - le principe de proportionnalité de la formation au regard des missions confiées ;
 - le principe d'accompagnement et de soutien à l'engagement et la participation des usagers ;
 - le principe de légitime reconnaissance des compétences déployées dans l'engagement et la participation ;
 - le principe de juste reconnaissance financière de la valeur de l'engagement ;
 - le principe de juste reconnaissance professionnelle de la valeur de l'engagement ;
 - le principe de non-impact fiscal et social (194).
- Il y a aussi des conditions formelles : une clarification du cadre d'intervention, notamment au travers d'une fiche de poste, de l'intitulé de poste, des missions, des règles de confidentialité et de proximité, etc.
- Une reconnaissance du pair comme intervenant à part entière de l'équipe est nécessaire (indépendamment de son statut, bénévole, salarié de l'équipe ou mis à disposition par une plateforme) (186, 187).

L'accompagnement des pairs et des équipes au moment du recrutement et au démarrage des projets est nécessaire (187, 192).

L'intérêt d'une démarche de développement professionnel des pairs-aidants est souligné. Elle peut prendre la forme d'espaces d'échanges, de soutien et de co-formation/intervision. Le développement professionnel s'accompagne aussi d'une attention à la santé psychique des pairs-aidants (103, 186).

8.5.2.4. Pairs-aidants et médiateurs en santé : similitudes et différences

Ce tableau vise à faciliter la lisibilité des nouveaux métiers en santé évoqués dans ce rapport (pair-aidant et médiateur en santé). Il simplifie volontairement les différences et similitudes et n'a pas pour ambition de rendre compte de toute la diversité des expériences de terrain.

	Pairs-aidants	Médiateurs en santé
Objectifs	Réduire les inégalités sociales de santé (ISS) – Créer la rencontre avec les personnes concernées – Faciliter la coordination du parcours de soin – Proposer des actions collectives de promotion de la santé – Participer aux actions structurantes du projet en santé	
Publics cibles	Publics vulnérables, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun et qui échappent aux professionnels de la santé et du social	
	Personnes vivant avec des troubles psychiques	Public en conflit ou éloigné des institutions
Expérience personnelle	Réflexivité à partir de leur propre expérience	
	Savoir expérientiel reconnu comme compétence à part entière et valorisé dans la fiche de poste en fonction	Peuvent être des professionnels du social, de la santé ou issus des communautés partageant des liens résidentiels ou culturels. Une même personne peut parfois conjuguer plusieurs situations (ex. : professionnel du social + lien culturel)
Missions	Soutien aux individus – « Aller vers » – Écoute empathique – Promotion de l'autonomie, <i>empowerment</i> – Accès aux droits et aux soins : partage d'information, accompagnement – Travail en pratique et en réseau	
	Être une source d'inspiration, d'espoir, permettre l'identification Aide à la conscience de soi Échanges entre pairs (lien de proximité, confiance) Mise en place de relations d'entraide et d'auto-support Plaidoyer au-delà de sa propre expérience : rendre compte des besoins des personnes et des capacités des services à y répondre	Plaidoyer pour le public cible : rendre compte des besoins des personnes et des capacités des services à y répondre
Domaine d'intervention	Spécifique	Non spécifique
Posture	Par définition plutôt du côté des usagers	Tiers facilitateur – théoriquement neutre
Littérature et référentiels	Notion bien étudiée dans la littérature internationale 4 revues de la littérature, 23 essais randomisés	Peu de littérature internationale sur le sujet dans le champ de la santé mentale – existence d'un référentiel HAS à partir d'expériences françaises

8.5.2.5. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail s'accorde sur l'importance de l'intervention de pairs-aidants pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Pour le groupe de travail, leur rôle est essentiel, en particulier pour inciter les personnes à avoir recours aux soins et pour lever les freins à la formulation d'une demande, la prise de rendez-vous, et « déstigmatiser » la psychiatrie et les troubles psychiques. Échanger avec une personne qui est « passée par là » peut être déterminant pour ce public. L'intégration de pairs permet de favoriser la compréhension de l'équipe vis-à-vis de la personne accompagnée. Le pair-aidant donne sens aux manifestations de la souffrance psychique, par sa connaissance et son vécu de celle-ci. Il instaure de l'horizontalité et favorise une approche préventive (par exemple, dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans de crise type directives anticipées en psychiatrie, ou par la lutte contre le non-recours ou la non-demande). Le pair-aidant est un facilitateur dans l'alliance thérapeutique. Il permet de recréer du lien pour des personnes en rupture avec les institutions. Il limite les risques de violence institutionnelle involontaire. Son intervention est complémentaire de celle des professionnels et ne s'y substitue pas.

Pour autant, le développement de l'intervention des pairs ne peut se faire qu'au sein d'équipes volontaires, engagées vers cet objectif, et de manière reconnue par les institutions. Les pairs-aidants doivent être soutenus dans leur développement et leur bien-être, qu'ils soient professionnels (salariés d'une structure ou d'une plateforme) ou bénévoles.

Point de vigilance

Les pairs peuvent souffrir d'un « surinvestissement » qui peut les fragiliser. Il est nécessaire de prévoir un cadre de travail qui permet :

- l'accès à une supervision ou intervision ;
- une pratique en multiréférence pour ne pas s'enfermer dans une relation duelle ;
- un aménagement éventuel des temps et rythmes de travail.

Le groupe souligne le foisonnement, la diversité et la multiplicité des formes de pair-aidance. Si la professionnalisation est importante pour la reconnaissance du métier, les formes bénévoles de pair-aidance doivent être soutenues et maintenues.

La pair-aidance ne doit pas non plus faire oublier d'autres formes de participation des usagers, qui devraient notamment être sollicitées pour l'évaluation et l'orientation des services.

Par ailleurs, les éléments disponibles n'ont pas permis au groupe de travail de se positionner entre les modèles de pairs-aidants intégrés dans les équipes et de pairs-aidants mis à disposition par une plateforme. Les expériences des différents membres du groupe font apparaître que :

- les plateformes semblent permettre une plus grande souplesse et une plus grande liberté de parole ;
- l'intégration des pairs aux équipes permet une transformation des pratiques plus importante.

Parmi les conditions d'intégration des pairs à une équipe proposées par la littérature, les conditions suivantes semblent pertinentes au groupe de travail, dans le contexte français :

- s'appuyer sur un binôme de pairs plutôt que sur une seule personne pour éviter l'isolement. Le groupe souligne l'importance de la diversité des profils pour l'accompagnement d'un public lui-même très diversifié ;
- l'intégration des pairs nécessite une préparation, une formation et un accompagnement des équipes ;

- avoir une sorte de « période d’essai » partagée avec la structure et accepter les possibilités de rupture. Le modèle « plateforme » offre plus de facilité pour cela ;
- reconnaître le métier et assurer une rémunération juste ;
- adapter les procédures de recrutement, par exemple en co-écrivant les fiches de poste et en sensibilisant les directeurs des ressources humaines (DRH) à la question des pairs ;
- former les managers à l’accompagnement des travailleurs pairs. Le rétablissement se poursuit par le travail pair, il est important d’appréhender cet aspect et d’adopter une posture « adaptée ».

Les pairs ne devraient pas être pairs salariés dans le lieu au sein duquel ils ont été accompagnés.

La question de la formation des pairs et par les pairs a fait l’objet d’échanges.

Le savoir expérientiel nécessite une certaine distance par rapport à son expérience. Il est important que les pairs puissent être formés et soutenus dans leur exercice, sans que la formation diplômante ne soit un critère d’embauche.

La littérature indique que le pair-aidant doit être « suffisamment rétabli ». Il y a une nécessité de mieux objectiver ce critère.

Le groupe souhaite également insister sur **l’importance de l’intervention des pairs dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du travail social**, intervention permettant de déconstruire les représentations et de faire évoluer les pratiques.

Enfin, le groupe constate le développement des postes et des missions des pairs-aidants. En parallèle, certaines données sont encore manquantes : une identité collective, des valeurs ont émergé, mais **pas de statut véritable**. Le groupe souhaite poser une recommandation visant à développer l’engagement des pouvoirs publics et l’approfondissement de la recherche sur ce sujet.

8.5.3. Recommandations sur les interventions et la coordination des acteurs

- ➔ Il est recommandé de mettre en place **des organisations fondées sur** :
- **l’articulation des compétences** et de l’expertise de professionnels et acteurs issus d’horizons différents pour prévenir, aller vers, évaluer et assurer l’accompagnement de la personne et ses soins de manière coordonnée ;
 - une attention particulière à la **qualité des premiers contacts** ;
 - des interventions (prévention, soins et accompagnement) adaptées ; ces interventions doivent :
 - être le plus **précoce** possible, afin d’éviter le « décrochage » des personnes,
 - être centrées sur la personne, **ses besoins et ses forces**,
 - proposer une **approche globale**, incluant **l’accès à un chez-soi**,
 - intégrer les approches « **sensibles au traumatisme** » ainsi que les principes de la **réduction des risques et des dommages**,
 - être suffisamment souples, avec la possibilité d’« **allers-retours** » ;
 - **l’intervention de pairs-aidants**, au sein des équipes et établissements volontaires.

Développer des organisations pluridisciplinaires : l'articulation des interventions et des acteurs (santé, accompagnement, hébergement, insertion, logement)

- Il est recommandé **aux acteurs du sanitaire, du social et du médico-social** (acteurs du secteur accueil, hébergement, insertion, aux acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, acteurs des soins primaires et de l'addictologie, acteurs des dispositifs spécifiques de soin pour les publics vulnérables, acteurs du logement) de **développer des réseaux et de se coordonner** sur un territoire donné pour :
- organiser le **repérage des personnes en situation de vulnérabilité**, dont les personnes en situation de grande précarité (ou à risque de le devenir) et les personnes présentant des troubles psychiques ;
 - proposer **des réponses intégrées** prenant en compte les besoins sociaux et les besoins de santé somatique et psychique des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques.

Les habitudes de travail en partenariat, la mise en place et l'animation de réseaux facilitent l'émergence et le portage de **réponses intégrées**. Cela permet une **interconnaissance** entre les acteurs des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et les acteurs du logement et l'établissement de modalités de **travail partenarial**, notamment des partenariats entre :

- les structures du secteur de l'accueil, hébergement, insertion (AHI) ;
- les secteurs de psychiatrie et les autres acteurs de la psychiatrie (psychiatres libéraux, cliniques, etc.) ;
- les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- les médecins généralistes et les équipes de soins primaires ;
- les acteurs de l'addictologie ;
- les acteurs du champ du handicap psychique ;
- les services mandataires ;
- les acteurs du logement accompagné ou non ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et autres acteurs du champ hospitalier ;
- les acteurs associatifs et caritatifs.

Ces partenariats peuvent donner lieu, par exemple, à :

- des consultations conjointes entre professionnels de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), équipes mobiles psychiatrie précarité et professionnels des structures ambulatoires psychiatriques ;
- des maraudes communes et/ou pluridisciplinaires, par exemple des interventions de psychologues, infirmiers ou psychiatres dans le cadre des maraudes associatives auprès des personnes vivant en campement ou à la rue ;

- des modalités de communication simples (contacts téléphoniques ou par messagerie sécurisée) permettant aux professionnels de santé en soins primaires, en particulier les médecins généralistes, de recueillir des avis spécialisés⁶⁰ ;
- des réunions d'analyse de pratiques, par exemple entre les médecins et infirmiers libéraux et les acteurs de la psychiatrie santé mentale (dans le respect de la réglementation).

Ces partenariats peuvent prendre la forme de **conventions** de partenariat ou peuvent s'inscrire au sein de **groupements** (groupement d'intérêt public (GIP), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)...). Ils peuvent s'appuyer sur des **mutualisations de postes**, de la **formation croisée**, de **l'immersion** afin de créer les habitudes de travail entre les professionnels nécessaires à l'accompagnement de parcours complexes. Ces partenariats doivent s'appuyer sur les **instances de coordination existantes** (notamment les conseils locaux de santé mentale (CLSM)).

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dont la généralisation est recommandée (6.4.7. Recommandations sur l'accès aux droits), ont un rôle fondamental pour assurer le travail « interstitiel » entre structures et acteurs.

Les interventions

→ Il est recommandé de **proposer des interventions qui comprennent un accès rapide au logement**, à un « chez-soi », **en plus de l'accompagnement clinique et social.**

Les données de la littérature scientifique ont montré une supériorité des approches globales associant accès au logement et accompagnement clinique et social intensif. Ces interventions doivent être mises en place le plus précocement possible.

Cependant, l'accès au logement en France peut être long (saturation du parc de logements sociaux, dossiers nécessitant de réunir des pièces administratives nombreuses) et le logement n'est pas forcément accessible à toutes les personnes en situation de grande précarité (notamment en lien avec les titres de séjour).

Dès que cela est possible, il convient de privilégier un accès à un logement de droit commun de qualité adapté aux souhaits de la personne. Il peut s'agir d'un logement individuel, collectif ou semi-collectif. Le SIAO a un rôle de pivot pour assurer cet accès au logement.

→ Il est recommandé de disposer **d'un éventail de solutions de lieux de vie pérennes, correspondant aux choix des personnes** et de veiller à l'habitabilité des lieux (mobilier et matériel suffisants).

Dans tous les cas, il convient :

- de proposer une solution d'hébergement/logement digne adaptée aux choix des personnes. Au-delà du statut hébergement/logement, ce qui apparaît fondamental est la mise à disposition d'un lieu dont la personne puisse se saisir, un « chez-soi » qu'elle puisse habiter de manière sécurisée dans la durée ;

⁶⁰ Haute Autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

- de proposer un accompagnement adapté aux choix de la personne (intensité et modalités), aussi longtemps que nécessaire. Le maintien dans l'hébergement ou le logement ne doit pas être conditionné par l'acceptation immédiate de l'accompagnement.

→ Dès que possible, il est recommandé de **donner accès à des interventions psychosociales et des soins psychologiques** si la personne le souhaite, y compris lorsque la situation sociale et administrative est encore fragile et que des problématiques matérielles majeures (logement, emploi, etc.) demeurent.

→ Il est recommandé de prendre en compte **l'ensemble des besoins de santé somatique, y compris la prévention**, celle-ci étant trop souvent négligée chez les personnes présentant des troubles psychiques sévères.

→ Dès lors qu'un lieu de vie adapté est trouvé, il est recommandé de proposer **un accompagnement sanitaire et social global, adapté aux évolutions des souhaits et des parcours des personnes, les aidant à se maintenir dans leur lieu de vie.**

Pour cela, il est souhaitable :

- de maintenir autant que possible et si cela est souhaité par la personne **une continuité du ou des interlocuteurs** de la personne ; cette condition est cruciale pour des personnes dont le parcours est souvent marqué par de multiples abandons et ruptures ;
- de continuer **d'adopter une posture d'« aller vers » et de « rester avec »**, y compris pour les personnes ayant accédé à un lieu de vie.

Cela suppose notamment de :

- prévoir des contacts réguliers ;
- accompagner la personne à ses rendez-vous, si besoin ;
- prendre le temps de maintenir et développer la relation de confiance dans le respect du rythme et des souhaits de la personne.

→ Il est recommandé :

- d'adopter des **approches sensibles au trauma** ; cela peut nécessiter une formation spécifique des équipes ;
- de proposer un accompagnement **appuyé sur les principes de la réduction des risques et des dommages** ;
- de proposer **un accompagnement orienté « rétablissement »**.

L'accompagnement orienté « rétablissement » peut prendre plusieurs formes, par exemple :

- l'élaboration avec la personne d'une démarche de rétablissement qui explore les aspirations et les ressources des personnes, si possible au travers d'un plan de rétablissement personnel et évolutif (identification des espoirs, forces et ressources personnelles et de l'environnement ainsi que des éléments soutenant le bien-être de la personne) ;
- si la personne le souhaite, des programmes d'éducation thérapeutique ou des programmes de réhabilitation psychosociale qui doivent être adaptés aux besoins et attentes de personnes ayant connu l'itinérance et présentant des troubles psychiques ;

- l'encouragement au développement de liens sociaux et à la participation citoyenne. Il est recommandé de soutenir la personne dans le développement de ses ressources et de ses liens sociaux en l'aidant à mobiliser et développer dès lors qu'elle le souhaite :
 - ses liens personnels (familles, amis, communautés),
 - la participation à des groupes de pairs, groupes d'auto-support tels que les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou groupes réunissant professionnels et patients,
 - des activités en lien avec des collectifs (loisirs, associations, communautés...). Le tissu associatif local offre en effet des solutions riches et diversifiées,
 - l'accès à l'emploi ou à l'insertion professionnelle.

→ Il est recommandé de **favoriser la participation** de la personne à son propre accompagnement, mais aussi à la définition des services, sans pour autant l'imposer.

Cela suppose :

- de laisser la personne décider de la temporalité et des modalités de sa participation, ainsi que du choix des personnes à qui elle transmet de l'information ;

Notamment, la présence de la personne dans les réunions où l'on parle d'elle peut parfois la mettre en difficulté. Les professionnels doivent proposer une participation, accompagner et soutenir la parole des personnes, mais également respecter leur choix de ne pas participer et leur proposer d'autres modalités pour faire entendre leur voix.
- de promouvoir la participation à la prise de décision à tous les niveaux, qu'il s'agisse de décisions quotidiennes ou de décisions ayant trait à la politique et aux procédures des services.

→ Il est recommandé de **prendre en compte que les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ne suivent pas toujours une trajectoire linéaire de rétablissement** et que les risques de rupture sont toujours présents.

Cela nécessite :

- d'avoir une démarche préventive, en particulier par des mesures anticipatoires : directives anticipées en psychiatrie, plan de crise ou de prévention partagé⁶¹ (voir section sur les crises et urgences psychiatriques) ;
- de garder les contacts avec les personnes fragilisées, notamment en continuant d'offrir l'accès à des services offrant un accueil et un accompagnement inconditionnels aussi longtemps que de besoin ;
- de permettre des « allers-retours », d'admettre les risques de rupture et de prévoir des modalités souples de retour vers les dispositifs, sans contraindre la personne à reprendre son parcours à partir de son point de départ ;
- de prévoir les possibilités de déménagement et de changement de lieu de vie, si cela correspond à la situation, aux besoins et aux souhaits de la personne.

⁶¹ Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf

La place de la pair-aidance

Il est nécessaire qu'un cadre d'intervention et un statut de la pair-aidance soient définis au niveau national.

Dans cette perspective, la HAS élaborera une recommandation de bonne pratique sur la pair-aidance qui pourra être déclinée dans divers champs, y compris celui de la psychiatrie.

Au regard de ces travaux, une mise à jour des recommandations et de la fiche outil proposées dans la présente recommandation pourra être effectuée.

→ Il est recommandé **aux équipes et établissements volontaires** :

- de **favoriser l'intervention de pairs-aidants** auprès des personnes en situation de grande précarité ayant des troubles psychiques ;
- d'impliquer **les pairs-aidants dans la mise en place des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, leur évaluation et dans leur fonctionnement** ;
- de créer les **conditions de l'intégration fonctionnelle** des pairs-aidants dans les équipes en :
 - assurant la **promotion de l'utilité et de la légitimité des savoirs de l'expérience** au sein des équipes et à tous les niveaux de l'institution. Cela implique notamment un accompagnement des équipes lors de l'intégration fonctionnelle de pairs-aidants,
 - favorisant la reconnaissance du pair-aidant comme un intervenant à part entière.

→ Il est recommandé de soutenir le **développement des compétences des pairs-aidants** dans la réalisation de leurs missions.

→ Il est recommandé d'organiser **la participation des pairs-aidants à la sensibilisation et la formation** des professionnels de santé et du travail social.

→ Il est recommandé que :

- la professionnalisation de la pair-aidance soit soutenue pour l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité avec des troubles psychiques ;
- la recherche sur le sujet soit développée.

8.5.4. Recommandations sur le renforcement et la coordination de la réponse publique en direction des publics en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques

→ Il est recommandé aux pouvoirs publics de **garantir une réponse adaptée aux personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques** en :

- améliorant **l'évaluation des besoins** au plan national et territorial ;
- **renforçant les dispositifs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux pertinents ;

- organisant une **meilleure intégration et coordination** de ces dispositifs et des politiques publiques au sein des territoires et entre les territoires ;
- améliorant **la lisibilité du système** et en poursuivant les efforts de **simplification administrative** pour favoriser l'accès aux droits ;
- adaptant les réponses aux **spécificités des territoires**.

Apporter une réponse publique à la hauteur des besoins

- Il est recommandé aux pouvoirs publics **d'évaluer** nationalement et localement, en associant l'ensemble des acteurs et les personnes concernées, **les besoins sociaux (qui doivent comprendre les besoins en termes de logement et d'hébergement) et en santé mentale** des personnes en situation de grande précarité pour **apporter des réponses coordonnées et en nombre suffisant**.

Cela passe par une consolidation et un partage des diagnostics effectués dans les secteurs sanitaire (par exemple, les projets régionaux de santé (PRS)), social et médico-social (par exemple, le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)). L'évaluation pourra s'appuyer sur les travaux menés lors de l'écriture des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

- Il est recommandé aux pouvoirs publics de développer :
 - une offre de **logements accessibles, y compris financièrement, et adaptés, suffisante** pour répondre aux besoins et de prioriser les personnes sans logement dans l'accès à ces logements ;
 - une offre **d'hébergement adaptée, inconditionnelle et respectueuse de la dignité et de l'intimité des personnes dont la situation administrative** ne permet pas un accès immédiat au logement.

- Il est recommandé aux pouvoirs publics de développer :
 - une **offre de soins en psychiatrie et en santé mentale** appuyée sur la psychiatrie (publique, privée et associative), intégrant les acteurs des soins primaires, en particulier les médecins généralistes, suffisante et accessible pour les personnes en situation de grande précarité ;
 - **une offre sociale et médico-sociale** suffisante, répondant aux besoins des personnes cumulant les vulnérabilités.

Il s'agit notamment de développer l'offre en psychiatrie, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), y compris les ACT « un chez-soi d'abord » et les ACT « hors les murs », les résidences accueil, les lits halte-soins santé (LHSS), y compris les équipes mobiles, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), les équipes mobiles santé somatique (équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP), équipes mobiles santé précarité (EMSP)), etc.

- Il est recommandé aux pouvoirs publics d'assurer **la pérennité** des dispositifs innovants proposant **un accompagnement sanitaire et social global et des réponses intégrées (santé/social)**.

Cela implique de prévoir des financements pérennes en particulier pour :

- les dispositifs intégrés pluridisciplinaires associant logement ou hébergement, accompagnement et soins psychiques ; les dispositifs de type coordination de parcours ;
- les réseaux de coordination des acteurs ;
- les équipes mobiles psychiatrie intervenant dans le logement ;
- etc.

→ Il est recommandé d'intégrer dans les **programmes de formation initiale et continue** des travailleurs sociaux et des soignants des modules facilitant **l'interconnaissance et la connaissance de ces publics**.

→ Il est recommandé d'organiser les réponses pour permettre l'accompagnement global des personnes et leur **éviter les ruptures de droits et les ruptures de soins**. En particulier, **la simplification administrative**, souhaitable pour tous, est indispensable pour permettre un véritable accès aux droits des personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques.

Coordonner les acteurs au niveau national et sur un territoire

→ Il est recommandé **aux pouvoirs publics**, au niveau national et au niveau territorial, **d'articuler les politiques de santé, dont la santé mentale, avec les politiques de lutte contre la précarité** pour permettre une réponse coordonnée aux besoins d'accompagnement des personnes.

Cela implique d'inscrire la coordination institutionnelle dans les missions des organisations territoriales, en particulier celles des services déconcentrés de l'État et de mettre en place un pilotage lisible, avec un chef de file identifié et articulé intégrant les collectivités locales.

Notamment, il convient de proposer une organisation à même d'assurer sur chaque territoire les articulations :

- entre le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI), les acteurs de la psychiatrie et les soins primaires, le secteur de l'addictologie dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ;
- entre le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) et les structures de soins pour les personnes sans domicile (lits halte-soins santé (LHSS) ; lits d'accueil médicalisés (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT)), dont certaines sont spécialisées pour l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques ;
- entre les interventions des différents dispositifs de l'« aller vers » sur les bassins de vie, afin de proposer une réponse intégrée, y compris avec les maraudes ne proposant pas de soins, dont les maraudes bénévoles. Il peut s'agir de mettre en place une première ligne « généraliste » chargée de l'identification des besoins et de l'orientation vers une deuxième ligne plus spécialisée en psychiatrie, santé mentale et/ou addictologie.

Les coopérations peuvent s'organiser dans le cadre de réseaux ou prendre la forme d'un groupement (groupement d'intérêt public (GIP), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)...). Le SIAO joue un rôle central dans la coordination entre les dispositifs de l'AHI et du logement et les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

→ Il est recommandé de proposer **une coordination entre les territoires** pour prendre en compte la mobilité de certaines personnes (notamment les personnes migrantes et les personnes en campements, régulièrement menacées d'expulsion).

→ Il est recommandé aux services déconcentrés de l'État (ARS et DDETS) et aux collectivités territoriales d'organiser et de soutenir les articulations entre les **services et instances de coopération et de concertation** existants dans les secteurs sanitaire, social et médico-social pour proposer une réponse globale aux personnes présentant des besoins complexes et améliorer la lisibilité pour les personnes concernées.

Il s'agit en particulier des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), etc.

→ Il est recommandé aux responsables de l'organisation territoriale **d'améliorer la lisibilité de l'offre en donnant accès aux informations pratiques** sur les ressources disponibles sur le territoire (lieux d'accueil, ressources logement, santé, emploi...).

Une organisation des parcours en psychiatrie et santé mentale est à prévoir sur chaque territoire pour répondre aux besoins des publics précaires présentant des troubles psychiques. Elle devra s'appuyer sur la psychiatrie (publique, privée et associative), les acteurs de l'addictologie et intégrer les acteurs des soins primaires, en particulier les médecins généralistes. Elle devra également s'appuyer sur les acteurs sociaux et médico-sociaux accompagnant ces publics.

L'organisation de ces parcours relève en particulier des missions des agences régionales de santé (ARS) et peut prendre appui sur les **instances de concertation et de coordination territoriale**.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) permettent notamment aux acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux de prioriser les actions en faveur de la santé mentale qu'ils souhaitent développer. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent une coordination au niveau local.

→ Il est recommandé de prendre en compte les territoires et les **spécificités des lieux de vie** des personnes pour adapter l'offre de soins et d'accompagnement.

Notamment, pour des personnes habitant en milieu rural, accéder aux services éloignés géographiquement peut être un frein au maintien dans les soins ou l'accompagnement. En ce cas, il est important **de développer une offre en ambulatoire spécifique** et de **renforcer l'offre de proximité** (par exemple, le développement de centres d'examen de santé de proximité, la mise en place de partenariats avec les associations d'aide à la mobilité en milieu rural, le développement de bus mobiles « sociaux », d'équipes mobiles de soins somatiques ainsi que des pratiques d'« aller vers » des acteurs de la psychiatrie et de l'addictologie).

9. Les leviers pour la prévention, le repérage et l'intervention précoce

9.1. Repérer les troubles psychiques

9.1.1. Données de la littérature

Les guides et recommandations internationales (195-197) mettent en avant l'importance d'une prise en charge et d'un accompagnement précoces des personnes présentant des troubles psychotiques, dès l'apparition des premiers symptômes. Intervenir précocement sur les premières manifestations des troubles psychotiques permet d'améliorer la rapidité et la qualité du rétablissement, une meilleure réponse aux traitements, et diminue le risque de rechute. Cela permet de limiter l'impact de la maladie sur la restriction des relations sociales (195-197).

Les guides recommandent également une évaluation rapide et évolutive et des réponses précoces globales visant la rémission des symptômes et le rétablissement fonctionnel. Le guide québécois précise que pour les populations les plus marginalisées, l'« aller vers » permet un meilleur repérage (196).

Pour repérer précocement les troubles psychiques, il est important de sensibiliser et former la population générale, et en particulier les acteurs intervenant auprès des jeunes, à la reconnaissance des signes et des symptômes (196).

Pour aider au repérage des troubles psychiques pour les populations en situation de grande précarité, le *Homeless link* (association nationale au Royaume-Uni réunissant les organisations travaillant directement avec les personnes sans domicile) a édité un guide présentant des repères sur la santé mentale, les grandes familles de troubles psychiques, les symptômes associés, les traitements principaux, les attitudes soutenantes, les réponses à développer en interne pour améliorer la santé mentale et les possibilités d'orientation et de soutien (142).

En France, une recherche action a été réalisée dans le cadre d'un contrat de recherche établi entre l'université Grenoble Alpes et la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA). Cette recherche action, réalisée dans trois départements français, visait à identifier les conditions nécessaires à l'organisation d'un repérage précoce des troubles psychiques. Les résultats indiquent que l'organisation du repérage par des équipes de première ligne, non spécialisées dans les troubles psychiques, est possible si ceux-ci disposent des connaissances et compétences suivantes :

- une connaissance des troubles psychiques permettant de reconnaître certains comportements caractéristiques ;
- une connaissance en termes de communication adaptée aux personnes présentant des troubles psychiques ;
- des informations pratiques sur les ressources disponibles sur le territoire :
 - lieux d'accueil et de soutien, lieux de soins ou d'insertion,
 - acteurs du territoire proposant des aides, des accompagnements ou une médiation (198).

Cette étude montre également que le médecin traitant a un rôle important dans le repérage des situations de souffrance psychique. Il serait le professionnel le plus consulté en cas de problème psychologique et l'acteur sanitaire qui repère le plus les troubles graves (198), en cohérence avec les

constats de l'état des lieux, des repères et outils pour l'amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux de la HAS (199).

Cependant, il semble que la santé mentale des personnes en situation de précarité ne soit pas systématiquement abordée par le médecin traitant. Ainsi, une étude menée auprès de 250 patients fréquentant un centre de soins gratuit montre que malgré les prévalences importantes de dépression, notamment parmi les femmes, les migrants et les personnes en situation de précarité économique, seuls 50 % des patients présentant une dépression avaient eu un échange à ce sujet avec leur médecin. Une part importante déclare ne pas avoir été interrogée à ce sujet par son médecin, et 80 % auraient aimé l'être. Cette étude suggère que le questionnement plus fréquent par les médecins de l'état de santé psychique pourrait améliorer le repérage des personnes en souffrance psychique (200).

9.1.2. État des pratiques

Concernant les interventions précoces dès l'apparition des premiers troubles psychiques, à Paris, un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) travaille spécifiquement sur l'accompagnement des jeunes présentant un premier épisode psychotique. L'équipe est composée de *case managers* qui se déplacent sur les lieux de vie des jeunes pour permettre un retour ou un accès à l'emploi, au logement, aux droits et une stabilisation des situations médicales. Le SAMSAH développe également un programme de repérage et de sensibilisation des jeunes. Le SAMSAH travaille en réseau pour permettre un retour des jeunes dans le droit commun. Les suivis durent en moyenne 24 mois.

Concernant le rôle central du médecin traitant dans le dépistage et l'orientation, le conseil régional des personnes accueillies de Provence-Alpes-Côte d'Azur souligne ce rôle et la nécessité que les médecins généralistes soient formés sur la question des troubles en santé mentale car ils sont, avec les infirmiers et les travailleurs sociaux, les premiers contacts des personnes. Le CRPA PACA souhaite que les formations prennent en compte, en plus de l'aspect clinique des troubles en santé mentale, les effets secondaires des médicaments (127).

9.1.3. Avis du groupe de travail

Le groupe s'accorde sur l'importance et la difficulté du repérage et de l'identification de la souffrance psychique des personnes en situation de grande précarité, les deux dimensions étant liées et interagissant l'une avec l'autre. Les acteurs de première ligne⁶² ont un rôle majeur dans le repérage des situations, le soutien des personnes, l'atténuation de la souffrance psychique d'origine sociale et l'orientation de celle-ci vers une prise en charge adaptée.

Or, ces acteurs peuvent être mis en difficulté par les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques car certaines situations sont complexes. Certains comportements peuvent faire peur aux professionnels, en particulier s'ils sont associés à un abus de substances. Les acteurs de première ligne peuvent éprouver un sentiment d'impuissance face à ces situations et adopter des attitudes de défense allant parfois jusqu'à de la maltraitance et de la discrimination qui nuisent à la qualité des soins et de l'accompagnement et à la rigueur diagnostique.

⁶² Les acteurs de première ligne comprennent l'ensemble des personnes qui peuvent être amenées à accueillir ou accompagner directement des personnes en situation de grande précarité et en souffrance psychique. Ils comprennent notamment les équipes des dispositifs accueil, hébergement, insertion, travailleurs sociaux des départements ou des CCAS, personnels de proximité des bailleurs dont les gardiens d'immeubles, personnels des administrations en charge d'accueillir le public, personnels des services d'urgence (urgences hospitalières, pompiers, services de police et de gendarmerie...), citoyens...

Le groupe insiste sur l'importance de former ces acteurs pour leur permettre de mieux repérer, accompagner et orienter. Les formations devraient comprendre :

- des connaissances sur les grandes familles de troubles psychiques, leur manifestation et les signes d'alerte. Les formations du type premier secours en santé mentale paraissent particulièrement pertinentes, les formations à la prise en compte du risque suicidaire également, ainsi que la diffusion du numéro d'urgence 3114 ;
- des informations sur les ressources disponibles pour l'orientation ;
- pour les soignants, les formations doivent comprendre une approche générale des impacts sur la santé des situations sociales.

Un travail avec les instituts régionaux du travail social (IRTS) est nécessaire pour que dans les formations initiales les relations travail social et sanitaires soient intriquées. Certains membres du groupe soulignent qu'actuellement donner une place à l'articulation dans les formations est difficilement envisageable car les modèles d'enseignement restent cloisonnés, chacun restant sur son identité professionnelle. C'est l'expérience professionnelle qui permet d'avancer.

Le groupe insiste sur l'importance pour les professionnels de première ligne de pouvoir être épaulés et soutenus par des équipes spécialisées (en santé mentale, dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité, en addictologie...).

La formation et le repérage participent à la prévention. Le groupe insiste également sur l'importance d'anticiper et de prévenir ces situations en construisant des collaborations et des partenariats pluriprofessionnels (santé, dont santé mentale et addictologie, social).

Certaines associations ont développé des outils permettant le repérage et l'évaluation de la santé mentale pour une orientation adaptée : grille d'évaluation du Comité pour la santé des exilés (Comede) en Guyane dans les consultations sur les lieux d'habitats spontanés, grille développée par Médecins du monde sur Toulouse...

Le repérage dans les lieux de vie en communauté

Dans les lieux de vie en communauté, le repérage des besoins nécessite de s'appuyer sur une ou des personnes ressources qui pourront faire le lien afin d'approcher les autres et déterminer les besoins en santé, y compris mentale. Ces personnes relais peuvent être les leaders de la communauté, ou des personnes relais type patriarches, mères de famille, jeunes (en fonction du public que l'on souhaite aborder) dans une logique de santé communautaire. Pour travailler dans la confiance, malgré le contexte (violences, menaces d'expulsion), il faut travailler avec des relais. Les médiateurs en santé sont des relais pertinents. Ils ont le temps et la mission de construire le lien de confiance.

Il pourrait être intéressant de regarder également les outils disponibles à l'international dans les pays proposant une santé mentale communautaire.

Le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) a un programme pour améliorer la santé mentale dans les quartiers prioritaires de la ville.

9.2. Repérer les personnes à risque de perdre leur logement en lien avec des troubles psychiques

9.2.1. État des pratiques

Des équipes psychiatriques d'intervention à domicile se développent, en partenariat avec les bailleurs sociaux, soit pour prévenir et accompagner la crise psychiatrique, soit pour prévenir la dégradation de la situation dans le logement en lien avec les troubles psychiques. La rencontre à domicile permet la création d'un lien de confiance et l'établissement d'une relation durable. L'accompagnement est global pour accéder aux droits. Les équipes proposent également un travail en direction des bailleurs, des gardiens et des professionnels de première ligne pour participer à la déstigmatisation de la santé mentale, former aux questions de santé mentale et aux savoir-être. Cela permet de sensibiliser aux signaux faibles de repérage. Des outils pédagogiques ont été créés. Ces équipes permettent d'éviter les expulsions et les hospitalisations psychiatriques (114).

Un exemple d'équipe mobile psychiatrie intervenant dans le logement pour éviter la dégradation des situations des personnes et la perte de logement

Sur le territoire Yvelines Sud, une équipe mobile portée par une structure associative accompagnant des personnes en situation de handicap psychique et un établissement de santé a pour mission d'aller vers les locataires en difficulté pour se maintenir dans leur logement et de leur proposer un accompagnement spécialisé. Il s'agit de locataires rencontrant des troubles psychiques et/ou des difficultés psychosociales qui « inquiètent » les bailleurs, ou l'entourage ou le voisinage. Ces difficultés peuvent se manifester par un repli sur soi, une rupture de droits entraînant des dettes, une situation d'incurie, des troubles du voisinage, des troubles du comportement...

L'équipe s'appuie sur des binômes social/de santé qui se présentent au domicile des personnes pour les accompagner dans la restauration des droits sociaux et l'accès aux soins.

L'équipe propose une rencontre, dans ou à l'extérieur du logement en fonction des choix et préférences de la personne. Elle peut proposer cette rencontre plusieurs fois, mais en ne l'imposant pas. Son intervention s'appuie sur les concepts de rétablissement et de restauration du pouvoir d'agir. Elle s'appuie sur les principes de non-jugement, de non-stigmatisation, de respect de chacun, d'écoute et de valorisation des personnes. Elle crée ainsi une passerelle entre les personnes, les bailleurs, les soins et les dispositifs sociaux et médicaux.

Des dispositifs de repérage et de prévention territoriaux se développent également.

Un exemple de démarche préventive : le dispositif « I »

Le dispositif « I » a été mis en place en 2000 dans une agglomération de la région Rhône-Alpes. Sa création fait suite à des émeutes urbaines dans l'un des quartiers de la ville. Cela a été l'occasion d'une réflexion collective sur les liens entre les problématiques psychiatriques et sociales. Dans ce contexte, un dispositif original d'« aller vers » en santé mentale a été mis en place et situé au sein d'une structure accueil, hébergement, insertion (AHI).

« I » est une équipe mobile de prévention en santé mentale favorisant l'accès aux soins. Elle n'est pas spécifiquement dédiée à la grande précarité mais plus largement aux publics à risque de désaffiliation et éloignés du soin sur un territoire donné. Cette approche territoriale et préventive apparaît comme la « marque de fabrique » de « I ».

L'équipe est constituée d'une psychologue, d'un travailleur social, d'un infirmier et d'un cadre. Des temps médicaux sont organisés. Ses interventions sont diverses et vont des interventions individuelles aux actions communautaires de sensibilisation et de promotion de la santé mentale.

Les interventions individuelles sur des situations de souffrance/troubles psychiques d'origine psychosociale

Les travailleurs sociaux peuvent être confrontés à des situations complexes sans trouver de réponse adaptée de la part des structures psychiatriques. « I » propose un étayage des travailleurs sociaux de première ligne en agissant comme un dispositif « passerelle » :

- un soutien apporté aux travailleurs sociaux, avec un travail de « traduction » entre la psychiatrie et le travail social, très attendu par les travailleurs sociaux ;
- une facilitation de l'accès aux soins et du « prendre soin » des personnes ; « I » agit en général en amont du soin (évaluation pluridisciplinaire et proposition d'orientation vers les acteurs de droit commun).

Les modalités et les temporalités d'intervention s'inspirent de la clinique psychosociale mais sont diverses et s'adaptent aux besoins de la personne (besoins de santé psychologique et somatique, logement, sorties d'hospitalisation, etc.).

Les actions en matière de prévention et au niveau du territoire

L'action de « I » comporte aussi un volet préventif qui passe par une approche collective. « I » a un rôle d'observation du territoire, de prévention et de sensibilisation des professionnels de première ligne sur les problématiques psychosociales. Elle :

- organise et anime un travail en réseau et en transdisciplinarité. L'effort est d'instaurer une régularité des liens avec les partenaires, y compris les professionnels libéraux, notamment dans le cadre du conseil local de santé mentale (CLSM) ;
- permet l'anticipation des situations en sollicitant des réunions sur des cas complexes ;
- effectue un travail de prévention en santé mentale avec les partenaires du territoire (« petits déjeuners santé », séances avec les mères au centre social du quartier ; liens avec les partenaires du secteur de l'insertion, du logement et de l'hébergement, actions d'accompagnement de la mutation du quartier, etc.).

Malgré l'antériorité du dispositif et le soutien constant dont il a bénéficié, le financement de « I » n'est pas entièrement sécurisé.

9.2.2. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail s'accorde sur l'importance de pouvoir repérer les personnes souffrant de troubles psychiques lorsqu'elles sont encore en logement afin de prévenir les situations de sans-abrisme. Les personnes en logement sont moins « visibles » que les personnes sans logement. Le repérage nécessite un travail partenarial et une mobilisation de tous les acteurs : centres communaux d'action sociale (CCAS), acteurs des soins primaires, mairies, directions de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS), agence régionale de santé (ARS), travailleurs sociaux de secteur, centres médico-psychologiques (CMP), personnels de proximité des bailleurs, commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX), environnement des personnes (commerçants, proches, écoles...). Les bailleurs ont notamment un rôle important dans le repérage de certains signes d'alerte :

- impayés de loyer, incurie, troubles du voisinage, ou à l'inverse des personnes qui « disparaissent des radars » (NB : ces signes ne sont pas forcément des symptômes de troubles psychiques caractérisés).

La sensibilisation des acteurs de proximité aux problématiques de santé mentale, notamment les personnels de proximité des bailleurs et les élus locaux, et leur formation au repérage des signes d'alerte améliorent la prévention et participent à une réponse de qualité. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent être le lieu propice à la sensibilisation et la formation de ces acteurs. Les EMPP peuvent participer à ces formations de sensibilisation, les pairs-aidants également.

9.3. Orienter dès la perte du logement

9.3.1. Les données de la littérature

Une recherche action menée à Marseille propose une étude comparative et évaluative de deux modes d'orientation des personnes sur des places d'hébergement pour tester l'hypothèse de l'importance d'une orientation précoce vers le logement, en proposant une réponse dès la première demande d'aide sociale. Cette recherche montre que les premiers temps à la rue constituent une période à haut risque de violences, dont les agressions physiques et sexuelles. Les personnes prises en charge de manière précoce sont en meilleure possession de leurs habiletés sociales et ont un meilleur sentiment de maîtrise de leur vie. Par ailleurs, les profils économiques sont plus diversifiés, certaines personnes bénéficiant de capacités financières. Les personnes en orientation précoce sont moins dans le refus de places d'hébergement. L'orientation précoce a permis la sortie de 67 % de personnes vers le logement *versus* 50 % pour le groupe expérimental (mais effectif faible). Par ailleurs, l'analyse qualitative pointe l'importance du rôle de travail social qui permet de rendre effectif le droit à l'hébergement (201).

Les guides d'accompagnement santé et précarité (guide de la Fédération des acteurs de la solidarité, guide de l'ARS Île-de-France) préconisent de favoriser l'accueil des personnes sortant d'hospitalisation en hébergement pour éviter les ruptures et insistent sur l'importance de la formation des acteurs pour repérer et orienter et pour gérer les situations complexes (nécessité de travailler en partenariat et en réseau), dont les situations de crise et de violence (135-137).

9.3.2. L'avis du groupe de travail

Le groupe s'accorde sur l'importance de la prévention et l'importance d'agir en amont de la perte de logement, ou de pouvoir orienter rapidement dès la perte de logement pour éviter les impacts sur la santé mentale des épisodes de sans-abrisme.

La question de l'orientation a fait l'objet d'échanges au sein du groupe :

- concernant l'orientation vers un « chez-soi », dans la pratique, la saturation du système d'hébergement/logement, et notamment pour les migrants, rend complexe cette orientation précoce ;
- concernant l'orientation vers le soin en santé mentale, il est nécessaire pour les EMPP ou les autres équipes mobiles d'aider les bailleurs sociaux dans le repérage des situations problématiques. Au-delà des troubles psychiatriques sévères, il convient de repérer également les troubles psychiques et la souffrance psychique liée aux besoins primaires (dont le besoin de liens sociaux). Les ressources en soins psychiatriques sont rares, elles doivent se concentrer

sur les personnes qui les nécessitent. L'ensemble des équipes accompagnantes (dont les travailleurs sociaux et les médiateurs de santé) a un rôle à jouer dans le repérage des difficultés de santé mentale et dans le soutien et l'orientation des personnes en souffrance psychique. Cela nécessite de former les professionnels non spécialistes de la santé mentale au repérage de cette souffrance et des besoins réels en santé mentale et à l'orientation. L'isolement en zone rurale peut être par exemple un facteur important de souffrance psychique.

L'accompagnement des transitions (cf. chapitre 10 sur les transitions), qui permet d'anticiper et de prévenir, est ici essentiel.

9.3.3. Recommandations sur le repérage et les orientations précoces

→ Il est recommandé **d'organiser de manière partenariale le repérage précoce des troubles psychiques des personnes**, dans une optique de prévention des ruptures de vie et en particulier de la perte du logement.

→ Il est recommandé de sensibiliser les **acteurs de proximité aux problématiques de santé mentale**, notamment les personnels de proximité des bailleurs, les élus locaux et les personnels des collectivités locales.

La formation des personnels des bailleurs ainsi que des collectivités locales au repérage des signes d'alerte améliore la prévention et participe à une réponse de qualité. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent être le lieu propice à la sensibilisation et la formation de ces acteurs.

→ Il est recommandé d'apporter **une solution de logement ou à défaut d'hébergement aux personnes dès les premières demandes**.

10. Les situations particulières : les transitions et la gestion des crises et des urgences

10.1. Les transitions

Accompagner la transition entre une institution (hôpital, prison, aide sociale à l'enfance) et la communauté est la première des grandes composantes qui émerge de la littérature scientifique parmi les stratégies efficaces d'aide aux personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques sévères et d'addictions (143).

Il est en effet constaté que les personnes vulnérables sortant d'institutions présentent des risques majeurs incluant suicide, sans-abrisme, violences envers autrui ou réhospitalisation. La question de la gestion des transitions concerne aussi les personnes qui ont déjà été sans domicile dans le passé, ainsi que celles qui s'appauvrissent ou sont à risque de sans-abrisme (143).

10.1.1. Stratégies efficaces en sortie d'institution pour éviter les ruptures de parcours

Plusieurs méthodes sont efficaces pour assurer des transitions et ainsi éviter des ruptures de parcours délétères (143).

10.1.1.1. L'accès direct au logement avec soutien – le modèle *Critical Time Intervention* (CTI)

Parmi les modèles de transition les plus efficaces, la littérature distingue le modèle *Critical Time Intervention* (CTI) qui propose un soutien intensif dans un logement individuel directement en sortie d'institution, sans condition d'abstinence ou de traitement préalable (95, 96, 143, 158, 159).

Le *Critical Time Intervention* (CTI) propose d'assurer une continuité dans l'accompagnement avec un accès au logement dès la sortie de l'institution et un accompagnement débutant avant même la sortie de l'institution, l'intensité de l'accompagnement diminuant graduellement au fur et à mesure que la personne se construit son réseau personnel (soignants, relations personnelles, activités...).

La première rencontre avec les membres de l'équipe se déroule dans l'institution, avec un soutien émotionnel et pratique, et l'accompagnement se poursuit dans le logement, de manière intensive surtout pendant les premiers mois (sur le modèle *Assertive Community Treatment*). L'intervention est fondée sur l'approche par les forces, elle vise à renforcer les liens individuels de la personne avec d'autres services et institutions liés à la santé (services de droits communs), mais également à favoriser les liens amicaux et familiaux. L'intérêt du modèle est de développer l'autonomie de la personne en l'aidant à reconstruire un maximum de liens durant les premiers mois. Il n'a pas vocation à devenir un système de support permanent, l'idée étant de restaurer un réseau social qui continuera après la durée de l'intervention, limitée dans le temps.

Plusieurs essais randomisés ont montré l'efficacité de CTI sur les critères de sans-abrisme, de santé mentale et de conduites addictives, et une étude médico-économique a mis en évidence son coût-efficacité. L'approche CTI est particulièrement indiquée pour les personnes qui ont un diagnostic addictologique en plus d'un diagnostic de trouble psychique (96).

10.1.1.2. Les plans et les entretiens de sortie

Une stratégie efficace consiste à établir des règles de sortie de l'institution, à créer des plans de sortie qui mettent systématiquement en lien les personnes qui sortent d'institution avec un service ambulatoire adapté à leurs besoins.

Les plans de sortie les plus efficaces sont ceux qui proposent une date prévisionnelle de sortie, qui assurent la transmission du dossier médical, un accès au logement et qui préparent la coordination entre services somatiques, psychiatriques et communautaires, en s'appuyant sur un *case manager* de transition.

Le manque de protocoles de sortie est associé avec un désengagement et une plus grande discontinuité des soins et de l'accompagnement.

Enfin, la revue réalisée par Sun en 2012 a montré que des entretiens motivationnels réalisés avant les sorties d'hôpital permettent d'améliorer la compréhension des soins et de leur organisation, ainsi que la présence des personnes aux rendez-vous après la sortie. Ces entretiens avec la personne portent sur les différences d'objectifs et de méthodes entre l'hôpital et les services ambulatoires, et la compréhension qu'elle a de sa situation et de sa prise en charge.

L'allocation de ressources financières à la personne (les systèmes d'aides variant d'un État à l'autre et d'un pays à l'autre) facilite également la transition (143).

10.1.2. Transitions entre différents services

L'étude des transitions montre que la période initiale de contact entre la personne et le nouveau service est à haut risque pour les personnes sans domicile, car elles doivent s'adapter à de nouvelles personnes et à de nouvelles règles, qui entrent parfois en conflit avec leurs stratégies habituelles.

Pour minimiser le risque de rupture, plusieurs stratégies sont efficaces :

- travailler l'engagement au plus tôt en construisant une relation de confiance ou une alliance et travailler la motivation à poursuivre le suivi ;
- réduire au maximum le temps d'attente entre l'accord de suivi et le suivi effectif ;
- enfin, il est impératif de prévoir un circuit de réaccès rapide aux services pour les personnes qui seraient de retour après un laps de temps « perdues de vue » (143).

10.1.3. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail confirme que les acteurs français connaissent les mêmes difficultés pour organiser les périodes de transition que celles qui ont été identifiées dans la littérature internationale :

- l'accompagnement des périodes de transition est rarement effectif et les ruptures sont la règle ; le problème existe pour les sorties d'hospitalisation, d'incarcération, l'accès au logement, mais aussi pour les sorties de dispositifs d'aide à l'enfance comme le souligne la note de cadrage de la HAS sur le sujet (202) ;
- les difficultés sont accrues :
 - par l'illisibilité du système : il est complexe, y compris pour les professionnels, de se retrouver dans le dédale des dispositifs, qui demeurent très cloisonnés et peu lisibles,
 - par le cloisonnement au niveau territorial, avec des règles comptables et de financement distinctes selon les secteurs,

- par le cloisonnement persistant entre professionnels de différents secteurs ; les médecins peuvent être réticents à échanger des informations avec les travailleurs sociaux, il peut aussi y avoir un cloisonnement entre les structures d'addictologie et les acteurs des autres secteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaires,
- par la saturation ou le dévoiement de certains dispositifs,
- par une tendance à la focalisation des politiques sur une « solution » unique pour tous.

Quelques dispositifs français fournissent un accompagnement pendant les périodes de transition :

- les équipes psychiatriques de secteur pour la sortie d'hospitalisation ;
- les équipes mobiles psychiatrie précarité ;
- les équipes mobiles et dispositifs du champ médico-social qui proposent des « services de suite » et/ou des dispositifs « hors les murs » ;
- les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH ou service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)), qui peuvent permettre de sécuriser les transitions pour les personnes en situation de handicap ;
- certains dispositifs d'accompagnement dans le logement (accompagnement social lié au logement (ASLL), accompagnement vers et dans le logement (AVDL), intermédiation locative (IML)) ;
- les dispositifs décrits plus haut de partenariat entre des bailleurs sociaux, des équipes de psychiatrie et des équipes sociales ou des équipes de psychiatrie et des dispositifs du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI).

La continuité peut être favorisée par certains facteurs :

- l'échange et le partage d'informations pluridisciplinaires ;
- le soutien aux professionnels et équipes sociales dites de « droit commun » appelés à accompagner les personnes, notamment via des démarches de supervision et de sensibilisation à la prévention et au dépistage en santé mentale ;
- l'appui des EMPP aux équipes de secteur psychiatrique et aux équipes de soins primaires ;
- les liens avec les professionnels de santé (médecins et infirmiers libéraux en particulier) du territoire, essentiels dans le réseau des personnes ;
- l'implication personnelle et l'interconnaissance entre acteurs ; dans un contexte de cloisonnement et d'illisibilité du système, c'est souvent ce qui fait la différence pour les personnes.

L'accompagnement des transitions, lorsqu'il existe, permet :

- d'anticiper et d'intervenir en amont (de la sortie d'hospitalisation, d'hébergement, d'incarcération...) ; c'était une pratique courante de la psychiatrie de secteur, ce n'est plus la norme ;
- un accompagnement qui s'adapte aux besoins de la personne (vie quotidienne, santé somatique, structuration d'un entourage personnel et professionnel qui pourra prendre le relais et notamment les professionnels de santé libéraux...) et lui permet de développer son propre réseau et ses propres ressources. L'intensité de l'accompagnement peut ainsi diminuer progressivement à mesure que la personne construit ses propres ressources.

10.1.4. Recommandations pour l'accompagnement des transitions

→ Il est recommandé de **mettre en place des interventions spécifiques pour accompagner des moments porteurs de risques de fragilisation** pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, dont l'accompagnement des **moments de transition** (sorties d'institution, accès au logement, changement de statut, etc.).

- Il est recommandé de limiter les risques de rupture en :
- **sensibilisant les équipes** accompagnant ces personnes (en structure sociale, en hospitalisation...) afin d'éviter que les moments de transition soient des moments de rupture de l'accompagnement, voire de « retour en arrière » ;
 - **proscrivant toute sortie de dispositif, notamment d'hospitalisation psychiatrique sans solution** ou suivi ;
 - organisant avec la personne **les relais nécessaires** vers les équipes sanitaires et sociales, en s'assurant de délais raisonnables et en s'assurant que la personne dispose du réseau et des moyens suffisants pour se rendre aux rendez-vous (rappel des rendez-vous, proximité du lieu de vie, accompagnement...) ;
 - assurant la **continuité des droits**.

- Il est recommandé **d'anticiper ces périodes de transition** avec la personne en :
- lui permettant de réfléchir avec les équipes aux opportunités et aux risques dont ces périodes sont porteuses ainsi qu'à sa motivation à poursuivre l'accompagnement social et médical ;
 - établissant précocement, avant la transition, **un contact avec une personne référente** de l'équipe qui accompagnera la période de transition.

Il existe, dans plusieurs pays, des expériences d'équipes spécialisées dans l'accompagnement des transitions pour les personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques, expériences évaluées favorablement. En France, ce rôle peut être assumé par des acteurs très divers : les équipes de secteur psychiatrique, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hors les murs », les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), certains dispositifs d'intermédiation locative (IML) ainsi que les acteurs de la lutte contre les addictions (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)), qui peuvent accompagner ces transitions afin de limiter les risques de rupture en sortie d'institution.

- Il est recommandé de proposer **un accompagnement spécifique de type « coordination de parcours »**⁶³ pendant une période limitée, adaptée à la situation et la temporalité de chacun (en général plusieurs mois).

⁶³ En référence aux modèles de *case management* définis dans la littérature internationale et présentés dans le rapport d'élaboration.

Cet accompagnement comprend en particulier :

- **des interventions par une équipe pluridisciplinaire** en soutien de l'adaptation au nouveau contexte de vie de la personne ; cela peut concerner tout autant l'accompagnement social, la santé, l'insertion socio-professionnelle que des aspects très pratiques de la vie ;
- une possibilité pour la personne de **faire appel à l'équipe** à tout moment ;
- une aide à **la construction d'un réseau personnel et à l'identification de ressources sur lesquelles la personne pourra s'appuyer de manière pérenne** comprenant la construction de liens avec les professionnels de santé et du champ social du territoire, notamment :
 - l'identification d'un médecin traitant et la sollicitation des professionnels de soins primaires en tant que de besoin,
 - le lien avec les services psychiatriques ambulatoires, s'il n'existait pas auparavant,
 - le cas échéant, le lien avec les services d'addictologie, dont les CSAPA et les CAARUD,
 - le lien avec les services sociaux et médico-sociaux, dont les travailleurs sociaux de secteur et les centres communaux d'action sociale (CCAS),
 - avec l'accord de la personne, la transmission d'informations aux équipes appelées à prendre des responsabilités dans l'accompagnement et les soins,
 - la création de liens au sein de l'environnement de la personne, l'aide à l'identification de lieux et d'activités intéressants pour elle.

Les modalités de cet accompagnement doivent être évaluées régulièrement avec la personne et adaptées à ses besoins et préférences. Il convient de **diminuer graduellement l'intensité des interventions**, en fonction des besoins des personnes ; avec, pour les équipes spécialisées, l'objectif de « passer le relais » au réseau d'acteurs de droit commun et d'aidants construit avec la personne.

10.2. La gestion des crises et des urgences

10.2.1. Les données de la littérature

Peu de données spécifiques à la gestion des crises et des urgences psychiatriques pour les personnes en situation de grande précarité sont disponibles, nous avons sélectionné deux études françaises qualitatives s'intéressant pour l'une aux spécificités de l'accueil aux urgences psychiatriques des personnes sans domicile (203) et pour l'autre aux spécificités du déroulement de l'hospitalisation pour les personnes sans domicile (124). Ces études qualitatives portent chacune sur un seul établissement de santé.

L'étude sur les spécificités de la population SDF en France suggère que la consultation en urgence et via les services d'urgence est souvent le mode d'accès aux soins psychiatriques des personnes sans domicile et que ce mode d'accès est générateur de ruptures dans les parcours. Les personnes sans domicile sont par ailleurs plus souvent admises en soins sans consentement que les autres patients (203). L'étude de Marques concernant le déroulement de l'hospitalisation suggère que ces arrivées en urgence dans les services d'hospitalisation psychiatriques ne permettent pas aux professionnels de donner du sens à l'hospitalisation, ce qui en retour peut nuire à la qualité des soins proposés. En effet, les équipes ne connaissent pas l'amont et ne peuvent se projeter dans des solutions de sortie satisfaisantes. L'accompagnement des personnes sans domicile par les EMPP en amont et en aval de l'hospitalisation peut permettre aux professionnels de redonner du sens à l'hospitalisation, l'EMPP permettant la continuité (124).

Concernant la question des soins et des hospitalisations sans consentement, la HAS recommande de prévenir les situations de crise et d'urgence en élaborant avec la personne un plan de prévention partagé ou des directives anticipées incitatives en psychiatrie (204).

La recherche documentaire a permis d'identifier un guide d'évaluation de personnes sans-abri, en situation de grande exclusion (à la rue), susceptible de présenter un état de crise (205). Ce guide, élaboré par *Pathway*, organisation chargée de la santé des personnes sans domicile au Royaume-Uni, a été réalisé à la suite de la mort à la rue d'une personne sans domicile présentant des problématiques de santé mentale. Cette personne avait été suivie pour des troubles psychotiques, mais n'avait pas souhaité poursuivre ses soins, puis elle avait perdu son logement et dormait à la rue. Elle avait été vue de nombreuses fois par des équipes mobiles, des ambulances, la police, mais refusait toute aide. Elle est décédée dans la rue. Cette situation a rendu nécessaire le développement d'outils et de protocoles pour guider les décisions. Les outils déclinés dans le guide sont :

- l'évaluation des risques encourus par une personne à la rue (pour tout type de professionnel) ;
- l'utilisation du *mental capacity act* pour évaluer si la personne est en capacité de prendre une décision éclairée pour rester dans la rue ;
- l'utilisation du *mental health act* pour développer un plan d'admission à l'hôpital ;
- un guide pour déclencher une procédure d'alerte pour adulte vulnérable.

Le guide rappelle que les outils proposés doivent être utilisés quand toutes les autres approches ont échoué et que les premières approches doivent être informatives et collaboratives.

Les outils étant liés à la réglementation en vigueur et à des procédures juridiques spécifiques, ils ne sont pas tous transférables mais ce guide propose des modèles d'évaluation simples et partagés (205).

Bonnes pratiques pour l'évaluation des risques d'une situation d'une personne sans-abri (*Pathway* 2017)

À titre d'illustration, on reproduit ici un extrait du guide *Pathway*. Il s'agit d'un outil d'évaluation destiné à tous les professionnels (professionnels et bénévoles des maraudes, travailleurs sociaux, policiers, ambulanciers...) qui propose des points de repère pour réaliser une première évaluation de la situation d'une personne vivant dans la rue (205).

Le guide précise que ces « points clés » doivent être utilisés pour identifier certains risques spécifiques associés au sans-abrisme. Ils ne sont pas exclusifs d'autres outils d'évaluation. Le guide peut éventuellement être adapté à d'autres situations (personne en centre d'hébergement, en squat, etc.).

- Facteurs démographiques
 - L'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, etc. de la personne la rendent-ils plus vulnérable ?
- L'état physique
 - La personne :
 - est-elle en mauvaise santé ?
 - refuse-t-elle de se soigner (santé somatique) ?
 - a-t-elle des difficultés d'accès aux soins (somatiques) ?
 - consomme-t-elle de la drogue ou de l'alcool ?
 - a-t-elle le souci de sa propre hygiène ?
 - a-t-elle un accès suffisant à de la nourriture et de l'eau potable ?
 - Les éventuels problèmes somatiques sont-ils majorés par la vie à la rue ?

- L'état psychologique
 - La personne :
 - s'isole-t-elle volontairement ?
 - a-t-elle l'air anxieux ou effrayé ?
 - a-t-elle l'air désorienté ?
 - parle-t-elle seule ou à des personnes qui ne sont pas réellement là ?
 - est-elle en retrait, ralentie dans ses réactions ou non communicante ?
 - est-elle en colère, menaçante ou agressive ?
 - refuse-t-elle de se soigner (santé mentale) ?
 - a-t-elle des problèmes d'accès aux soins psychiatriques et de santé mentale ?
- Les conditions météo
 - La personne :
 - dispose-t-elle de vêtements adaptés aux conditions météo ?
 - dispose-t-elle de couvertures/duvets chauds pour dormir ?
 - utilise-t-elle les accueils de jour ou autres possibilités pour se protéger des conditions météo ?
 - Son lieu pour dormir est-il recouvert et sec ?
- Degré d'isolement
 - La personne :
 - s'isole-t-elle des autres ?
 - reçoit-elle de l'aide d'autres personnes de la rue ou d'amis/de membres de la famille ?
 - évite-t-elle les contacts avec les services pour sans-abris et l'aide proposée ?
 - est-elle susceptible de nouer une relation de confiance qui la conduirait à accepter un hébergement ?
 - Son lieu pour dormir est-il sécurisé ?
- Mesures pour assurer une veille
 - Est-il possible d'assurer une veille sur cette personne ?
 - Peut-on mettre en œuvre des mesures pour limiter les risques ?
 - Une coordination avec d'autres acteurs (équipes d'« aller vers », d'accueil de jour) est-elle à envisager ?
- Accès aux droits sociaux et prestations sociales
 - La personne :
 - a-t-elle droit aux prestations sociales ? (liens vers références réglementaires et outils sur le non-recours)
 - est-elle capable d'organiser son recours aux droits/prestations ?
 - entretient-elle des idées méfiantes l'empêchant de faire ces démarches ?
- Type de sans-abrisme
 - Depuis quand la personne vit-elle à la rue ?
 - Change-t-elle constamment de lieu ?

Ces éléments peuvent être analysés de manière globale pour orienter la personne vers les services spécialisés pertinents.

10.2.2. L'état des pratiques

Les difficultés

Lors des entretiens et des visites de structures, les professionnels ont remonté des difficultés importantes dans la gestion des crises et des urgences. Les professionnels du travail social sont en grande difficulté pour orienter les personnes vers la psychiatrie et se retrouvent parfois très seuls avec des situations très complexes. Cette difficulté est partagée par les professionnels des EMPP qui indiquent avoir de plus en plus de mal à faire hospitaliser leurs patients, alors même que les psychiatres des EMPP ont évalué que la situation le justifiait. Les EMPP constatent en parallèle une diminution des durées d'hospitalisation. Cette difficulté rencontrée sur plusieurs territoires est particulièrement criante à certains endroits, les professionnels des différentes structures du territoire faisant part de façon spontanée et non concertée d'un réel sentiment d'abandon.

À l'inverse, les acteurs de la psychiatrie ont le sentiment d'être sollicités en urgence pour des situations pour lesquelles aucune solution ne semble possible.

Le groupe de travail indique que le repérage est plus « facile » lorsque la crise s'exprime bruyamment et par de l'excitation (attention cependant à ne pas psychiatriser les situations d'urgence sociale) mais beaucoup plus difficile dans le cas de crises « silencieuses » qui s'expriment par du retrait et de l'apathie.

Les pistes de bonne pratique

- **Le partenariat et le travail en transdisciplinarité** permettent de faire évoluer les représentations des acteurs les uns vis-à-vis des autres. Ainsi, au sein d'un dispositif proposant logement, accompagnement psychiatrique et accompagnement social, la psychiatre a indiqué que le dispositif participait à construire une culture prenant en compte les enjeux des différents secteurs. La directrice de l'association responsable de l'accompagnement social a indiqué percevoir une différence dans la façon dont ses équipes interpellaient la psychiatrie, notamment pour la gestion des situations de crise.

Le lieu de répit à Marseille

Certaines expériences se sont développées pour répondre à la gestion des situations de crise des personnes en grande précarité, et notamment un « lieu de répit » pour les personnes en situation de précarité à Marseille.

Ce lieu s'appuie sur des modèles de lieux de gestion de crise, ouverts sur la cité et l'environnement en alternative à l'hospitalisation :

- certains modèles ont été développés par des psychiatres américains (expérience new-yorkaise et *Soteria Houses*) avec des « maisons » de crise mobilisant notamment des citoyens pour aider à gérer les crises psychiatriques ;
- en France, les centres d'accueil et de crise développés dans les secteurs psychiatriques participent du même mouvement de recherche d'alternatives à l'hospitalisation. Ils peuvent être un recours pour les personnes en situation de grande précarité lors de crises.

Le lieu de répit a été monté par l'équipe de MARSS en s'appuyant sur ces modèles. Il s'agissait de tester un modèle (*Soteria*, centre de crise, etc.) et de l'adapter aux personnes sans chez-soi. Le lieu de répit accueillait au début des personnes en situation de rue, mais il est apparu qu'au lieu de gérer la crise, il devenait une alternative à l'hébergement d'urgence, les personnes se maintenant sur les places faute de solutions. Le lieu de répit s'est donc réorienté vers les personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiques mais ayant intégré un logement.

Les salariés du lieu de répit sont soit des travailleurs pairs, soit des citoyens sensibles aux questions de santé mentale. Ils sont formés à la gestion de la crise psychique et à l'*open dialogue*.

En théorie, l'accompagnement est de trois mois maximum (un mois renouvelable deux fois). Il est adapté à chacun pour que la durée d'hébergement n'excède pas la durée nécessaire à la gestion de la crise. Une évaluation est faite à J+15 et J+25. En effet, l'équipe constate que si les personnes restent trop longtemps, cela peut être un frein à leur rétablissement.

Une difficulté majeure du lieu de répit est de stabiliser et sécuriser l'équipe. En effet, le métier est complexe (travail avec des personnes en crise), avec une organisation du travail en 24 h/24 (avec dans le modèle des personnes présentes plusieurs jours de suite). Le lieu de répit a une convention avec la plateforme Esper Pro pour le soutien des médiateurs de santé pairs.

Une recherche action est en cours sur le lieu de répit, elle permet notamment de réajuster les outils au fur et à mesure. Les pratiques sont réinterrogées, ajustées et évaluées. L'évaluation du modèle sous forme d'essai contrôlé randomisé est également en cours.

10.2.3. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail pointe par ailleurs l'importance **de la prévention** :

- les équipes mobiles intervenant sur les lieux de vie des personnes ont un rôle majeur dans la prévention et peuvent travailler avec la personne sur la conscience des troubles et la gestion des traitements ;
- les mesures d'anticipation (type plan de crise ou de prévention partagé ou directives anticipées en psychiatrie) sont à mettre en place dès que cela est possible pour les personnes connues des services. Identifier une personne de confiance susceptible d'être une personne tierce en cas de besoin d'hospitalisation sans consentement fait partie de ces mesures d'anticipation et s'applique à toute personne ;
- des hospitalisations séquentielles programmées peuvent parfois permettre d'éviter les situations de crise ;
- la généralisation des formations aux premiers secours en santé mentale est à mettre en valeur dans les recommandations. Tous les acteurs (professionnels, bénévoles, public) doivent être familiarisés aux recours aux services d'accueil et d'urgence spécialisés, aux numéros d'appel type appel d'urgence pour risque de suicide (3114), aux dispositifs « coupe-file ».

Pour le groupe de travail, si une décision d'hospitalisation est envisagée ou décidée :

- les **outils d'évaluation** de l'urgence et de la crise sont un bon moyen d'objectiver les situations. Certaines EMPP en utilisent pour avoir des données objectives pour négocier les admissions aux urgences psychiatriques ou somatiques ;
- le groupe insiste sur la nécessité du **maintien de la communication** en amont et en aval de l'hospitalisation (avec la personne et avec les professionnels qui l'accompagnent). Les professionnels ne devraient jamais intervenir seuls sur ce type de situations. La personne doit pouvoir être accompagnée tout au long du processus par une personne de confiance. L'entourage doit être associé quand il existe. Enfin, le groupe recommande un débriefing ;
- le groupe souhaiterait que, pour ces publics, le temps des urgences psychiatriques puisse être plus long pour permettre l'**observation** ;

- la **sortie d'hospitalisation** doit être prise en compte précocement (avant l'admission si possible). L'hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement (nécessité de garantir la place en CHRS).

Le groupe recommande la mise en place de **réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP) pour les personnes qui font des crises fréquentes, avec l'accord et en présence de la personne si elle le souhaite et en associant l'entourage lorsque cela est possible (avec l'accord de la personne) (206).

Enfin, si les **hospitalisations sans consentement** doivent rester des dispositifs de dernier recours, elles peuvent parfois être utilement mobilisées par les équipes. Les professionnels des EMPP peuvent conseiller et accompagner les professionnels de première ligne pour ces hospitalisations. Les membres du groupe exerçant en EMPP indiquent néanmoins que mettre en œuvre une hospitalisation sans consentement peut être complexe également pour eux, les liens avec les différents acteurs (psychiatrie, pompiers, etc.) n'étant pas toujours fluides, en concordance avec les propos recueillis lors des entretiens de cadrage et des visites sur site.

10.2.4. Recommandations sur la gestion des crises et des urgences

→ Il est recommandé de **mettre en place des interventions spécifiques pour accompagner des moments porteurs de risques de fragilisation** pour les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, dont des interventions de prévention et de gestion des **crises psychiatriques**.

→ Il est recommandé de s'appuyer autant que possible sur **des actions de prévention et d'anticipation** des crises.

Plusieurs moyens peuvent être mobilisés :

- **les consultations avancées**, qui permettent aux équipes psychiatriques d'intervenir dans les structures d'hébergement, squats, bidonvilles, rues et logements, peuvent être une occasion de travailler avec la personne sur la conscience des troubles et la gestion des traitements. Les EMPP peuvent mettre en œuvre ces consultations avancées, en lien avec les équipes psychiatriques de secteur ; les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale peuvent être une ressource utile ;
- dans certains cas, **les hospitalisations séquentielles programmées** peuvent être un outil utile pour prévenir les crises aiguës et faire le lien avec le volet social de la prise en charge ;
- dans certains cas, la mobilisation d'hébergements médico-sociaux adaptés (lits halte-soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)) en lien avec les équipes psychiatriques peut également permettre de prévenir la crise et d'éviter l'hospitalisation ;
- **les mesures d'anticipation** telles que les directives anticipées en psychiatrie ou les plans de crise ou de prévention partagés⁶⁴ sont à mettre en place dès que cela est possible si la personne est connue des services et ouverte à cette possibilité ; il est important d'encourager la désignation d'une personne de confiance qui pourrait jouer le rôle de personne tierce dans le cas d'une hospitalisation sans consentement ;
- **les alternatives à l'hospitalisation** : la mobilisation des centres d'accueil et de crise, lieux de répit ; appartements d'urgence psychiatrique ; intervention de crise par des équipes mobiles de

⁶⁴ Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf

suivi intensif ou de crise. Ces dispositifs permettent également d'accompagner l'entrée dans les soins et l'hospitalisation ;

- la définition et la mise en œuvre de **modalités de contact et d'intervention de l'équipe psychiatrique référente** lors du repérage par l'équipe sociale de signes d'alerte ou de modification de comportement.

→ Il est recommandé de **familiariser tous les acteurs** (professionnels, bénévoles, public) au recours aux services d'accueil et d'urgence spécialisés, en particulier au 3114, numéro d'appel d'urgence pour risque de suicide.

→ Il est recommandé **d'anticiper avec les équipes des urgences générales l'accueil des crises psychosociales.**

Les personnes en situation de grande précarité continueront de considérer les urgences générales comme un recours possible (pour l'accueil des personnes dans les services d'urgences générales, se référer à la fiche outil – Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques aux urgences et en services d'hospitalisation).

- Si une décision d'hospitalisation, avec ou sans consentement⁶⁵, est prise, il est recommandé :
- de ne jamais faire intervenir un professionnel seul ;
 - d'évaluer la **balance bénéfices/risques** de l'hospitalisation dans un cadre pluridisciplinaire et quand cela est possible avec la personne concernée ;
 - **d'accompagner la personne** tout au long du processus. Idéalement, un intervenant connu de la personne reste à ses côtés jusqu'à l'admission en hospitalisation et assure le lien avec les équipes externes ;
 - de conduire la **période d'observation** dans les services d'urgence psychiatrique en tenant compte de la spécificité des situations de grande précarité, dans le respect de la réglementation ;
 - de **maintenir la communication en amont et en aval de l'hospitalisation** (avec la personne et avec les professionnels qui l'accompagnent) ; en particulier, il est recommandé de réaliser un débriefing après toute hospitalisation, avec l'ensemble des acteurs impliqués ;
 - d'anticiper la sortie d'hospitalisation et de **faire de l'hospitalisation une opportunité pour construire un parcours d'accompagnement et de soins.**

La période d'hospitalisation est une **opportunité** pour mettre en place un accompagnement global coordonné adapté aux besoins et attentes de la personne, dans le cadre du processus de soin psychiatrique. Sa durée doit être adaptée aux besoins. Notamment, elle doit permettre :

- le temps du soin hospitalier impliquant bilans, diagnostic(s), réponses thérapeutiques ;
- la régularisation des droits à une couverture santé si nécessaire ;
- la réalisation d'un examen somatique ;

⁶⁵ Articles L. 3211-1 à L. 3211-13, L. 3212-1 à L. 3212-12 et L. 3213-1 à L. 3213-11 du Code de la santé publique (CSP).

- la mise en place des relais nécessaires avec le tissage du lien entre l'équipe soignante institutionnelle et plus largement du secteur sanitaire (secteur psychiatrique, soins primaires) et la personne, mais également avec les acteurs de la précarité qui l'accompagnent ;
- l'organisation de « l'aval » de l'hospitalisation. Celui-ci doit être pris en compte le plus précocement possible (avant l'admission si possible). Cela inclut :
 - l'association de l'entourage, s'il existe, avec l'accord de la personne concernée ;
 - la transmission des informations, avec l'accord de la personne concernée, aux équipes qui la suivent, dont les EMPP, les équipes de secteur, et les équipes du secteur accueil, hébergement, insertion ;

Une sortie d'hospitalisation ne peut se faire vers la rue, les équipes sanitaires et sociales des centres hospitaliers doivent construire des projets de sortie en coordination avec les SIAO.

Une hospitalisation ne doit pas faire perdre à la personne sa solution de logement/hébergement. Sauf dans les cas exceptionnels de mise en danger des personnes, il est nécessaire de **garantir à la personne le maintien de sa solution d'hébergement ou de logement.**

- la mobilisation des dispositifs d'aval de la psychiatrie de secteur : foyer post-cure, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, services de soins intensifs dans la cité, etc. ;
- la possibilité, à l'issue d'un épisode d'hospitalisation complète sans consentement, d'un programme de soins psychiatriques sans consentement⁶⁶.

➔ Lors de la sortie d'hospitalisation, il est recommandé **d'organiser avec l'accord de la personne** la prise en charge **sur le secteur de psychiatrie dans des délais courts** et de veiller à un accès simplifié aux équipes de secteur (proximité entre le secteur et le lieu de vie, organisation d'un accompagnement au rendez-vous si nécessaire, souplesse sur les retards et les rendez-vous manqués).

➔ Pour les personnes qui font des crises fréquentes, il est recommandé de mettre en place des **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)**⁶⁷.

⁶⁶ Haute Autorité de santé (2021). Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine, HAS ; [Haute Autorité de santé – Programme de soins psychiatriques sans consentement \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-authorite-sante/programmes-de-soins-psychiatriques-sans-consentement)

⁶⁷ Haute Autorité de santé (2017). Réunion de concertation pluridisciplinaire. Saint-Denis La Plaine, HAS. [Haute Autorité de santé – Réunion de concertation pluridisciplinaire \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-authorite-sante/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire)

11. Les réponses aux situations de vulnérabilités spécifiques

11.1. Vulnérabilités liées à l'âge

11.1.1. Les jeunes

11.1.1.1. Données de la littérature

Littérature internationale

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

La période de transition entre l'enfance et l'âge adulte (16-25 ans) correspond à une période cruciale dans le développement, pendant laquelle les individus sont censés passer d'une vie « dépendante » à une vie « indépendante ». C'est une période d'émancipation, de quête de soi, d'expérimentation et de prise de risque. Lorsqu'elle est compliquée par les troubles psychiques, la pauvreté et le sans-abrisme, les défis sont encore plus importants.

Les auteurs décrivent le sans-abrisme des jeunes comme un phénomène complexe, multifactoriel et encore mal compris. La violence est omniprésente dans ces trajectoires, avec des phénomènes de maltraitance et de multiples traumatismes qui précèdent la rupture d'avec le logement et y succèdent (47 , 49 , 50).

Malgré ces difficultés, les auteurs soulignent l'importance de faire des jeunes la principale cible des politiques de prévention du sans-abrisme, en agissant en amont des ruptures de vie (47 , 49 , 50, 96).

La littérature recommande :

- le repérage des situations à risque :
 - personnes LGBTQI+, personnes sortant des dispositifs d'aide à l'enfance, d'hôpital ou de prison (47, 49, 50),
 - personnes ayant déjà fugué ou connu des périodes de sans-abrisme, ayant des difficultés familiales, personnes ayant été placées plusieurs fois, personnes ayant des problèmes de santé mentale et/ou d'addictions (49) ;
 - la prévention et l'intervention précoce, avec des services très faciles d'accès, adaptés, permettant la prise en charge des troubles psychiques et des addictions (49, 50) :
 - intervention communautaire, en particulier pour les personnes LGBTQI+,
 - interventions ciblant le traumatisme et la régulation des émotions,
 - implication des familles, réduction des conflits,
 - interventions ciblées à l'école,
 - coaching par téléphone, conseils.
- Les services doivent être flexibles et rencontrer les jeunes où ils sont, y compris en ligne. Ils doivent fournir des ressources adaptées aux besoins. Les pratiques doivent viser l'*empowerment* et mobiliser les jeunes dans l'entraide, dans une forme de soutien-pair (50) ;
- le relogement rapide (49, 50) :
 - réintégration dans les familles pour les personnes mineures ;

- soutien au logement pour les sortants de la protection de l'enfance, et la poursuite de ce soutien après 18 ans ;
- accès à des logements abordables et soutien financier ;
- adaptation du modèle *Housing First*⁶⁸.

Les jeunes sans-abris ont plus de difficultés à faire confiance et valorisent encore plus la continuité d'un suivi. La pair-aidance a un impact encore plus important pour eux, car ils souffrent particulièrement de stigmatisation et d'auto-stigmatisation (81).

Littérature française

En France, le modèle « un chez-soi d'abord » a fait l'objet d'une adaptation au public jeune pour une expérimentation sur deux sites pour la période 2019-2023. Cette expérimentation visait notamment à valider pour la France la nécessité d'un accompagnement spécifique pour les jeunes adultes. L'évaluation a été menée par le Creai-ORS Occitanie sous forme d'une étude observationnelle appuyée sur des données quantitatives et qualitatives. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation indique :

- que les spécificités du jeune justifient un accompagnement adapté (entrée dans l'âge adulte/autonomie, nouveauté de l'expérience de logement, usages du numérique, projets) ;
- que le dispositif montre des effets positifs dans l'accompagnement et vient donner des chances à des jeunes confrontés à des difficultés importantes (pauvreté, histoire familiale complexe, bas niveau d'études, parfois parcours de migration, incarcération, addictions et troubles psychiques) ;
- que le dispositif a des effets moins importants pour les jeunes les plus précaires au plan social ;
- que l'environnement vient parfois bloquer les projets des jeunes et notamment les projets professionnels.

Par ailleurs, le rapport d'évaluation de l'expérimentation confirme l'importance de l'exposition à des événements potentiellement traumatiques puisque 67 % des jeunes indiquent avoir été exposés à au moins quatre événements potentiellement traumatiques dans l'enfance.

Les auteurs concluent que si le dispositif « un chez-soi d'abord jeunes » participe à la prévention de la dégradation des situations et à l'accompagnement de la sortie des dispositifs enfance, il est nécessaire pour les jeunes les plus en situation de précarité sociale d'agir encore plus en amont, les effets de la situation de précarité étant déjà installés (208).

11.1.1.2. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste sur le temps nécessaire à la construction du lien avec les jeunes. L'« aller vers », la permanence et la flexibilité des équipes sont centraux.

Les pairs sont importants dans la relation avec les jeunes. La construction du lien avec l'un permet la construction du lien avec le groupe. Les pairs facilitent l'abord des questions de santé mentale et de santé sexuelle. Les premiers secours en santé mentale pourraient être étendus au collège, lycée pour développer cette entraide par les pairs.

L'accès aux soins (même somatiques) est complexe pour les jeunes. Souvent les jeunes et encore plus les hommes ne consultent pas (pas d'occasion de soin).

Par ailleurs, les structures de soins doivent proposer un accueil souple et de qualité.

⁶⁸ Certains pays ont adapté le modèle *Housing First* pour les jeunes et développé des guides spécifiques (exemple du Canada (207)). En France, un modèle est en cours d'expérimentation. Les résultats de l'évaluation seront disponibles en juillet 2023.

Pour les jeunes présentant des troubles psychiatriques, ils sont à l'âge des premiers symptômes. L'entrée dans la maladie est anxiogène. Il faut les aider à modifier leur représentation de la maladie, à comprendre qu'ils peuvent vivre une vie épanouie avec des troubles. C'est le rôle de l'équipe d'accompagner la personne sur le rétablissement, l'*empowerment*, d'explicitier des choses qui lui arrivent et qu'elle ne comprend pas, de redonner espoir (principes du rétablissement).

Identifier le moment où la crise monte est compliqué pour les jeunes. Il est utile de travailler les directives anticipées pour les crises psychiatriques. Plus le soin est précoce, plus le pronostic est favorable.

Pouvoir se décaler des postures apprises est essentiel. La confiance se crée dans des actions du quotidien. Il faut sortir de la technicité du soin et être dans du « prendre soin », être dans la relation, dans l'empathie pour créer la confiance nécessaire pour que des jeunes acceptent de se livrer sur des questions intimes, taboues, qui suscitent de la peur.

Les équipes doivent être formées à l'accompagnement des troubles, notamment pour comprendre certaines répétitions dans les parcours et offrir au jeune le droit à l'erreur, le droit d'expérimenter.

Les membres du groupe s'accordent sur la nécessité de pouvoir proposer une gamme de solutions de logement/hébergement pour que chaque jeune puisse disposer d'une solution qui lui convienne et sur l'importance d'une réponse globale inscrite dans un territoire.

Veiller à la qualité du lieu de vie et à son habitabilité participe à la prise en charge des troubles psychiques.

11.1.2. Enfants en famille

11.1.2.1. Données de la littérature

Le sans-abrisme est un évènement marquant qui a un impact négatif important pour tous les individus. Quand il touche les enfants, qui sont des êtres en développement, on peut s'attendre à un impact encore plus délétère. Comme cela peut être attendu, la littérature internationale fait apparaître que la comparaison des enfants sans domicile avec les enfants logés de manière stable révèle que les enfants sans domicile présentent plus de troubles du développement (retards de langage et d'apprentissage), qu'ils sont plus exposés à la maltraitance (par exemple, 25 % ont subi des abus sexuels), qu'ils présentent quatre fois plus de comportements agressifs, et que leur santé mentale est altérée : 25 % souffrent d'anxiété, et jusqu'à 70 % de troubles émotionnels. La dépression touche fortement les enfants sans-abri, certaines observations suggérant que les filles sont plus touchées que les garçons (87 % *versus* 48 %) (209).

Le sans-abrisme « transgénérationnel » se rapporte à des situations où les enfants sont nés dans la pauvreté, dans une famille elle-même déjà touchée par le sans-abrisme depuis plusieurs générations. Les études qui ont étudié ces enfants rapportent un risque accru d'abus physique, sexuel, de consommation de substances, de commerce du sexe et d'autres comportements à risque par rapport à d'autres enfants sans domicile (209).

Les facteurs de résilience identifiés sont le fait d'avoir des liens avec sa famille, des liens avec l'école, des contacts avec des pairs et des comportements pro-sociaux, et enfin une bonne estime de soi (209).

Les troubles psychiques de leurs parents, en particulier de leurs mères, exercent une forte influence sur la santé mentale des enfants sans domicile et sur leur parcours. Des interventions parents-enfants sont indiquées (cf. section sur les femmes). Tout enfant sans domicile devrait être l'objet d'une

évaluation de ses besoins, recevoir une réponse à ses besoins les plus urgents, un accompagnement et un soutien (53).

L'étude Enfams montre qu'en France les enfants de famille sans logement stable, hébergés pour la plupart en hôtels sociaux, ont des prévalences de troubles psychiques suspectés élevées. Les troubles suspectés de la santé mentale globale sont plus fréquents dans la population d'étude (19,2 %) qu'en population générale (8 %). La prévalence des troubles émotionnels et des troubles du comportement est plus importante dans la population d'étude (respectivement 27,4 % et 23,6 %) que dans la population générale (respectivement 11 % et 12 %). Les sociabilités enfantines sont limitées ainsi que les activités extrascolaires, la scolarisation est plus difficile (temps de trajet, difficultés scolaires plus fréquentes). De nombreux risques pèsent sur la sécurité alimentaire et la qualité du sommeil de ces enfants (29, 55, 210).

11.1.2.2. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste sur l'importance du repérage de ces enfants et du soutien nécessaire à leur apporter. L'école, la PMI et le médecin traitant doivent être sensibilisés à ce repérage.

11.1.3. Les personnes âgées de plus de 50 ans

11.1.3.1. Les données de la littérature

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

Le vieillissement de la population ainsi que d'autres facteurs structurels, comme le manque de logements abordables et/ou l'effritement du soutien social et financier, entraînent une augmentation du sans-abrisme des personnes de plus de 50 ans (62).

Après 50 ans, les personnes en situation de grande précarité tendent à subir une forme de vieillissement accéléré ; les personnes ont des besoins accrus : besoins de santé, notamment somatique avec une installation des maladies chroniques, difficultés d'adaptation aux modes de vie « sans-abri », etc. Plus encore que les autres personnes, c'est le désir d'avoir un « chez-soi » qui est mis en avant par les personnes vieillissantes (62). Cela est cohérent avec les résultats des évaluations du « chez-soi d'abord » en France et à l'étranger, montrant que le programme convient particulièrement bien aux sujets de plus de 50 ans (64-66).

Les **facteurs favorisant la sortie du sans-abrisme** mis en avant par les personnes concernées sont **l'autonomie, la flexibilité et la protection de l'intimité**. La flexibilité des services, avec une tolérance à la consommation, l'accès à la nourriture, à des ressources financières, à des soins et à de l'hébergement facilitent eux aussi la sortie du sans-abrisme. La résilience et l'estime de soi des personnes sont favorisées par des accompagnants optimistes, paisibles et expérimentés. Le besoin de trouver du sens et la recherche de la spiritualité sont valorisés, que ce soit dans la religion, la philosophie, la lecture, la méditation, l'introspection ou l'implication auprès des autres. De plus, certaines personnes sans domicile âgées voient leur âge comme une source de force, de savoir et d'expérience (62).

Concernant le vieillissement précoce des personnes sans domicile, la HAS recommande de « porter une attention particulière aux phénomènes de vieillissement précoce des personnes sans domicile [...]. Les personnes sans domicile peuvent présenter dès 50 ans des problématiques de santé liées à l'âge, l'évaluation doit permettre de déterminer les effets du vieillissement sur l'état de santé de la personne indépendamment de son âge réel ». Elle précise que l'accueil et l'accompagnement de ces publics doit s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire adaptée (incluant gérontologie, neuropsychologie), un partenariat adapté (établissements et services dédiés aux personnes âgées,

dispositifs d'aide et de soutien mobilisables), une organisation des lieux d'accueil et de logement/hébergement garantissant la liberté et la sécurité des personnes. Les périodes de transition doivent faire l'objet d'un accompagnement spécifique (182).

11.1.3.2. Exemple de pratiques

Les missions Interface

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 en situation de précarité et des établissements et services sociaux et médico-sociaux ESSMS (foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maisons d'accueil spécialisées (MAS)) pour favoriser une connaissance mutuelle et permettre une intégration réussie de ces 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.

11.1.3.3. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail indique que les situations des personnes vieillissantes sont souvent connues, en nombre limité mais critiques.

Les personnes vieillissantes cumulent en général des problématiques somatiques et psychiatriques, des droits incomplets. Celles qui présentent des syndromes de Korsakoff mettent particulièrement en difficulté les structures.

Les relais et orientations sont complexes. Les lits d'accueil médicalisés (LAM) peuvent être une solution pour les personnes présentant des pathologies chroniques (dont des pathologies psychiatriques), notamment lorsque leur situation administrative ne leur permet pas l'accès à un autre ESSMS. Mais l'orientation des patients de psychiatrie vers les LAM est souvent complexe car les professionnels des LAM ne sont pas formés à la psychiatrie et les LAM sont ensuite en difficulté pour les réorienter. Les EHPAD devraient être une solution, mais ils n'accueillent pas les personnes à droits incomplets, ils sont parfois réfractaires à l'accueil des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques et certaines personnes sont elles-mêmes réticentes à l'entrée en EHPAD.

Le groupe propose :

- un soutien des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) aux établissements accompagnant ces publics, en lien avec les équipes gérontologie ;
- le développement de conventions entre les LAM et la psychiatrie, l'addictologie, les EHPAD, les centres médico-psychologiques (CMP) ;
- la mise à disposition de psychologues dans les LAM et lits halte-soins santé (LHSS) ;
- l'accès à des programmes de réhabilitation psychosociale et en particulier à de la remédiation cognitive pour les personnes présentant un Korsakoff.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent être un lieu de coordination territoriale. Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) peuvent proposer des approches spécifiques par population, dont les personnes vieillissantes.

Des membres du groupe confirment l'intérêt du dispositif « un chez-soi d'abord » pour le public vieillissant (à étayer avec une hospitalisation à domicile (HAD) éventuellement pour les personnes présentant des problématiques de santé somatique). Les maisons relais peuvent être également des réponses adaptées. Mais actuellement, le constat est que ces solutions ne sont pas accessibles aux personnes sans droit au séjour.

Ce qui paraît essentiel pour les personnes vieillissantes, c'est la permanence du lien pour celles qui sont à la rue et la permanence du lieu (avec des services qui s'adaptent aux besoins) pour les personnes en hébergement/logement.

11.2. Vulnérabilités liées au genre

11.2.1. Les femmes

11.2.1.1. Les données de la littérature

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

Même si les femmes seules ou avec enfants restent minoritaires dans les populations en situation de grande précarité, le sans-abrisme des femmes est un phénomène en constante augmentation en France comme à l'étranger (8, 18, 24, 52, 54, 55). Les femmes développent des stratégies d'invisibilisation ; elles peuvent préférer se faire héberger par des tiers contre des services, y compris sexuels, leur part reste donc probablement sous-évaluée (21). Les femmes sans domicile ont plus de problèmes de santé mentale que leurs homologues en logement, mais aussi que les hommes dans la même situation. Pourtant, la recherche sur ce sujet demeure limitée et hétérogène (8, 52).

La littérature sur les femmes sans domicile distingue souvent celles qui sont sans enfant et celles qui sont avec leurs enfants, tant cela influence leur expérience et leurs besoins.

La violence domestique apparaît comme un facteur majeur du sans-abrisme féminin. La littérature met plus généralement en lumière l'expérience généralisée de l'exposition à la violence, avant ou après la perte de logement, ainsi que la prévalence de la dépression et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans cette population, dans les études internationales et françaises (30, 52, 53, 57).

L'identification de situations à risque devrait entraîner des démarches préventives.

Les articles suggèrent un certain nombre de recommandations pratiques. Ils considèrent que l'accompagnement d'une femme sans domicile qui a des troubles psychiques doit être particulièrement flexible et s'adapter :

- si elle a des enfants ;
- si elle a vécu des violences domestiques ;
- si elle consomme des substances psychoactives ;
- en fonction du type de trouble psychique qu'elle présente ;
- en fonction de son âge, de son origine et de sa culture, et enfin de sa spiritualité (dont le rôle positif est souligné, en particulier pour les mères).

Du fait de l'importance des violences subies, les approches « *trauma-informed* » sont recommandées par la littérature. Les professionnels doivent comprendre l'impact du trauma sur les relations avec les

autres, soutenir le choix, l'*empowerment*, et être attentifs aux relations de pouvoir. L'approche par les forces est également valorisée, pour sa capacité à favoriser la résilience (52). Des espaces sécurisés réservés aux femmes sont également conseillés, ainsi que des approches de soutien par les pairs (81).

Les services adaptés aux femmes intègrent des actions de promotion de la santé, des accompagnements individuels ou en groupe, des soins classiques comme de la prescription, mais aussi du plaidoyer.

Il est important de rappeler les rendez-vous à ces personnes, de les accompagner à d'autres rendez-vous (juridiques, sanitaires ou sociaux).

Les services doivent également permettre l'accès aux fonds de soutien et aux structures adaptées pour les femmes victimes de violences (52).

Enfin, les auteurs appellent à adapter le programme *Housing First* aux familles (52, 53), ou au moins à stabiliser directement ces familles dans des logements abordables (53). Le fait d'être dans un logement individuel augmente le sentiment de contrôle et réduit la détresse des femmes (52).

De manière à réduire l'impact des troubles maternels sur les enfants, des interventions visant les parents comme leurs enfants sont indiquées (53) :

- évaluation des besoins de tous les enfants ;
- réponse immédiate aux besoins les plus urgents ;
- travail de l'engagement de la famille, avec patience et dans une démarche d'« aller vers », implantation de structures dans la communauté ;
- renforcement des habiletés parentales, par la psychoéducation, mais aussi par la guidance éducative ;
- traitement des parents : thérapies et/ou approches médicamenteuses ;
- accompagnement des enfants dans l'auto-évaluation et compréhension de leurs besoins ;
- renforcement des compétences adaptatives des enfants, de l'information sur les troubles parentaux ;
- soutien des enfants, tant préventif que curatif.

Les professionnels devraient être régulièrement formés sur les violences et leurs conséquences, sur le sans-abrisme et le logement, sur les troubles psychiques et les addictions et sur le développement des enfants (53).

11.2.1.2. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste également sur l'importance de pouvoir proposer des espaces et des temps non mixtes. Ces lieux semblent montrer des bénéfices sur la réduction des insomnies, du phénomène d'hypervigilance et de peur et permettent de mettre en place un vrai travail autour de la réduction des risques. Ces lieux sont particulièrement investis, l'appropriation (aménagement des espaces privés et investissement des espaces collectifs – notamment pour les enfants) est plus importante que dans les lieux mixtes et tendent à créer une entraide et une solidarité féminines. Ce collectif a un effet très positif sur la reconstruction de soi de femmes fragilisées par des parcours de vie chaotiques.

Ces lieux spécifiques sont l'occasion de proposer des interventions :

- psychothérapies adaptées pour les femmes en souffrance psychique ;
- qui n'entrent pas dans le cadre des interventions psychosociales « classiques » : les cours d'autodéfense, les ateliers sur l'estime de soi. L'offre doit être diversifiée ; elle doit inclure le soutien à la parentalité ;

- accès à la santé sexuelle et reproductive ;
- accès à l'activité et à l'emploi ;
- interventions en « réduction des risques ».

Les professionnels doivent être formés et sensibilisés aux violences de genre et aux approches sensibles au trauma.

Il convient de prévoir aussi des interventions qui prennent en compte le reste de la famille, les autres enfants, les pères. Ainsi, il faut aussi travailler avec les compagnons des femmes, qui peuvent être les pères de leurs enfants ou jouer un rôle parental auprès des enfants. Ce sont souvent des hommes jeunes qui ont besoin d'accompagnement pour « faire famille ».

Le groupe de travail identifie la période de grossesse et de naissance des enfants comme un moment clé pour l'accès aux soins et aux droits : ce sont des occasions de contact des femmes avec le système de soins ; cela représente une occasion d'organiser la prise en charge médicale et l'accompagnement des femmes en situation de grande précarité, en particulier si elles présentent une souffrance psychique/des troubles psychiques ; c'est un levier pour la réduction des inégalités sociales de santé ; cela permet d'éviter les ruptures de suivi, de maintenir la continuité et d'établir un lien entre la femme et les ressources existantes. Les « pairs-aidantes » (communauté de femmes et de mères) peuvent être soutenantes en participant à l'accompagnement de la natalité/périnatalité.

11.2.2. Les personnes LGBTQI+

Les personnes LGBTQI+ connaissent le sans-abrisme plus précocement que les autres, en particulier ceux qui font un *coming out* en étant très jeunes.

Les personnes LGBTQI+ sont surreprésentées parmi les jeunes sans-abris, essentiellement parce que les familles peuvent rejeter violemment ces jeunes lorsqu'ils se dévoilent (93).

Parmi les personnes LGBTQI+, les personnes transgenres souffrent plus fréquemment de troubles psychiques sévères et sont particulièrement vulnérables du fait des discriminations subies. Elles ont deux fois plus de risques d'être sans-abri, et courent également plus de risques d'échanger des services sexuels contre de l'hébergement, de la nourriture ou tout autre produit de première nécessité. Elles subissent plus de violence physique et verbale, et elles vivent plus de discriminations dans les foyers (93).

La revue de la littérature souligne que les professionnels de santé peuvent susciter de la méfiance de ce public du fait de mauvaises expériences avec le système de soin dans le passé. La formation et la compréhension des problématiques liées à la diversité d'identité de genre et d'orientation sexuelle sont indispensables pour les professionnels (93).

Les principes sur lesquels peuvent s'appuyer les accompagnants ne sont pas spécifiques de ce public. L'approche par les forces est indiquée, le *case management*, les approches qui favorisent le choix, l'autonomie et l'*empowerment*, ainsi que les approches communautaires. La reprise de contrôle sur sa vie favorise le développement de relations de confiance (93).

11.3. Vulnérabilités liées à un cumul de pathologies

11.3.1. Les personnes présentant des pathologies duelles et addictives

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

La revue des revues (« en parapluie ») de Hossain, 2020, sur la prévalence des troubles psychiques parmi les personnes sans domicile, invite les cliniciens à rechercher activement plusieurs diagnostics, y compris psychiatriques et addictologiques, plutôt que de se focaliser sur un seul diagnostic (8). Hossain met notamment en évidence l'association étroite entre trouble de stress post-traumatique (TSPT) et usage de substances psychoactives. L'autre revue de la littérature la plus large de notre corpus (Hwang 2014), qui porte sur les interventions, invite tous les programmes de santé mentale pour les sans-abris à se mettre en capacité de répondre aux besoins addictologiques des personnes, du fait de l'importante prévalence des comorbidités addictives (95).

Les interventions en addictologie sont souvent décrites schématiquement selon deux grands types d'approches : d'une part l'approche par la réduction des risques et des dommages⁶⁹, et d'autre part l'approche encourageant l'abstinence. Une tension peut exister entre les concepts et leurs sous-bassements théoriques, même si la réduction des risques n'exclut pas l'abstinence. Des interventions issues de ces deux approches ont montré leur efficacité auprès des personnes sans domicile : par exemple, dans le champ de la réduction des risques et des dommages, les expériences de salles de consommation à moindre risque, qui permettent aux injecteurs d'être supervisés dans un endroit sécurisé et non jugeant, ou du côté du « paradigme » de l'abstinence, les programmes de « gestion des contingences », qui conditionnent incitations financières, suivi et hébergement à l'abstinence, ont chacun montré leur intérêt (95).

L'objectif d'abstinence est en théorie plus sûr que la réduction des consommations pour les personnes qui ont des troubles psychiques sévères, car ils sont plus sensibles aux effets biologiques des substances, et que celles-ci exacerbent, même à faible dose, les symptômes et leurs conséquences. Mais en pratique, les personnes avec des doubles diagnostics semblent avoir plus de difficulté à atteindre l'abstinence. De plus, les rechutes et les risques d'overdose surviennent plus fréquemment dans des approches d'abstinence. Enfin, la réduction des risques et des dommages part des besoins de la personne, et en situation de grande précarité, l'abstinence est rarement un besoin prioritaire. De ce fait, l'approche par la réduction des risques apparaît généralement plus adaptée (143).

La réduction des risques liés à l'alcool est moins connue que la réduction des risques liée aux opiacés, mais cette approche est particulièrement pertinente pour les personnes sans domicile (212). Les programmes *Managed Alcohol Programs* (MAPs) permettent aux personnes qui consomment de l'alcool d'accéder à des hébergements et à une délivrance régulière et contrôlée d'alcool. Contrairement aux hébergements qui prohibent l'alcool, les personnes sans domicile se sentent en sécurité dans ces lieux, et décrivent un sentiment d'appartenir à une communauté. Les évaluateurs estiment que les coûts évités par cette approche seraient très importants, ainsi que les bénéfices émotionnels et sociaux (212).

Il existe de nombreuses barrières qui limitent l'accès à l'accompagnement et aux soins dont les personnes ayant des doubles diagnostics ont besoin :

- les barrières personnelles : méconnaissance des dispositifs, limitations financières ;
- la stigmatisation et l'auto-stigmatisation ;
- l'insuffisance de traitement des troubles psychiques associés, par exemple, la dépression pour les personnes qui consomment de l'alcool ;

⁶⁹ Dans son guide sur 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), la HAS reprend la définition de l'*International Harm Reduction Association* (IHRA) qui définit la réduction des risques et des dommages comme l'ensemble des lois, des programmes et des pratiques qui visent à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de substances psychoactives (...) par des personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer. Par extension, les approches de réduction des risques et des dommages peuvent s'appliquer à l'ensemble des comportements à risques des personnes (211).

- le manque de services adaptés, comme des lieux d'hébergement ou d'accueil tolérants à la consommation par exemple ;
- le manque de politiques publiques d'envergure (212).

Beaucoup d'interventions spécifiques ont été testées et fonctionnent, mais il n'y a souvent pas assez de données comparables pour dire qu'une intervention est supérieure aux autres. La littérature recommande tout de même les accompagnements de type *case management*, qui permettent une bonne coordination des acteurs et sont efficaces dans la réduction des consommations de substances comme dans la réduction du recours aux urgences (95).

Une revue de la littérature identifie quatre grandes composantes pour la prise en charge des personnes sans domicile ayant un double diagnostic (143).

- **Assurer au mieux les transitions** (cf. chapitre transition)

Un soutien adapté doit être fourni aux personnes qui ont des doubles diagnostics lorsqu'elles sortent d'institution (hôpital, foyer, aide sociale à l'enfance, ou prison), à la fois pour réduire le sans-abrisme et garantir la continuité des soins.

Pour cela, il convient :

- d'établir des règles entre les tutelles et les structures concernant ces sorties (il est nécessaire que les structures soient responsabilisées) ;
 - de planifier chaque sortie en amont : mobilisation et coordination des acteurs de la communauté, identification de lieu de vie (logement ou hébergement) ;
 - de réaliser des entretiens motivationnels avant la sortie ;
 - de réduire au maximum le délai d'attente avec la mise en route du suivi ;
 - de fournir immédiatement des fonds pour le loyer et les besoins de la vie courante, sans attendre la mobilisation d'aides sociales qui peut être longue ;
 - lorsqu'elles sont disponibles, les interventions de type *Critical Time Intervention* (CTI) montrent des résultats extrêmement prometteurs.
- **Augmenter les ressources : accès aux droits, accès à l'emploi**

La lutte contre la pauvreté est une priorité, avec d'une part la mobilisation rapide des allocations auxquelles les personnes ont droit, et auxquelles elles ne recourent souvent pas ; d'autre part la création de passerelles avec le monde de l'emploi, par exemple au travers de programmes de *job coaching* comme *Individual Placement and Support* (IPS, dont une des déclinaisons françaises est *Working First*).

- **Aller vers et accompagner vers le logement**

Comme pour les autres personnes sans-abri, les personnes sans domicile qui ont un double diagnostic placent le besoin de logement au-dessus de tous les autres. Les auteurs considèrent qu'il est indispensable de les aider à obtenir un logement et à s'y maintenir. Trois stratégies ressortent de la littérature :

- **les programmes d'« aller vers »** : flexibles, ils visent et travaillent l'engagement (de l'usager comme du professionnel). Les usagers accordent beaucoup de valeur à la familiarité avec un professionnel et à l'engagement sur le temps, dans une logique de continuité psychologique. La même structure doit pouvoir proposer des services complets, y compris un accès au logement « à bas seuil d'exigence ». Les traitements de substitution doivent aussi être accessibles sur le mode du « bas seuil » ;
- **les approches par le suivi intensif et le logement** : les interventions combinant *case management* et accès au logement indépendant stable sont plus efficaces et utiles pour les personnes avec des doubles diagnostics que les interventions sans logement. Face aux

discriminations, il est nécessaire de faire du plaidoyer pour que l'usage de drogue n'intervienne pas pour empêcher d'accéder au logement ;

- **les programmes Housing First** ne requièrent pas d'abstinence et permettent l'accès rapide à un logement indépendant, avec un suivi de type *case management* intensif. Ces programmes sont plus efficaces en matière de taux de rétention, tout en ayant des résultats addictologiques équivalents. Les personnes bénéficiaires d'HF soulignent l'importance de sentir le contrôle qu'elles ont sur les services, le sentiment d'autonomie et de vie privée. S'il n'y a pas de condition préalable d'abstinence pour entrer dans HF, HF doit être néanmoins capable de fournir des soins addictologiques intégrés.

– **Mettre à disposition des soins adaptés**

Les auteurs déplorent un manque de données sur les techniques qui accompagnent au mieux le changement. Quelques points ressortent néanmoins :

- les approches intégrant un suivi psychiatrique et addictologique, avec suivi intensif, ont fait leurs preuves, en particulier les plus intensifs comme l'*Assertive Community Treatment* ;
- le fait de concevoir les traitements comme un objectif et un résultat à long terme ;
- le renforcement de l'engagement, avec un accent sur la phase initiale de construction de la confiance. Les personnes ayant des doubles diagnostics ont tendance à être moins tolérantes au stress, à la confrontation et à la critique. L'empathie, la patience, le non-jugement, le fait de donner du temps (ne pas mettre la pression) et d'être amical permettent de construire l'alliance entre professionnel et personne, et de renforcer un sentiment d'auto-efficacité très souvent défaillant. Il s'agit d'être flexible et de fournir un soutien pratique dans la vie de tous les jours. Le *counselling* individuel et/ou en groupe permet de travailler la motivation. Les stratégies d'entretien motivationnel sont encore plus indiquées pour les personnes qui ont des troubles sévères car celles-ci peuvent avoir moins de motivation au changement du fait de symptômes positifs ou négatifs. Le renforcement des compétences permet aux personnes d'atteindre les objectifs qu'elles se fixent elles-mêmes. La préparation à la rechute permet d'aborder des aspects préventifs indispensables ;
- le traitement médicamenteux doit être accompagné d'explications, à tous les rendez-vous : objectifs, durée, résultats attendus, effets secondaires, etc. Il doit être simplifié au maximum. Une augmentation progressive permet la recherche de la dose minimale efficace, et d'intervenir au plus tôt face aux effets secondaires. L'alliance thérapeutique est améliorée lorsque les traitements qui ont des effets secondaires sont arrêtés. Les usagers devraient être incités à continuer leur traitement malgré la poursuite des consommations, l'arrêt de l'un étant plus risqué que la poursuite des deux ;
- les thérapies cognitivo-comportementales aident les personnes à identifier leurs déclencheurs internes (pensées, émotions) et externes (événements, activités) et à apprendre des techniques pour composer avec ces déclencheurs. Les TCC ont montré leur efficacité auprès des personnes qui ont des doubles diagnostics : dans la consommation d'alcool associée à la dépression, dans l'usage de substances associé au TSPT, dans la réduction des consommations associée à la schizophrénie. Cependant, les programmes classiques ne semblent pas toujours adaptés, et des modifications sont proposées :
 - travailler l'alliance en amont, attendre un moment de stabilité,
 - rechercher la collaboration active, la participation. Employer des méthodes plus concrètes comme les jeux de rôle. Le praticien se positionne plus comme un éducateur,
 - commencer avec des objectifs modestes et aller lentement,
 - travailler les stratégies d'adaptation,

- améliorer l'auto-efficacité en renforçant positivement les premiers succès ;
- la « gestion des contingences » est une technique qui encourage les comportements souhaités par la remise d'incitations financières et autres, et décourage les comportements non souhaités par la privation. Plusieurs études montrent l'efficacité de cette approche dans la réduction des consommations, du moins à court terme. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution. En effet, la motivation dans ce type de programme est essentiellement extrinsèque, et les effets pourraient s'arrêter dès que le renforcement s'arrête du fait d'un manque de motivation intrinsèque. Un autre problème relevé est le coût élevé de ces programmes du fait de l'argent qui est donné aux personnes. Enfin, l'approche pose des problèmes éthiques. Ces programmes pourraient s'adresser seulement aux personnes ayant les troubles les plus invalidants, ou utiliser plus de récompenses non monétaires ;
- les groupes d'auto-support sont utiles et doivent être adaptés aux doubles diagnostics.

Le guide de la Fédération Addiction traitant de l'accompagnement des personnes présentant des pathologies duelles (213) fait le constat d'une association statistique importante entre les troubles psychiques et les addictions et insiste sur l'interaction entre les deux (l'un aggravant l'autre, ou l'un étant à l'origine de l'autre), de nombreux auteurs indiquant que ces troubles ont souvent des causes communes (213). Les recommandations formulées dans le guide sont en écho des résultats issus de l'analyse de la littérature internationale et d'une manière générale des recommandations internationales dans ce champ.

Les auteurs soulignent :

- l'importance de maintenir le lien (aussi faible soit-il) pour proposer un accompagnement sur le long terme (temps pour construire la relation, persévérance, non-jugement, empathie, continuité et cohérence, respect du choix des personnes) ;
- l'importance de comprendre et d'agir sur les difficultés d'accès aux services (cloisonnement des interventions, règles rigides, éloignement géographique, peur de la stigmatisation, peur d'être forcé, historique complexe avec la structure...).

Ils plaident également pour le renforcement et l'intensification des approches identifiées comme efficaces :

- approche « réduction des risques »⁷⁰ ;
- « aller vers » et accueil inconditionnel ;
- organisations partenariales, incluant les soins primaires ;
- accès à des dispositifs type « un chez-soi d'abord » ;
- implication des pairs-aidants (213).

Ces recommandations sont cohérentes avec les recommandations formulées par le NICE en 2022 sur la santé des personnes en situation de grande précarité présentant des pathologies duelles (6).

11.3.1.1. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail constate :

⁷⁰ Pour mettre en place une démarche de prévention des addictions et de réduction des risques et des dommages, les ESSMS peuvent utilement se référer aux recommandations « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) » [Haute Autorité de santé – Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\) \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/prevention/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages) (214).

- une organisation des soins en silos ne permettant pas aux personnes ayant des pathologies duelles d'accéder aux soins et aux dispositifs sociaux (exemple de l'accès aux programmes de réhabilitation psychosociale fermés aux personnes ayant des pathologies duelles, de centres d'hébergement dont le règlement interdit les consommations, des programmes d'éducation thérapeutique du patient trop rigides) ;
- un problème d'accès aux traitements de substitution sur certains territoires.

Le groupe de travail insiste sur l'importance d'un accompagnement global dans la durée. La porte d'entrée de cet accompagnement doit être celle de la personne (psychiatrie, addictologie, soin somatique, logement, travail...). Il faut un maximum de flexibilité pour la prise de contact avec les soins et les dispositifs sociaux, mais aussi pour permettre des « allers-retours » (« aller vers », structure à haut seuil d'inclusion). Les approches de « réduction des risques » sont pertinentes et doivent intégrer la dimension psychiatrique. La pair-aidance joue un rôle essentiel auprès de ces publics ; les pairs-aidants contribuent notamment au décloisonnement entre disciplines/métiers.

Des soins intégrés ou en tout cas véritablement articulés sont nécessaires. Les formations croisées ont un intérêt pour créer une culture commune, de même que les « interventions » sur des cas complexes permettant une mise en commun entre l'ensemble des acteurs concernés. Les équipes de liaison en addictologie (ELSA) et en psychiatrie devraient apprendre à mieux travailler ensemble et à développer leur action hors les murs de l'hôpital. Il faut encourager le développement d'équipes spécialisées en pathologies duelles et les inciter à intervenir dans les dispositifs accueil, hébergement, insertion (AHI).

Un accès inconditionnel, ouvert et entièrement gratuit aux soins doit être organisé (diffusion de l'approche « réduction des risques » dans toutes les structures et dans tous les lieux de soins, accès aux traitements de substitution ; dont l'accès en milieu rural via les pharmacies ; la diffusion des « kits overdose » ; la mise en place généralisée des salles de consommation à moindre risque ; le développement et la reconnaissance de programmes d'éducation thérapeutique adaptés à ces publics).

11.3.2. Les personnes présentant des pathologies psychiatriques et cognitives

11.3.2.1. Les données de la littérature

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

Il existe une grande variété de troubles et handicaps cognitifs⁷¹ qui peuvent altérer une ou plusieurs de ces fonctions, et compliquer la vie quotidienne des personnes sans domicile qui vivent avec des troubles psychiques, constituant une barrière supplémentaire à l'accès aux soins et au logement :

- les troubles cognitifs associés aux troubles psychiques (troubles de l'attention, troubles mnésiques, atteintes des fonctions exécutives, atteintes des cognitions sociales...) ;
- les déficits intellectuels ;
- les troubles cognitifs liés à l'alcool, dont le syndrome de Korsakoff ;

⁷¹ Pour rappel (cf. partie 3.2), les fonctions cognitives sont les capacités mentales qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement. Les différents grands rôles de notre cognition sont : la perception, l'attention, la mémoire, la motricité, la praxie, le langage, les phasies, le raisonnement et les fonctions exécutives. Les fonctions exécutives sont des activités mentales complexes, nécessaires pour planifier, organiser, guider, contrôler, régulariser et évaluer le comportement adéquat pour s'adapter efficacement et atteindre ses objectifs (67).

- les démences, dans un contexte de vieillissement de la population sans domicile ;
- les conséquences des traumatismes crâniens.

Peu d'études sont consacrées à cette population, et peu de services semblent adaptés à leurs problématiques.

Les revues de littérature générales comme celle d'Hossain (revue des revues) en 2020 font état de prévalences importantes dans la population sans domicile. Une méta-analyse de 2015 (Deep) l'estime à 25,4 % (8).

La prévalence des traumatismes crâniens parmi les personnes sans domicile est telle que les auteurs de la revue de littérature Rigney *et al.* parlent « d'épidémie silencieuse » (68). 50 % des personnes sans domicile auraient eu un traumatisme crânien dans leur vie, et les associations entre ces événements et des troubles neurologiques et psychiques suggèrent que les conséquences en sont importantes et méconnues.

Cette association nous invite à rechercher systématiquement un antécédent de traumatisme crânien pour les personnes qui ont des troubles psychiques et sont sans-abri, et à évaluer les troubles cognitifs conséquents.

La revue narrative de Lougheed *et al.* s'intéresse au défi posé par les personnes sans domicile qui cumulent déficits intellectuels et troubles psychiques, parlant de « triple diagnostic » (16). Ces personnes difficiles à atteindre et à suivre présentent de plus hauts risques de négligence ou d'abus, sont peu repérées et mal accompagnées. Elles sont particulièrement concernées par le phénomène de consommation anarchique de services, de type « portes battantes » (*revolving doors*), encore accentué par rapport aux autres personnes sans domicile : succession inefficace de séjours hospitaliers, en foyers, à la rue, voire en prison.

Sur le plan des interventions, les auteurs des revues (16, 68) déplorent le manque de services adaptés mais soulignent que les modèles d'« aller vers » et de soutien sont utiles.

Ils formulent des recommandations :

- identifier les personnes avec déficit intellectuel ;
- identifier les troubles psychiques associés et organiser leur prise en charge ;
- comprendre comment les personnes souhaitent et peuvent être aidées ;
- veiller à préserver l'autonomie et le choix tout en protégeant de la négligence et des abus.

Les auteurs déclinent des principes d'accompagnement, qui sont ceux de l'« aller vers » :

- flexibilité, rencontre de la personne là où elle est, attention à la capacité de consentement pour éviter les problématiques de négligence, compréhension des effets des déficits intellectuels sur les différents aspects de la vie des personnes.

La clinique ne doit pas faire oublier les aspects recherche, plaidoyer et éducation, qui sont indispensables (16).

Nous suggérons que les recommandations et principes de la revue de la littérature de Lougheed *et al.* de 2013 portant spécifiquement sur les personnes en situation de grande précarité présentant à la fois des troubles psychiques et un handicap intellectuel (*triple diagnosis*) peuvent s'appliquer à la population des personnes sans domicile ayant des troubles cognitifs au sens large.

11.3.2.2. L'avis du groupe de travail

Le groupe de travail confirme que, d'après son expérience, le passage rapide d'une institution à l'autre (entrées/sorties de l'hôpital, des foyers, alternant avec la rue) est caractéristique du parcours de ces personnes.

Cette population cumule les facteurs de vulnérabilité et est :

- à haut risque de négligence (refus de prise en charge) ;
- à haut risque d'abus (violence de la rue).

Les professionnels doivent être formés à ces troubles et à la manière dont ceux-ci impactent la vie quotidienne.

L'évaluation doit être systématisée et le handicap bien objectivé pour bien identifier ces troubles invisibles. Il existe des outils d'évaluation intéressants (par exemple, le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) qui a pour objectif le dépistage des personnes qui vivent une atteinte neurocognitive de légère à sévère).

Les pratiques de prise en charge et d'accompagnement doivent être adaptées :

- travail sur des points de repère spatiaux et temporels partagés en s'inspirant de la réhabilitation. Il s'agit d'établir des points de repère fixes pour la personne et qui font sens pour elle ;
- expliquer, vérifier la compréhension ;
- mettre en place et mobiliser autant que faire se peut des référents identifiés ;
- avoir une attitude d'écoute, mettre en place un accompagnement très personnalisé (en veillant au risque de reproduction de la dépendance par une attitude trop « maternelle »).

Les caractéristiques de ces personnes rendent nécessaire un travail en équipe et en tout cas en binôme afin de préserver l'équilibre protection/autonomie, limiter l'investissement personnel et éviter le burnout face à des situations qui n'évoluent que très lentement dans le meilleur des cas.

Le groupe souligne l'importance de créer du lien entre les équipes sanitaires et sociales qui accompagnent ces personnes et les médecins spécialistes en neurologie.

La réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive dans l'environnement sont des pistes intéressantes.

Par ailleurs, le groupe insiste sur :

- l'importance de la dimension préventive pour que les personnes ayant des troubles cognitifs ne se retrouvent pas dans la rue ;
- l'impact de l'environnement sur les troubles cognitifs ;
- le problème de la durée d'accompagnement : un handicap peut être fixé ou non. Les dispositifs psychiatriques n'intègrent pas la question de l'accompagnement au long cours ;
- l'intérêt de la notion de « triple diagnostic » ; il invite à (re)penser l'accès aux soins et aux dispositifs (en le facilitant au maximum) ainsi que l'accompagnement.

11.4. Vulnérabilités liées au parcours de migration

11.4.1. Les données de la littérature

Voir la section 3.2 pour l'ensemble des données descriptives et épidémiologiques.

La littérature internationale comme la littérature française montrent que le sans-abrisme est une problématique forte pour les personnes migrantes, car leur accès au logement est semé d'embûches supplémentaires. Les auteurs relèvent des obstacles sociaux, qui sont souvent liés entre eux, comme la précarité de leur statut administratif, le manque d'opportunités d'emploi, ou le manque de ressources ou d'assistance. Il existe des obstacles plus individuels, comme une moindre maîtrise de la langue du pays d'accueil, ou le fait d'être séparé de sa famille (41). Il s'agit d'une population qui souffre massivement de détresse psychique, de troubles anxieux, de stress post-traumatique et de troubles dépressifs (8, 28, 32-34), (30, 35-38). Pourtant, leur accès aux soins psychiatriques et de santé mentale est insuffisant, avec des obstacles liés à une méconnaissance des droits et des systèmes de soins, à la barrière de la langue, à des freins culturels et parfois certaines croyances par rapport aux troubles psychiques et à la psychiatrie (33, 42). En France, leurs parcours de soins en santé mentale paraissent particulièrement chaotiques (38).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une attention particulière pour ce public fragilisé par les déplacements et les causes de ceux-ci. L'OMS engage les États à mettre en place des politiques publiques d'intégration sociale des personnes migrantes, de manière à prévenir les troubles psychiques et à promouvoir la santé mentale de ces personnes, mais aussi de manière concomitante à éviter leur marginalisation. Ces politiques doivent au minimum pourvoir à la subsistance des personnes : nourriture, eau, hébergement et sécurité. L'OMS met en évidence le rôle des politiques d'éducation, d'emploi et de lutte contre l'isolement, par exemple par le mentorat, les forums communautaires ou les loisirs. Enfin, elle considère que les politiques sanitaires doivent aussi simplifier les systèmes de soin, et les repenser au prisme de la culture, en particulier en développant des soins adaptés aux troubles de stress post-traumatique. Selon l'OMS, la sensibilité à la manière dont la culture influence la santé est nécessaire pour comprendre et lever les barrières rencontrées par ce public. Les représentations de la santé mentale varient selon les cultures, ainsi que les attentes concernant les acteurs sanitaires et sociaux. Les aspects culturels interviennent aussi dans le vécu des troubles psychiques et leur présentation. Ces éléments peuvent compliquer certains diagnostics ou leur traitement.

Selon les auteurs, les bonnes pratiques d'accompagnement sanitaire et social des personnes migrantes comprennent impérativement :

- une formation des équipes aux problématiques culturelles et psychosociales des personnes migrantes ;
- un recours systématique à l'interprétariat : par téléphone, en ligne ou en présence. L'interprétariat est d'autant plus efficace que les interprètes sont formés et supervisés, et que les professionnels sont formés au travail avec les interprètes ;
- une approche globale, intégrant les aspects sanitaires et sociaux ;
- des actions visant l'intégration sociale ;
- une information simple et claire, avec la réalisation de cartographies ou d'autres supports dont les personnes peuvent se saisir facilement, comme des services en ligne et des applications.

Les médiateurs peuvent aider les migrants à accéder aux services, à les comprendre et à les utiliser. Ils jouent un rôle intéressant dans l'apaisement de conflits ou de moments d'incompréhensions entre professionnels et usagers (33).

Quant à l'accès au logement, il devrait être facilité, les facilitateurs identifiés actuellement sont le fait d'avoir un avocat ou une personne qui défend ses droits, ainsi que la capacité à adopter des stratégies d'adaptation et à être soutenu (41).

La revue de Kaur *et al.* identifie les leviers d'action suivants :

- soutenir l'intégration sociale via l'éducation, le logement et l'emploi ; ceci permettant de prévenir l'apparition de nouveaux troubles de santé mentale ;
- proposer des services mobiles pour faciliter l'accès aux soins ;
- coordonner les services de soins pour intégrer la santé mentale et la santé somatique et proposer des parcours de santé adaptés ;
- informer les personnes concernées et les professionnels sur les droits et les services disponibles ;
- sensibiliser les professionnels dans la formation aux problématiques spécifiques de ces personnes, aux barrières à l'accès aux soins et prendre en compte les difficultés de langage ;

et recommande aux pouvoirs publics de développer ces leviers.

L'OMS recommande de se doter des moyens pour mettre en œuvre ces politiques et recommande de la coordination et de la flexibilité dans les organisations.

L'OMS regrette le manque de recherche et d'évaluation sur les dispositifs et les initiatives pour réduire les problèmes d'accès aux soins de ces personnes et appelle à la développer, notamment pour évaluer l'efficacité des dispositifs spécifiques (39).

Le centre Primo Levi, qui accompagne les personnes victimes de la torture et de la violence politique exilées en France, a publié des recommandations en partenariat avec Médecins du monde pour prendre en charge la souffrance psychique des exilés. Il recommande de :

- améliorer les conditions de vie et d'accueil des personnes ;
- protéger tout particulièrement les mineurs non accompagnés (MNA) en leur offrant une mise à l'abri immédiate, en leur permettant l'accès aux soins (couverture santé, bilan et dispositifs d'accès aux soins en urgence) et en leur proposant une évaluation bienveillante de la situation de danger ;
- encourager la production de savoirs, de données et d'enquêtes concernant les personnes exilées, leur parcours et leur souffrance psychique ;
- promouvoir le travail en réseau et la pluridisciplinarité (social, juridique, médical somatique et psychologique/psychiatrique) dès le premier contact ;
- promouvoir et financer le recours à l'interprétariat professionnel ;
- améliorer la connaissance et la prise en compte des effets des troubles psychotraumatiques ;
- faciliter l'accès à une couverture maladie ;
- renforcer les dispositifs facilitant l'entrée dans le soin (permanences d'accès aux soins de santé (PASS), y compris psychiatriques et mobiles, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)) ;
- soutenir les aidants ;
- diversifier les approches en s'appuyant notamment sur des activités collectives ;
- développer l'information et la formation des professionnels et des personnes ;
- renforcer et adapter les structures de prise en charge de la santé psychique pour les personnes exilées (centres médico-psychologiques (CMP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui accueillent sans délai et sans rendez-vous avec une équipe pluridisciplinaire et de l'interprétariat, articulation entre la ville et l'hôpital, entre les structures spécifiques et le droit commun, développement du rôle des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et sensibilisation aux représentations culturelles) (215).

11.4.2. État des pratiques

En France, l'Orspere-Samdarra pointe les enjeux de la prise en charge du « migrant précaire⁷² » dans les dispositifs de psychiatrie dans une perspective de santé publique. Pour les auteurs, ce public cumule des vulnérabilités psychiques, sociales et administratives ayant des répercussions sur la santé mentale. Les professionnels seraient alors en difficulté pour comprendre de quoi souffre ce public et pour établir les priorités entre logement/démarches administratives/soins. Cela aurait également pour effet de mettre en concurrence les professionnels et de les obliger à une certaine circulation du savoir pour apporter des réponses adaptées. Les demandes liées à des démarches administratives (certificat médical à l'appui de la demande d'asile ou pour une régularisation pour soins) viendraient également brouiller les repères des professionnels soignants. Se pose pour ces publics la question d'une prise en charge spécialisée ou de droit commun. Le mouvement associatif s'est mobilisé pour proposer des réponses (centres spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des migrants présentant des problématiques de santé mentale), mais par ailleurs ce public est souvent majoritaire dans les dispositifs pour les personnes en situation de précarité. Les PASS en milieu psychiatrique notamment, conçues comme une porte d'accès aux soins dans le cadre d'un travail de secteur et de droit commun, accueillent en majorité des publics migrants. Or, si les PASS ont une fonction d'accès au droit à être soigné (via l'ouverture des droits à une assurance maladie notamment), elles sont en difficulté à permettre le retour aux soins via le droit commun de ce public. Les PASS se retrouvent donc embolisées car elles se retrouvent à assurer le suivi en continu. Les « migrants précaires » ne parviennent pas à s'inscrire dans les secteurs de psychiatrie (secteurs surchargés par la présence de CADA ou HUDA ou règles de sectorisation spécifiques, accès à l'interprétariat qui reste complexe). Les auteurs défendent que le droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle est une condition pour construire un système de santé égalitaire. Les auteurs insistent également sur l'importance de se coordonner et de travailler en équipe pour répondre à ces situations complexes (216).

Historiquement, il existe des centres et des dispositifs spécialisés dans l'accompagnement des migrants en situation de souffrance psychique et/ou somatique. Parmi eux, nous pouvons citer Primo Levi, Parcours d'exil, le centre Minkowska, le Comede. Ces centres proposent un accompagnement médico-psycho-social.

Une étude réalisée par l'observatoire du Samu social de Paris montre que devant la saturation de ces dispositifs particuliers, les équipes accompagnant les migrants utilisent l'ensemble des dispositifs disponibles. Les modalités de recours aux soins en santé mentale varient entre les départements en fonction de l'offre disponible (EMPP, hôpitaux, CMP, centres spécialisés...), mais l'accès aux soins en santé mentale est une préoccupation récurrente dans les centres d'hébergement d'urgence. Les freins constatés sont les délais d'obtention du premier rendez-vous, la barrière de la langue, le manque de prise en compte par les équipes hospitalières des demandes et constats établis par les équipes sociales (217).

Devant l'augmentation des besoins, d'autres dispositifs se sont développés.

- En région parisienne, une unité de consultation psychiatrique peut répondre aux besoins identifiés des personnes migrantes.

⁷² Le migrant précaire est défini par trois caractéristiques : avoir migré récemment, avoir une problématique d'accès au séjour et être dans une situation de grande précarité.

Un dispositif spécifique en direction des publics migrants (218)

Plusieurs constats ont conduit à la mise en place en région parisienne d'un dispositif spécifique de portée régionale en direction des publics migrants en situation de logement instable et présentant des troubles et une souffrance psychiques :

- l'augmentation récente de populations migrantes très exposées aux risques de développement de troubles psychiatriques du fait de parcours d'exil difficiles et de situations de grande précarité sociale et administrative (errance administrative, précarité économique, isolement, discrimination...);
- la difficulté d'accès aux soins de ces populations et surtout de maintien dans des parcours de soin pour des raisons complexes (saturation des dispositifs psychiatriques et de santé mentale, inadéquation de l'offre actuelle aux problématiques psychosociales et caractéristiques culturelles de ces populations, instabilité résidentielle des personnes, barrière de la langue, méconnaissance et représentations erronées de la psychiatrie, etc.) ;
- la tendance à traiter les situations sur le mode de l'urgence ; les crises et les troubles psychiatriques sévères sont pris en charge dans le cadre d'hospitalisations, mais il n'y a pas de réponse satisfaisante aux troubles psychiatriques de type troubles anxio-dépressifs moins sévères et aux phénomènes de détresse psychique qui pourtant peuvent évoluer de manière dramatique s'ils ne sont pas pris en charge.

Un dispositif a été mis en place en 2020 pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques des personnes migrantes en situation de logement instable, en région parisienne (hors cadre d'urgence et de troubles sévères). Ce dispositif qui prend la forme d'une unité de consultation ambulatoire est doté d'une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues et interprètes-médiateurs. Financé par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, il est rattaché à un établissement public de santé mentale.

Objectifs

Ses objectifs sont de :

- garantir une continuité de soins et un ancrage efficace dans le système administratif et de soins (somatiques et psychiatriques) à moyen et à long terme, en facilitant le lien entre la personne et les différents partenaires de droit commun ;
- diminuer la détresse psychosociale de ce public et son impact sur l'évolution des troubles psychiatriques à travers l'intervention d'interprètes-médiateurs, un travail avec des partenaires diversifiés (médical, social, associatif, culturel...), permettant la promotion du bien-être psychologique et de la vie sociale.

Fonctionnement

L'orientation est effectuée par les « équipes d'amont » (équipes médicales comme les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ou les urgences psychiatriques (SAU), équipes sociales des centres d'accueil et d'hébergement pour migrants, etc.).

Lors d'un premier rendez-vous, les priorités sont identifiées avec la personne :

- les démarches urgentes et partenaires à contacter en priorité (accès aux droits, hébergement, vie sociale) ;
- les besoins d'interprétariat ;
- un rendez-vous avec un médecin généraliste d'une PASS en milieu psychiatrique (PASS psy) est systématiquement proposé pour une évaluation somatique ;

- les troubles psychiques sont repérés ; un accès facilité aux traitements pharmacologiques est organisé ; de même, selon le cas, les personnes peuvent accéder rapidement à des thérapies type « psychothérapie brève d'orientation » (TCC) ou thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), etc.

Au-delà de ces premières mesures, le dispositif met l'accent sur l'ancrage à moyen et long terme dans un parcours de soin, d'insertion et de vie pour ces personnes, au travers :

- d'un accès des personnes à des soins somatiques adaptés par le développement d'un partenariat avec les centres de santé et les médecins généralistes ;
 - du lien avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux de droit commun, y compris du secteur psychiatrique ; ce lien est particulièrement facilité par les interprètes médiateurs de l'équipe ; un soutien aux équipes est proposé pour mettre en place le suivi à long terme des personnes ;
 - du renforcement des facteurs de protection et de résilience des personnes par la proposition d'activités permettant la (re)construction d'un « capital social » : apprentissage de la langue, participation à des groupes d'entraide, etc.
- Des dispositifs proposant un accueil et un soutien collectif de type espace psychosocial, proposant un lieu d'accueil inconditionnel au sein duquel les personnes peuvent se poser et reconstruire un ancrage social. Ces lieux, situés hors des lieux de soins, permettent à la personne de retrouver dans la communauté des mécanismes de soutien existant avant la « crise migratoire » ou d'en développer de nouveaux. Ils sont animés par des psychologues, des pairs. Le partage de la langue facilite les échanges. Il s'agit avant tout de recréer un environnement sécurisant, des liens avec des personnes, des lieux et des objets qui soutiennent la reconstruction de la personne (219, 220).

Un exemple d'espace psychosocial

En banlieue d'une grande ville française, un espace ouvert toute la semaine est proposé en direction des personnes en situation d'exil. Sa mise en place est née du constat que la souffrance psychique de ces personnes nécessite, en plus des approches cliniques, des espaces offrant un accueil inconditionnel et permettant un (ré)ancrage dans la vie sociale. L'accueil est libre, il est assuré par une équipe pouvant échanger en français, amharique, anglais, arabe, farsi et tigrinya. Les personnes peuvent y venir, sans exigence particulière, pour y profiter d'un espace de convivialité où peuvent s'échanger des nouvelles et des « choses de la vie » quotidienne. Des activités mensuelles sont proposées par l'équipe ou impulsées par les personnes accueillies (création d'un journal par exemple). Un soutien peut être offert dans divers domaines (orientation pour l'ouverture de droits, vers les soins, etc.). Des possibilités d'entretiens avec une psychologue sont offertes aux personnes exprimant une souffrance psychique particulière. Mais le lieu n'est pas principalement identifié comme un lieu de consultations psychologiques. Il s'agit avant tout de recréer un environnement sécurisant, des liens avec des personnes, des lieux et des objets qui soutiennent la reconstruction de la personne.

- Par ailleurs, l'Orspere-Samdarra a édité des guides pour mieux prendre en compte et accompagner la santé mentale des personnes migrantes, un à destination des personnes elles-mêmes (221) et l'autre à destination des intervenants sociaux accompagnant les personnes migrantes (222).
- Enfin, de nombreux particuliers se mobilisent à titre individuel, ou en se regroupant en association, pour apporter aide et accompagnement. Cela peut prendre la forme de distribution de repas, d'accompagnement (y compris physique à certains rendez-vous), de cours de

français, d'hébergement. Or, les personnes qui s'engagent sont souvent novices et peu formées et il existe un risque d'épuisement. Par ailleurs, l'articulation entre ces engagements et les dispositifs sanitaires et sociaux est peu structurée (36).

11.4.3. L'avis du groupe de travail

Au regard des prévalences du psychotraumatisme et des troubles anxieux et dépressifs, le groupe de travail convient qu'il faut s'appuyer sur une approche individuelle et collective. Dans un premier temps, il s'agit de proposer des postures et des lieux (s'appuyant également sur les réseaux de bénévoles) permettant aux personnes de retrouver des mécanismes de soutien ou d'en créer d'autres et de repérer et orienter vers le droit commun les personnes le nécessitant. Pour les personnes ayant développé des troubles du stress post-traumatique (TSPT), les centres régionaux psychotraumatisme sont une réponse adaptée (sous réserve qu'ils aient des moyens suffisants).

Concernant la systématisation du questionnement sur les violences subies, le groupe convient qu'il paraît important d'assurer un minimum de stabilité aux personnes (réponse aux besoins urgents), avant de questionner les personnes sur leur parcours de vie.

Concernant l'accès aux soins, il paraît important de renforcer les PASS, y compris mobiles. Le groupe insiste sur l'importance de développer des réponses appuyées sur des moyens de service public (hôpital) plutôt que sur des actions portées par des associations qui sont plus fragiles.

Le groupe indique que les trajectoires d'exil et de migration peuvent se poursuivre lorsque les personnes sont en France, soit du choix la personne, soit en lien avec les possibilités d'hébergement. Or, cela entraîne des ruptures dans les parcours de soin et d'accompagnement. Il faudrait une meilleure interopérabilité des systèmes d'information. Attention cependant, les personnes en situation de migration et sans droit au séjour ont parfois la volonté de ne pas être repérées.

11.5. L'interprétariat en santé

11.5.1. Le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques

La Haute Autorité de santé propose un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques d'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé (223). La HAS insiste sur le nécessaire ancrage de l'interprétariat professionnel dans les territoires au sein desquels des barrières linguistiques dans l'accès à la prévention et aux soins sont observées, aussi bien en établissement de santé qu'en médecine de ville et sur la nécessité pour les étudiants des filières de santé et du secteur médico-social d'être sensibilisés aux spécificités des publics ne parlant pas une même langue qu'eux, qu'ils seront amenés à prendre en charge dans leur exercice professionnel. La HAS définit l'interprétariat dans le domaine de la santé comme une « fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ».

La HAS reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible :

- recours à un tiers non formé à l'interprétariat et maîtrisant les deux langues (professionnels de proximité, entourage du patient/usager, autres usagers...);

- recours à une langue tierce partagée par le professionnel et l'utilisateur ;
- utilisation d'outils (pictogramme, sites de traduction en ligne...).

Néanmoins, ces moyens peuvent donner l'illusion de se comprendre et sont à considérer avec une grande prudence.

La généralisation du recours à l'interprétariat professionnel nécessite, outre des moyens financiers, une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels et des usagers, des procédures d'accès simples et rapides et une formation des professionnels pour travailler avec des interprètes.

L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé doit s'exercer dans un cadre déontologique garantissant :

- la fidélité de la traduction ;
- la confidentialité et le secret professionnel ;
- l'impartialité ;
- le respect de l'autonomie des personnes.

La HAS rappelle que le recours à un interprète professionnel devrait être envisagé de manière systématique dès lors que la personne ne parle pas le français, mais reconnaît la difficulté en pratique courante. Aussi, l'intervention d'un interprète professionnel doit être systématique dans les situations suivantes :

- personnes ne parlant pas du tout le français ;
- situations complexes (facteurs médico-psycho-socio-culturels) ;
- consultations décisives dans le parcours de soin ;
- à chaque fois que le patient ou le professionnel le juge utile.

La HAS fixe également les compétences nécessaires à un interprétariat professionnel :

- cadre professionnel structuré ;
- interprétation de liaison (fidélité des propos, capacité à demander des précisions) ;
- distanciation ;
- attention aux aspects culturels (223).

11.5.2. L'état des pratiques

Les personnes rencontrées dans les entretiens de cadrage et lors des visites de site sont conscientes de l'importance de s'appuyer sur des réseaux d'interprètes professionnels. Elles connaissent les réseaux existants et s'appuient régulièrement sur de l'interprétariat téléphonique, en particulier sur les langues rares. Certaines agences régionales de santé (ARS) ont des enveloppes spécifiques pour développer l'interprétariat.

Cependant, dans le quotidien, il n'est pas possible de faire constamment appel à de l'interprétariat professionnel et les professionnels et les bénévoles s'appuient encore sur les ressources communautaires.

Le développement des outils de traduction en ligne permet également de simplifier les échanges du quotidien.

11.5.3. Avis du groupe de travail

Le groupe de travail insiste sur l'importance de l'interprétariat professionnel, gage de qualité pour toutes les questions ayant trait à la santé ou à la situation sociale. Les difficultés rencontrées sont liées au coût de l'interprétariat, au manque d'interprètes dans certaines langues, à la non-formation des

interprètes. Les réticences des professionnels de la santé mentale à intégrer un tiers dans la relation semblent aujourd'hui moins d'actualité. Le groupe souhaite rappeler que l'interprétariat permet des économies sur le long terme car il évite les errances diagnostiques.

Le groupe reconnaît que l'usage des outils numériques peut être utile dans le quotidien. Il n'est cependant pas souhaitable pour traiter de l'accompagnement social et en santé.

L'appui sur des personnes de la communauté doit être strictement limité et une vigilance particulière doit être apportée aux sujets abordés en ce cas. L'interprétariat assuré par les enfants est à proscrire.

Par ailleurs, l'embauche d'interprètes formés dans les équipes, de médiateurs ou de pairs avec une compétence linguistique peut être une solution intéressante.

11.6. La situation particulière des mineurs non accompagnés

11.6.1. Les données de la littérature

Un mineur non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être, temporairement ou durablement, accompagné d'un parent ou d'un représentant légal. La minorité et l'isolement déclarés par une personne se présentant auprès des services du président du conseil départemental impliquent pour ces derniers qu'ils organisent un accueil provisoire d'urgence de cette personne dans le cadre d'une mise à l'abri⁷³ et qu'ils conduisent une évaluation de la minorité et de l'isolement (224). Les mineurs isolés pris en charge par l'aide sociale à l'enfance étaient exclus du périmètre des recommandations dès la note de cadrage. Pour autant, le groupe a souhaité que soit prise en compte la situation des jeunes situés dans une « zone grise », ni reconnus mineurs par les services de la protection de l'enfance, ni pris en charge par les dispositifs pour adultes. Cela inclut :

- les mineurs primo-arrivants n'ayant pas eu de contacts avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- les mineurs en cours d'évaluation mis à l'abri ou non (présomption de minorité) ;
- les mineurs non reconnus mineurs et isolés par l'ASE (présomption de minorité) ;
- les mineurs non reconnus mineurs isolés par le juge des enfants (majeurs).

Il est extrêmement difficile d'obtenir des chiffres consolidés concernant cette population. Le nombre de mineurs isolés accueillis par les services de l'ASE en 2020 était d'environ 10 000. Les jeunes dont la minorité n'était pas reconnue par l'ASE en 2020 représentaient plus de 10 % des saisines du défenseur des droits, soit plus de 300 personnes. Le défenseur des droits souligne que les conditions extrêmes de migration et de survie auxquelles la plupart d'entre eux sont confrontés impactent leur état de santé physique et psychique et nécessitent d'organiser un accès rapide aux soins (225).

Le défenseur des droits a dressé en 2022 un rapport concernant la situation des mineurs non accompagnés au regard du droit, rassemblant ces différentes analyses en la matière sur la période 2012-2022.

En préambule, le rapport indique que tout jeune se disant mineur et isolé doit être considéré « comme un enfant à protéger relevant des dispositions légales de la protection de l'enfance ».

Ce rapport pointe des difficultés dans la mise en œuvre de la protection :

- en termes de procédures :
 - les délais prévus pour l'évaluation ne sont pas respectés, la mise à l'abri pour cette même période non plus ;

⁷³ Conseil d'État, 25 janvier 2019, ordonnances n° 427169/n° 427170/n° 427167.

- en termes de décisions : dans de nombreuses situations soumises au défenseur des droits, les mineurs évalués majeurs par les services des conseils départementaux ou les associations mandatées par ceux-ci font l'objet d'une décision judiciaire de placement, mais perdent ainsi de nombreux mois sans protection.

Le défenseur recommande que les jeunes se présentant comme mineurs soient reconnus comme tels et jouissent des droits et de la protection s'y rattachant jusqu'à une décision judiciaire définitive (en conformité avec les préconisations des organes internationaux). Il rappelle par ailleurs que les refus de prise en charge doivent être notifiés en indiquant les modalités de recours, il recommande qu'ils soient expliqués aux jeunes, en présence d'un interprète si besoin. Le défenseur recommande également qu'une copie du rapport d'évaluation soit fournie au jeune. Il recommande enfin que le lien vers les dispositifs venant en aide aux adultes (alimentation, hébergement) soit protocolisé entre les départements et l'État.

Par ailleurs, il recommande aux départements de formaliser des protocoles avec les barreaux pour accompagner les jeunes souhaitant déposer un recours auprès de l'autorité judiciaire.

Il recommande aux tribunaux pour enfants de proposer des délais d'audiencement raisonnables, le recours sur la décision de l'aide sociale à l'enfance (ASE) n'étant pas suspensif.

Enfin, il recommande d'informer les jeunes sur les possibilités de saisine du tribunal administratif en référé ou du comité des droits de l'enfant des Nations unies pour obtenir des mesures provisoires (225).

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), dans sa recommandation concernant l'accompagnement des mineurs non accompagnés, préconise d'assurer un hébergement protecteur de la personne se déclarant mineur non accompagné pour permettre l'évaluation de la minorité dans de bonnes conditions. Elle recommande par ailleurs d'évaluer l'état de santé et de mettre en place les soins jugés immédiatement nécessaires (224). Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande une série de 27 mesures pour permettre un parcours santé de qualité pour les MNA, et recommande notamment de faire ouvrir précocement des droits sociaux pérennes aux jeunes afin d'éviter les ruptures de prise en charge en cas de changement de statut (226).

11.6.2. Avis du groupe de travail

Le groupe souhaite :

- affirmer l'intérêt supérieur de l'enfant et la présomption de minorité ;
- proposer des recommandations permettant d'apporter des réponses concrètes aux professionnels accueillant ces jeunes et aux jeunes eux-mêmes. Les préconisations du défenseur des droits sont un appui pertinent.

Par ailleurs, le groupe signale que l'agence régionale de santé Île-de-France a édité une note d'instruction en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés (227).

11.7. Recommandations sur les publics présentant des vulnérabilités spécifiques

Les vulnérabilités liées à l'âge

Les jeunes

Ce qui fonctionne :

- prendre en compte la spécificité de cette période de la vie : il s'agit d'un temps d'expérimentation, les jeunes ont droit :
 - à certaines erreurs ou prises de risques s'inscrivant dans un parcours d'apprentissage et de développement,
 - à la protection nécessaire à leur âge ;
- des interventions précoces, dès les premiers symptômes, avec notamment, quand cela est possible, des thérapies prenant en compte l'ensemble de la famille, graduées et comprenant des interventions médicamenteuses si nécessaire ;
- les interventions pensées au travers du prisme des questions de genre et d'orientation sexuelle ;
- les approches globales incluant le logement, l'emploi et la santé mentale avec un accompagnement de type *Assertive Community Treatment*, comme le propose le programme « un chez-soi d'abord jeunes ».

Au regard des prévalences importantes des troubles de stress post-traumatique, il est utile d'aborder avec eux la question des violences subies, notamment dans l'enfance.

Les consultations jeunes consommateurs peuvent accompagner les jeunes présentant des problématiques addictives.

Les enfants en famille

Une vigilance particulière par rapport à ces enfants est donc essentielle dans une approche préventive.

Ce qui fonctionne :

- les approches globales, prenant en compte les besoins des parents et des enfants :
 - soutien thérapeutique et médicamenteux si besoin pour les parents,
 - soutien à la parentalité via la psychoéducation et via des aides très concrètes dans le quotidien (aide pour la garde des enfants, pour les transports),
 - soutien au développement des enfants via la mise en place d'espaces et de temps dédiés (espaces de jeux).

L'école peut être un lieu de repérage des difficultés en santé mentale des enfants, le médecin traitant ou la protection maternelle et infantile (PMI) peuvent également jouer un rôle. Il convient de sensibiliser ces acteurs aux vulnérabilités des enfants en situation de grande précarité. Le recrutement de pédopsychiatres au sein des EMPP peut également être une ressource pour accompagner ces enfants.

Les personnes de plus de 50 ans

Ce qui fonctionne :

- le dispositif « un chez-soi d'abord » apporte une réponse pertinente dans ces situations ;
- pour les personnes en situation administrative complexe souffrant d'une pathologie chronique invalidante, les lits d'accueil médicalisés (LAM) peuvent être une solution. Cela implique un développement des conventionnements entre les LAM et la psychiatrie ;
- les résidences accueil et éventuellement les maisons relais peuvent être une solution ;

- les personnes devraient pouvoir être accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les secteurs de psychiatrie peuvent soutenir les établissements accueillant ces publics.

Les vulnérabilités liées au genre

Les femmes

Ce qui fonctionne :

- des espaces, des temps et des lieux réservés aux femmes qui leur permettent de se « poser ». Ces lieux, très investis par les femmes dès lors qu'elles sont « entre elles », soutiennent le rétablissement. Des bénéfices sur la réduction des insomnies et des phénomènes d'hypervigilance et de peur sont constatés. Ils permettent de mettre en place un travail sur la réduction des risques et des dommages. Certaines femmes souhaitent être en couple et en famille, il convient de leur trouver des solutions d'accueil également ;
- faire des situations de grossesse et de naissance des opportunités pour faciliter l'accès aux soins et aux droits. Précarité et grossesse relèvent de l'urgence médicale. Les interventions soignantes et sociales sont plus intensives dans ces périodes, la mobilisation doit être maximale, notamment via des réseaux spécifiques tels que les maisons des femmes. Les hébergements doivent être stabilisés. L'accès à la psychiatrie périnatale doit être facilité. Par ailleurs, les autres femmes (elles-mêmes souvent mères), peuvent être soutenantes pendant les périodes de périnatalité ;
- des interventions ciblées :
 - psychothérapies adaptées pour les femmes en souffrance psychique,
 - ateliers autour de l'estime de soi, du prendre soin ; de la parentalité, des cours de self-défense,
 - accès à la santé sexuelle et reproductive prenant en compte la précarité menstruelle,
 - interventions de soutien familial, prenant en compte la famille dans sa globalité,
 - information, soutien et accompagnement concernant les violences subies ;
- des formations des professionnels aux violences liées au genre et aux approches « sensibles au trauma ».

Les personnes lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels + (LGBTQI+)

Ce qui fonctionne :

- les interventions pensées au travers du prisme des questions de genre et d'orientation sexuelle ;
- la formation des professionnels aux problématiques liées à la diversité d'identité de genre et d'orientation sexuelle ;
- l'approche par les forces, la coordination de parcours, le soutien au pouvoir d'agir et les approches communautaires.

Les vulnérabilités liées à un cumul de pathologies

Les personnes présentant des pathologies duelles psychiatriques et addictives

Ce qui fonctionne :

- des approches « réduction des risques et des dommages » intégrant la dimension psychiatrique ;
- des soins intégrés et articulés entre travail social, santé somatique, psychiatrie et addictologie intervenant sur les lieux de vie des personnes, dont les dispositifs accueil, hébergement, insertion (AHI) ;
- le dispositif « un chez-soi d'abord » qui intègre l'approche réduction des risques et des dommages ;
- un accès inconditionnel ouvert et gratuit aux soins :
 - la diffusion de l'approche « réduction des risques » dans tous les lieux de soins, y compris en soins primaires,
 - l'accès aux traitements de substitution, y compris en milieu rural avec l'appui des professionnels libéraux (médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens),
 - la diffusion des kits overdose, dans le cadre réglementaire défini,
 - la mise en place de salles de consommation à moindre risque,
 - le développement et la reconnaissance de programmes d'éducation thérapeutique adaptés à ces publics ;
- les problématiques addictives peuvent également être une comorbidité d'un trouble de stress post-traumatique. En ce cas, les centres régionaux psychotraumatisme peuvent fournir une réponse adaptée.

Les personnes présentant des pathologies psychiatriques et cognitives

Ce qui fonctionne :

- évaluer les troubles cognitifs en utilisant des outils validés (bilan neurologique, neuropsychologique, orthophonique et ergothérapique) ;
- former les professionnels à ces troubles et à la manière dont ceux-ci impactent la vie quotidienne ;
- travailler sur des points de repère spatiaux et temporels partagés entre l'ensemble des acteurs et la personne concernée, expliquer, vérifier la compréhension, utiliser des outils de communication adaptés ;
- donner la possibilité aux personnes présentant des troubles cognitifs, notamment des syndromes de Korsakoff, de bénéficier d'interventions de réhabilitation psychosociale coordonnées avec de l'hébergement/logement adapté ;
- donner l'accès à des services d'accompagnement du handicap psychique, coordonnés avec de l'hébergement/logement ;
- décloisonner les approches addictologiques, psychiatriques et cognitives.

Les vulnérabilités liées au parcours de migration

Ce qui fonctionne :

- les interventions qui proposent une dimension collective et/ou communautaire participative et culturellement adaptée ;
- la diffusion dans tous les dispositifs des approches sensibles au trauma ;

- l'orientation vers les centres régionaux psychotraumatisme pour les personnes nécessitant une approche spécialisée ;
- des organisations intégrant l'interprétariat professionnel⁷⁴ pour traiter de l'ensemble des questions sociales et de santé. L'interprétariat peut avoir des coûts importants et pour certaines langues, il existe un manque d'interprètes. Dans ce cas, il convient de s'appuyer sur des dispositifs de :
 - médiation en santé s'appuyant sur des médiateurs avec une compétence transculturelle et linguistique,
 - pair-aidance s'appuyant sur des pairs avec une compétence linguistique,
 - réseaux d'interprètes, notamment par téléphone ;
- l'interprétariat bénévole peut être utile pour les échanges du quotidien. Il ne peut pas être une réponse pour l'accompagnement social et sanitaire des personnes ;
- les applications de traduction en ligne sont aujourd'hui essentielles pour les professionnels des équipes mobiles afin de communiquer avec des populations migrantes. Pour autant, ces outils pallient le manque de financements d'interprétariat professionnel. Le numérique apparaît dans ce cas comme une « solution de repli » et non une bonne pratique.

Point de vigilance

Les trajectoires d'exil et de migration peuvent se poursuivre en France, cela entraîne des ruptures dans les parcours de soins et d'accompagnement. Il convient d'interroger le parcours de soins et d'accompagnement, s'efforcer de faire le lien avec les intervenants précédents afin de ne pas refaire à chaque étape ce qui a déjà été fait par d'autres équipes.

Le cas particulier des mineurs non accompagnés non pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance

- Lorsque le statut administratif du jeune est incertain :
 - le jeune peut bénéficier des services de droit commun proposant une réponse aux besoins urgents (repas, vestiaires, information juridique, hébergement...) ;
 - les règles concernant l'accès aux soins destinées aux mineurs s'appliquent, y compris en ce qui concerne les soins psychologiques et psychiatriques :
 - le soignant peut intervenir sans le consentement des parents ou des tuteurs légaux, comme c'est le cas pour tout mineur :
 - dans les situations de soins urgents⁷⁵,
 - lorsque le jeune bénéficie en son nom propre de la complémentaire santé solidaire (CSS)⁷⁶,
 - lorsque le jeune souhaite garder le secret sur son état de santé pour une action de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder sa santé. Il est néanmoins recommandé que le jeune puisse se

⁷⁴ Haute Autorité de santé (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine, HAS. [Haute Autorité de santé – Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/)

⁷⁵ Articles R. 1112-35 et R. 4127-42 du Code de la santé publique (CSP).

⁷⁶ Article L. 1111-5 du Code de la santé publique (CSP).

faire accompagner d'un adulte de son choix qui peut être un membre de l'équipe soignante ou d'accompagnement⁷⁷ ;

- dans tous les cas, le consentement éclairé du jeune doit être recherché.
- Repères en fonction du statut administratif du jeune :
 - le jeune est primo-arrivant et ne s'est pas présenté auprès des services départementaux de l'enfance en danger :
 - il convient de l'orienter le plus rapidement possible vers les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), en l'accompagnant si besoin pour s'assurer de la bonne orientation et de la prise en charge par ces services ;
 - l'évaluation de la minorité est en cours auprès des services de l'aide sociale à l'enfance :
 - il incombe aux autorités du département de mettre en place un accueil d'urgence adapté⁷⁸ comprenant la réalisation d'une évaluation des besoins de santé⁷⁹ et la mise en place des soins jugés immédiatement nécessaires⁸⁰ ;
 - le jeune a fait l'objet d'un refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :
 - le jeune doit être informé des droits reconnus aux personnes majeures, notamment en matière d'hébergement, d'aide médicale, de protection contre la traite des êtres humains, d'asile ou de séjour,
 - il est souhaitable que le jeune soit informé des démarches effectuées par les services de l'ASE, notamment concernant sa santé : résultat du bilan, demande d'aide médicale d'État (AME), etc.,
 - il a accès aux dispositifs (santé/social) pour adultes, sur présentation de la notification de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance.

Par ailleurs :

- le jeune peut saisir le juge des enfants pour une nouvelle demande de protection. Les dispositifs pour adultes peuvent l'accompagner en ce sens, comme le souligne le défenseur des droits,
- il peut former un recours gracieux et/ou hiérarchique auprès du président du conseil départemental, un recours devant le tribunal administratif (qui peut être saisi en référé), ainsi que saisir le juge des enfants⁸¹,
- il peut saisir le comité des droits de l'enfant des Nations unies qui peut ordonner la mise en place de mesures provisoires. Le rapport du défenseur des droits « Les mineurs non accompagnés au regard du droit » publié en 2022 décrit de manière complète les modalités de recours ;
- le jeune n'a pas été reconnu mineur par le juge des enfants :
 - l'autorité de la chose jugée implique de le reconnaître comme majeur et de l'accompagner en tant que tel avec l'ensemble des droits reconnus aux personnes majeures.

⁷⁷ Article L. 1111-5 du Code de la santé publique (CSP).

⁷⁸ Conseil d'État, 25 janvier 2019, ordonnances n° 427169/ n° 427170/n° 427167.

⁷⁹ Telle que définie dans l'avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP) du 07/11/2019.

⁸⁰ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2017). L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers ». Saint-Denis La Plaine, ANESM. [Haute Autorité de santé – L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers \(MNA\) »](#) ([has-sante.fr](#))

⁸¹ Conseil d'État, 04/06/2020, 440686 ; articles 375 et suivants du Code civil.

Table des annexes

Annexe 1. : État des lieux en France des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux répondant aux problématiques des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques	205
Annexe 2.Méthode de travail	221
Annexe 3.Recherche documentaire	224

Annexe 1. : État des lieux en France des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux répondant aux problématiques des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques

Cette section vise à présenter les principaux dispositifs (organisation de la psychiatrie, dispositifs sociaux et médico-sociaux, groupes d'auto-support...) français impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. L'ensemble du système de santé et des secteurs social et médico-social n'est pas présenté.

1. Les dispositifs sanitaires orientés vers les personnes en situation de précarité

1.1. Les permanences d'accès aux soins de santé

Au regard de leur mission d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, les permanences d'accès aux soins de santé⁸² généralistes⁸³ et psychiatriques (PASS) ont un rôle central dans l'organisation des coopérations et des parcours de santé des personnes concernées.

Voir section 6.4.3.3

1.2. Les acteurs de soins primaires tournés vers les publics en situation de précarité

Les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers, etc.) peuvent, notamment dans les territoires marqués par les phénomènes de précarité, mettre en place des organisations partenariales adaptées aux besoins et attentes des publics les plus précaires. Les maisons pluridisciplinaires de santé, qui regroupent sur un même site des professionnels de santé divers et les centres de santé, peuvent en outre disposer de financements spécifiques.

Voir section 6.4.3.3

– Dont l'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives ou centres et maisons de santé participatifs

Les centres et maisons de santé « participatifs » font l'objet depuis 2021 d'une expérimentation d'une durée de 27 mois visant à évaluer en conditions réelles les différentes modalités de financement de ces centres pour développer un modèle économique pérenne permettant leur intégration dans le droit commun.

Ils visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins des usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés. Cette prise en charge, fondée sur un accompagnement médico-psycho-social, est décrite dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation comme « particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin » (228).

Voir section 6.4.3.3

⁸² Code de la santé publique, art. L. 6111-1-1 et suivants.

⁸³ Les PASS peuvent être généralistes ou spécialisées dans l'accompagnement de certaines pathologies et/ou certains publics (PASS bucco-dentaires, PASS ophtalmologiques).

2. Structuration de l'offre en psychiatrie et santé mentale

2.1. L'offre de soins en hospitalisation

Plus de 600 établissements de santé sont autorisés en France pour une activité de psychiatrie. Les établissements publics assurent 67 % des capacités d'accueil. Le reste est réparti entre les cliniques privées et les établissements privés d'intérêt collectif. 337 600 patients adultes ont été accueillis en hospitalisation à temps plein en 2019, soit 19 % de la file active. En 2016, la densité nationale est de 103 lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants avec des inégalités territoriales marquées (de 60 à 160 lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants).

Ces dispositifs d'hospitalisation à temps plein sont complétés par des dispositifs d'hospitalisation à temps partiel (dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou de nuit notamment), à visée diagnostique ou thérapeutique et par des ateliers thérapeutiques et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Par ailleurs, d'autres dispositifs permettent des soins à temps complet en dehors de l'hôpital : séjours thérapeutiques, hospitalisation à domicile, accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de post-cure et centres de crise (229).

2.2. L'offre de soins en ambulatoire

Au-delà des dispositifs d'hospitalisation ou de prise en charge à temps complet, la psychiatrie publique s'appuie sur de nombreuses structures extrahospitalières, développées pour la plupart dans le cadre de la politique de sectorisation psychiatrique mise en place depuis 1960 (126), avec pour objectif l'intégration de la personne dans la cité.

Ainsi, près de 80 % des personnes suivies par les établissements de santé mentale publics bénéficient d'une prise en charge en ambulatoire, dont une prise en charge dans les centres médico-psychologiques (CMP).

Les CMP (pour la population adulte) coordonnent les soins en ambulatoire (consultations, entretiens, accompagnement social le cas échéant...) au sein de la structure, ou au domicile du patient et orientent ceux-ci vers les structures adaptées si nécessaire. En 2016, il existe 2 263 CMP de psychiatrie générale, le nombre de structures est en augmentation, le nombre de structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine également. La densité des CMP est de 4 pour 100 000 habitants, cette densité étant plus importante en milieu urbain que rural. Cependant, les tailles des différents CMP étant variables, cette densité ne peut indiquer seule une disparité territoriale.

Les délais de premier rendez-vous sont de 21 jours en moyenne en 2016.

Pour le secteur privé, l'offre de soins en ambulatoire est composée des soins de ville. Les acteurs des soins primaires sont le premier recours en santé mentale et en particulier le médecin généraliste, pivot du dispositif d'offre de soins de ville.

Les psychiatres libéraux complètent l'offre de ville. Si, avec 23 psychiatres (tous modes d'exercices confondus) pour 100 000 habitants, la France possède l'une des densités les plus élevées d'Europe, cette offre est très inégalement répartie sur le territoire, et si 67 % des psychiatres exercent en secteur 1, dans certains départements (départements d'Île-de-France, Cantal et Meuse), ils sont majoritairement en secteur 2 (229). La coordination entre les médecins traitants et les psychiatres est essentielle pour la qualité des soins (199, 229).

Les psychologues libéraux participent également à cette offre de soins en santé mentale. Le dispositif « mon psy » permet la prise en charge de 8 séances par l'assurance maladie (229).

2.3. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) encadrées par la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n° 2005-521 du 23 novembre 2005⁸⁴ ont été inspirées d'initiatives mises en place dès les années 1990 par des équipes psychiatriques sensibilisées à la prise en compte des problématiques psychosociales des populations en situation de grande précarité. Les EMPP visent à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité et souffrant de troubles psychiques.

Voir section 8.3.1.1

2.4. Le Centre national ressource et résilience (Cn2r) et les centres régionaux du psychotraumatisme

À la suite des attentats commis en France entre 2015 et 2016, le secrétaire d'État chargé de l'Aide aux victimes est chargé de soumettre des propositions relatives à la création d'un centre de ressources et de résilience. Le Cn2r est créé en juillet 2019. Il a pour mission d'agir face au trouble de stress post-traumatique (TSPT) et autres troubles post-traumatiques pour permettre aux citoyens, aux communautés et à l'ensemble de la société à l'épreuve d'un évènement traumatisant de maintenir ou retrouver un bien-être et une qualité de vie satisfaisante. Il met à disposition des ressources permettant de comprendre et affronter ces troubles et leurs conséquences sur le quotidien et propose un accompagnement sanitaire, social et juridique. Il a également pour mission de diffuser auprès des professionnels les bonnes pratiques de prise en charge et d'accompagnement des personnes exposées à des évènements traumatisants.

Il coordonne les centres régionaux du psychotraumatisme qui sont des dispositifs de prise en charge globale (accueil, orientation, traitement) des personnes, adultes et enfants, souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT), et les accompagne dans le développement de leurs projets. Ces centres régionaux sont rattachés à des centres hospitaliers. Ils apportent une expertise et des ressources pour améliorer la prise en charge des TSPT, notamment en proposant des formations, en identifiant les professionnels de santé du territoire, et en travaillant en collaboration avec les différentes organisations d'accompagnement des victimes.

3. Les dispositifs de coordination des soins

3.1. Dispositifs de coordination en santé

Des dispositifs territoriaux sont mis en place pour permettre la coordination des parcours de santé et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

3.1.1. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

⁸⁴ [Circulaire interministérielle n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ n° 521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipe mobile précarité. – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Concernant la coordination des parcours de santé, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, complétée par le décret du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination, organise l'unification des différents dispositifs de coordination territoriale préexistants (coordination territoriale d'appui (CTA), plateformes territoriales d'appui (PTA), méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), centres locaux d'information et de coordination (CLIC), réseaux de santé) au sein d'un dispositif unique, le dispositif d'appui à la coordination (DAC). Les DAC viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux qui font face à des personnes présentant des situations complexes. Ils participent à la coordination territoriale des acteurs en analysant les besoins et facilitant la structuration des parcours de santé complexes. Ils sont définis localement sur proposition des professionnels, en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Encore en cours d'installation, ils devront couvrir à terme tous les territoires.

3.1.2. Les contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils co-portés par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale qui permettent de définir les priorités d'action pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

3.2. Dispositifs de planification et de coordination en santé mentale

À ces dispositifs de coordination des soins viennent s'ajouter des dispositifs de planification et de coordination plus spécifiques à la santé mentale.

3.2.1. Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

En lien avec le développement de la politique de secteur, des instances locales de concertation et de coordination se sont développées pour permettre de définir et mettre en œuvre localement des politiques et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale d'une population. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁸⁵ et l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale⁸⁶ incitent à leur généralisation, notamment dans le cadre des contrats de ville. Les CLSM ont pour objectif de définir, sur un territoire, les priorités en termes de santé mentale au regard des problématiques locales et d'organiser la coopération entre les acteurs. Portés par une collectivité territoriale, ils associent de manière large les acteurs concernés : professionnels de santé, bailleurs sociaux, acteurs sociaux et usagers et organisent les coopérations. Il en existe actuellement plus de 300 (actifs ou en projet). Ils sont consultés sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale (PTSM).

3.2.2. Les plans territoriaux de santé mentale (PTSM)

Les PTSM sont inscrits dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁸⁷. Ils s'appuient sur un diagnostic partagé et proposent une stratégie au niveau d'un territoire donné articulée autour des priorités suivantes :

- le repérage précoce, l'accès aux diagnostics, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;

⁸⁵ [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁸⁶ [Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁸⁷ [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

- le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;
- l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

À fin 2022, l'ensemble des diagnostics territoriaux sont réalisés et la plupart des PTSM sont signés ou en cours de signature.

4. Les dispositifs médico-sociaux

Dès lors qu'elles bénéficient d'une reconnaissance de personne en situation de handicap, les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques peuvent faire l'objet d'un accompagnement par un établissement ou service médico-social relevant du champ du handicap. Ces établissements n'étant pas spécifiques aux personnes en situation de grande précarité, ils ne sont pas présentés ici. Nous avons fait le choix de présenter les établissements médico-sociaux pour les personnes présentant des difficultés spécifiques, soit :

- les établissements et services de l'addictologie au regard des prévalences importantes des comorbidités addictives et psychiatriques parmi les personnes en situation de grande précarité ;
- les dispositifs de soins pour les personnes en situation de grande précarité pouvant participer à la prise en charge des troubles psychiques.

4.1. Les dispositifs de l'addictologie

4.1.1. Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

Les CAARUD ont été instaurés par la loi de santé publique du 9 août 2004. Leur mission est l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues.

Voir section 6.4.3.4

4.1.2. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les CSAPA ont été instaurés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 en remplacement des anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST).

Leurs missions sont définies à l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique : « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. »

Les CSAPA accueillent toute personne en difficulté avec une conduite addictive (consommation de substances psychoactives licites ou illicites, y compris tabac et médicaments, addictions sans substance) et leur entourage. Ils assurent, dans un cadre ambulatoire et/ou résidentiel, les missions suivantes :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de toute personne concernée ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;
- la prévention individuelle et collective ;
- la participation aux dispositifs de recueil d'information et au dispositif de veille en addictovigilance et pharmacodépendance ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, comprenant notamment le sevrage et son accompagnement, ainsi que la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (dont les traitements agonistes opioïdes) ;
- la réduction des risques et des dommages associés aux consommations de substances psychoactives. Dans ce cadre, les personnes accompagnées par le CSAPA doivent pouvoir bénéficier de séances d'informations collectives et/ou de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Elles sont accompagnées pour élaborer et mettre en œuvre leur propre stratégie de réduction des risques. Les CSAPA mettent à disposition des personnes des outils de réduction des risques. La mission de réduction des risques et des dommages a pour but de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives et de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social.

De manière facultative, les CSAPA peuvent également proposer :

- un accompagnement des addictions sans substance ;
- une intervention en milieu carcéral ;
- des activités de formation et de recherche ;
- la mise en place de consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs (211).

4.2. Les établissements de soins à destination des personnes en situation de précarité, dont les appartements de coordination thérapeutique « un chez-soi d'abord »

Ces établissements s'inscrivent en complémentarité avec l'offre de services des dispositifs du droit commun. Ils n'ont pas vocation à se substituer à eux. Ils ont pour spécificités communes :

- de proposer un accueil inconditionnel comprenant notamment l'accueil de personnes présentant des problématiques addictives ou de santé mentale, de personnes ne disposant pas de ressources et de personnes en situation irrégulière au regard du séjour (sauf pour les ACT « un chez-soi d'abord ») ;
- d'apporter une réponse globale à des personnes sans domicile présentant des problématiques de santé, y compris santé mentale, en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire ;
- de proposer un accompagnement adapté à la personne, là où elle en est dans son parcours ;
- de favoriser la continuité des parcours des personnes accueillies.

4.2.1. Les lits halte-soins santé (LHSS)

Créés en 1993 à titre expérimental, les LHSS « accueillent des personnes majeures 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 rue⁸⁸ ». Ils ont pour mission de :

- proposer et dispenser aux personnes accueillies les soins médicaux et paramédicaux adaptés qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient ;
- participer à leur éducation à la santé et à leur éducation thérapeutique ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir leurs droits ;
- élaborer avec elles un projet de sortie individuel du LHSS.

Ils peuvent également accompagner des personnes sans domicile fixe non hébergées dans la structure (LHSS mobiles), quelle que soit leur situation administrative. Ils proposent alors des soins médicaux et paramédicaux adaptés et un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes⁸⁹.

4.2.2. Les lits d'accueil médicalisés (LAM)

Créés en 2009 à titre expérimental pour prendre en charge les personnes présentes dans les LHSS et présentant uniquement des pathologies de longue durée, les LAM 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, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incompatibles avec la vie à la rue, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures⁹⁰ ». Ils ont pour mission de :

- proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- participer à leur éducation à la santé et à leur éducation thérapeutique ;
- apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- élaborer avec la personne un projet de vie et le mettre en œuvre.

4.2.3. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Créés pour offrir des solutions aux personnes atteintes du sida en situation de précarité, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur confère un statut d'établissement médico-social. Ils s'ouvrent à l'accueil de personnes atteintes d'autres pathologies. Ils proposent des hébergements individuels ou collectifs situés à proximité des lieux de soins et permettant un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé. Ils hébergent des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, quelle que soit leur situation administrative, et ont pour mission de :

- assurer le suivi et la coordination des soins ;
- garantir l'observance des traitements ;
- permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

⁸⁸ Article D. 312-176-1 I du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁸⁹ Article D. 312-176-1 I du CASF.

⁹⁰ Article D. 312-176-3 I du CASF.

Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement⁹¹ (ACT à domicile).

4.2.4. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « un chez-soi d'abord »

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « un chez-soi d'abord » ont été créés à la suite de l'expérimentation entre 2011 et 2016 dans quatre villes françaises du dispositif « un chez-soi d'abord », évalué au travers d'un protocole expérimental dont les résultats ont été présentés plus haut (voir section 8.2.3.1) ; ce programme a obtenu le statut d'établissement médico-social et s'est vu conférer le statut d'ACT par le décret 2016-1940 du 28/12/2016. Ces ACT s'adressent aux personnes « durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères⁹² » et leur proposent un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire au domicile.

L'ACT a alors pour objet 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 ;
- développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale (182).

4.3. Les équipes mobiles

4.3.1. Les équipes spécialisées en soins infirmiers « précarité » (ESSIP)

Créées par le Ségur de la santé, ces équipes remplacent et développent les ex-SSIAD précarité⁹³. Il s'agit d'apporter des soins infirmiers aux personnes vivant en structures d'hébergement, dans des lieux de vie alternatifs ou sur des campements (5).

4.3.2. Les équipes mobiles « santé précarité » (EMSP)

Créées par le Ségur de la santé, ces équipes, composées de professionnels sanitaires et sociaux (médecin ou infirmier, travailleur social, médiateur en santé, interprète...) ont pour mission d'aller à la rencontre des personnes pour les repérer, les orienter et les accompagner vers le soin. Elles doivent également assurer l'articulation avec les acteurs de la santé, du médico-social, de l'hébergement et de la veille sociale, sans que ces articulations ne soient clairement définies (5)⁹⁴.

5. Les dispositifs sociaux

5.1. La veille sociale et les dispositifs de premier accueil

⁹¹ Article D. 312-154 du CASF.

⁹² Article D. 312-154-1 du CASF.

⁹³ Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques ; article D. 312-176-4-26 du Code de l'action sociale et des familles [Paragraphe 13 : Structures dénommées « Équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques » \(article D. 312-176-4-26\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁹⁴ Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques ; article D. 312-176-4-26 du Code de l'action sociale et des familles [Paragraphe 13 : Structures dénommées « Équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques » \(article D. 312-176-4-26\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Dans chaque département est mis en place un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans-abris ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état. Le dispositif de veille sociale comprend un service d'appel téléphonique, « 115 », géré par le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), et suivant les besoins identifiés par le préfet, un ou des accueils de jour, une ou des équipes mobiles chargées d'aller au contact des personnes sans-abris, un ou des services d'accueil et d'orientation. Le SIAO assure la coordination des services de la veille sociale⁹⁵.

5.1.1. Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)

Ils ont pour mission de :

- recenser dans chaque département toutes les places d'hébergement, les places en résidence sociale et les logements et organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative ;
- gérer le service 115, numéro d'urgence à destination des personnes sans domicile ;
- veiller à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale et psychologique des personnes ;
- traiter équitablement les demandes et faire des propositions d'orientation adaptées ;
- suivre le parcours des personnes ;
- contribuer à l'identification des personnes en attente de logement, avec ou sans accompagnement ;
- assurer la coordination du dispositif de veille sociale et la coordination des acteurs ;
- participer à l'observation sociale et produire des données d'activité, de suivi et de pilotage du dispositif d'accompagnement et d'orientation vers le logement ;
- assurer l'orientation des personnes ou familles sans domicile ou en difficulté pour accéder par leurs propres moyens à un logement décent et indépendant, en raison de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, vers les services d'hébergement ou de logement adaptés à leur situation⁹⁶.

5.1.2. Les dispositifs de maraude ou Samu sociaux

Ce sont des équipes mobiles, composées de professionnels ou de bénévoles qui vont à la rencontre des personnes à la rue pour apporter une écoute, une aide de premier secours et permettre d'amorcer un parcours d'insertion. Le référentiel de missions et d'évaluation des maraudes et Samu sociaux précise leurs missions :

- aller vers, à la rencontre des personnes en situation de rue ;
- créer un lien de confiance individualisé avec les personnes ;
- évaluer l'urgence des situations ;
- soutenir l'émergence de la demande ;
- accompagner les personnes, physiquement et sur le long terme ;
- orienter en partenariat avec les acteurs de la veille sociale et des secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- alerter sur des risques de santé publique, ou des situations critiques ;
- restituer son activité, en interne, auprès des partenaires et des personnes concernées ;

⁹⁵ Art. L. 345-2 et art. D. 345-8 du Code de l'action sociale et des familles.

⁹⁶ Art. L. 345-2-4 du CASF.

- participer à l'observation sociale ;
- sensibiliser les partenaires, les citoyens, les élus sur la situation des personnes sans domicile.

Ces missions sont interdépendantes (230).

5.1.3. Les accueils de jour

Ce sont des lieux ouverts qui permettent aux personnes en situation de rue d'avoir accès à des prestations répondant aux besoins de première nécessité : alimentation, hygiène, bagagerie, domiciliation... Ce sont des lieux de sociabilisation, d'échange, de repos et d'accompagnement (231).

5.1.4. Les services d'accueil et d'orientation

Ce sont des lieux physiques d'accueil qui reçoivent toute personne en situation de précarité et d'exclusion pour évaluer les besoins et identifier avec elle la nature des réponses à apporter. Ils proposent un accompagnement et une orientation vers des lieux de soins, d'hébergement, d'accès aux droits, etc. (231).

5.1.5. Les structures de premier accueil des demandeurs d'asile

Elles ont pour missions de suivre les demandeurs d'asile de leur arrivée en France à leur hébergement en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) ou à la fin de leur procédure de demande d'asile dans le cadre du référentiel des prestations de premier accueil des demandeurs d'asile de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Elles assurent le pré-accueil des demandeurs d'asile avant leur enregistrement auprès du guichet unique des demandeurs d'asile (GUDA). Elles proposent un accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile non hébergés. Elles domicilent les demandeurs d'asile ne disposant pas d'un hébergement stable, les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux droits, les informent dans leurs démarches de demande d'asile et gèrent la sortie du dispositif. Elles accompagnent les bénéficiaires d'une protection internationale dans l'ensemble de leurs démarches d'insertion (ouverture de droits, insertion professionnelle et accès au logement...).

5.2. Les dispositifs d'hébergement

5.2.1. L'hébergement généraliste

Les dispositifs d'hébergement proposent de l'hébergement d'urgence, de l'hébergement de stabilisation et de l'hébergement d'insertion. Cet hébergement doit être temporaire et permettre aux personnes accueillies d'élaborer et de mettre en œuvre un projet. Dès lors qu'ils bénéficient d'un financement de l'État, les dispositifs d'hébergement mettent à disposition du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) leurs places d'hébergement et l'informent des places vacantes. Ils mettent en œuvre les propositions d'orientation du SIAO. Ils peuvent néanmoins, sous réserve d'informer le SIAO, accueillir en urgence les personnes en situation de détresse⁹⁷.

5.2.2. Les dispositifs d'hébergement d'urgence

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence au sein duquel elle doit pouvoir bénéficier d'un

⁹⁷ Art. L. 345-2-7 du CASF.

accompagnement personnalisé et y demeurer jusqu'à ce qu'une orientation adaptée à sa situation lui soit proposée⁹⁸. »

L'hébergement d'urgence doit apporter des solutions immédiates pour des personnes sans solution. Cependant, la saturation du parc hébergement/logement ne permet ni des transitions rapides vers des solutions adaptées, ni une réponse à l'ensemble des demandes. L'hébergement d'urgence peut avoir lieu dans des centres d'hébergement d'urgence, dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ayant des places d'urgence, dans des chambres conventionnées à l'allocation temporaire logement, dans des hôtels sociaux (231), etc.

5.2.3. L'hébergement de stabilisation

Instauré par le plan d'action renforcé pour les personnes sans abri (PARSA), ce dispositif est un dispositif permettant l'accueil inconditionnel. Conçu pour des personnes fortement désocialisées, à la rue depuis plusieurs années et en rupture avec les dispositifs d'hébergement, ce dispositif doit permettre aux personnes de se poser. Un accompagnement social gradué et adapté est proposé pour leur permettre de faire émerger un projet. L'accompagnement s'adapte aux besoins et à la temporalité des personnes (231).

5.2.4. L'hébergement d'insertion

Ce sont en général des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), avec un statut d'établissement social et médico-social (ESSMS), même si les CHRS peuvent proposer des places d'urgence ou de stabilisation. Ils ont pour mission de faire accéder à l'autonomie sociale les personnes qu'ils accompagnent. Ils proposent un hébergement, un soutien et un accompagnement, une aide à l'insertion professionnelle et sociale des personnes ou familles en situation de détresse⁹⁹.

5.3. L'hébergement des demandeurs d'asile et des personnes bénéficiaires d'une protection internationale

5.3.1. Les hébergements d'urgence pour les demandeurs d'asile

Ce sont des places d'hébergement destinées à accueillir :

- les personnes en demande d'asile (y compris les personnes en procédure prioritaire) ;
- les personnes faisant l'objet d'une procédure Dublin en attente de leur transfert.

Leurs missions sont :

- l'accueil, l'hébergement et la domiciliation des demandeurs d'asile ;
- l'accompagnement administratif, juridique, sanitaire et social.

5.3.2. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)

Ce sont des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) spécialisés dans l'accueil des demandeurs d'asile, pendant l'instruction de la demande.

Leurs missions sont :

- l'accueil, l'hébergement et la domiciliation des demandeurs d'asile ;
- l'accompagnement administratif, juridique, sanitaire et social.

⁹⁸ Art. L. 345-2-2 et L. 345-2-3 du CASF.

⁹⁹ Art. L. 312-1 du CASF.

La durée d'hébergement (hébergement d'urgence et CADA) est limitée à la durée de la procédure de demande d'asile. Les lieux d'hébergement ont donc également une mission de préparation de la sortie du dispositif. Les personnes bénéficiant d'une protection internationale peuvent être maintenues pour une durée de trois mois renouvelable une fois et être accompagnées dans leur insertion sociale et professionnelle. Les personnes déboutées de leur demande d'asile peuvent être maintenues pour une durée d'un mois. Pour les personnes en procédure Dublin, l'hébergement prend fin au moment du transfert effectif vers le pays responsable de la demande d'asile¹⁰⁰.

5.3.3. Les centres provisoires d'hébergement (CPH)

Ce sont des CHRS spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement de personnes bénéficiant d'une protection internationale (bénéficiaires du statut de réfugié ou apatrides et bénéficiaires de la protection subsidiaire). Le CPH propose une aide et un accompagnement visant à faciliter la première insertion socio-professionnelle en France (231).

5.4. Les dispositifs de logement accompagné

L'ensemble de ces dispositifs, lorsqu'ils bénéficient d'un financement de l'État, informent les SIAO des logements vacants ou susceptibles de l'être et examinent les candidatures proposées par celui-ci¹⁰¹.

5.4.1. Les résidences sociales, dont les maisons relais ou pensions de famille

Les résidences sociales sont une solution intermédiaire entre l'hébergement et le logement classique. Elles proposent un logement meublé à des personnes éprouvant des difficultés dans l'accès au logement, des personnes ayant de faibles ressources et des personnes ayant besoin d'un lien social.

5.4.2. dont les foyers de jeunes travailleurs

Les foyers de jeunes travailleurs sont des résidences sociales qui accueillent des jeunes de 16 à 30 ans ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement pour des raisons économiques ou sociales et qui peuvent nécessiter un accompagnement social. Ils ont également un statut d'établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) et proposent un accompagnement global et collectif appuyé sur une équipe qualifiée pour accompagner les jeunes vers un accès au logement et à l'autonomie.

5.4.3. dont les maisons relais, pensions de famille

Les maisons relais ou pensions de famille, forme particulière de résidence sociale, constituent une forme de logement autonome et adapté. Elles proposent un habitat durable aux personnes en situation de grande exclusion présentant des problématiques sociales, dont des problématiques addictives et psychiques pour lesquelles l'accès ou le maintien en logement ordinaire est complexe. Ce sont des structures de petites tailles proposant des logements privatifs, meublés et des espaces collectifs. La présence d'hôtes permet un soutien des résidents dans leurs démarches et l'organisation d'activités collectives.

➔ **Les résidences accueil**¹⁰² évoquées section 8.2.3.2 font partie de la catégorie des résidences sociales, elles sont une forme particulière de maisons relais.

¹⁰⁰ Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile.

¹⁰¹ Art. L. 345-2-8 du CASF.

¹⁰² Note d'information n° 2006-523 DGAS/PIA/PHAN du 16 novembre 2006, <http://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/note-d-information-no-dgas-pia-phan-2006-523-du-16-a1384.html>

5.4.4. Les dispositifs d'intermédiation locative

Ces dispositifs ont pour objectif l'accès et le maintien dans un logement autonome de droit commun public ou privé des personnes en situation de précarité. Ces dispositifs sont portés par des associations ou organismes agréés qui jouent un rôle de tiers dans la relation avec le bailleur. L'intermédiation locative permet la mobilisation de logements, propose une gestion locative adaptée et un accompagnement social. Elle peut proposer des logements en sous-location (avec ou sans bail glissant) ou exercer des mandats de gestion pour louer directement aux personnes concernées (231).

6. Les dispositifs d'entraide, de soutien entre pairs et de développement de la participation des usagers

6.1. Les groupes d'auto-soutien en santé mentale

Les groupes d'auto-soutien existent dans le champ de la santé mentale, de l'addictologie, de la grande précarité. Ils ont pour objectifs communs de permettre à leurs membres de rompre avec l'isolement et la solitude, de soutenir l'*empowerment* et d'améliorer l'estime de soi. Ils permettent également, via l'échange entre pairs, de mieux appréhender sa ou ses vulnérabilités (troubles psychiques, addiction, grande précarité...) et sa compréhension de son parcours de vie.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont les dispositifs d'auto-soutien les plus développés pour les personnes en situation de handicap psychique. Introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées, les GEM sont constitués par et pour des personnes présentant des troubles psychiques, des traumatismes crâniens ou autres lésions cérébrales acquises ou des troubles du spectre de l'autisme ou autres troubles du neurodéveloppement. Dans la pratique, près des trois quarts des GEM sont fréquentés par des personnes en situation de handicap psychique. Ce sont des structures associatives, qui reposent sur la philosophie du soutien par les pairs et de l'*empowerment*. Lieux ouverts et implantés dans la cité, ils sont des outils d'insertion, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale pour des personnes en situation de grande vulnérabilité. Ils reposent également sur le principe de l'auto-gestion, les membres du GEM décidant des activités de celui-ci. Les GEM proposent des lieux d'accueil ouverts, des temps de partage et des échanges. Ils mettent en place des animations à destination de leurs membres. Le plus souvent, un ou des animateurs salariés soutiennent l'organisation des activités du GEM (232).

Parmi les groupes d'auto-soutien pour les usagers de la psychiatrie, nous pouvons également citer le réseau des « entendeurs de voix » qui a pour objectif de promouvoir une approche des voix et des autres vécus inhabituels respectueuse des personnes et de leur expertise. D'autres groupes existent, ils ne peuvent être tous cités dans le cadre de cet argumentaire.

6.2. Les instances de participation des personnes en situation de grande précarité

Concernant la participation des personnes en situation de précarité, des instances de concertation ont été développées en 2010 : le Conseil national des personnes accueillies ou accompagnées (CNPA) et ses déclinaisons régionales, les conseils régionaux des personnes accueillies ou accompagnées (CRPA). Intégrées depuis 2016 dans le Code de l'action sociale et des familles, ces instances de concertation sont « des lieux d'échange, de réflexion, de construction collective et d'alerte des pouvoirs

publics pour les personnes accueillies ou accompagnées, ou l'ayant été dans les structures d'hébergement, les pensions de famille ou les résidences sociales et pour les intervenants sociaux¹⁰³ ».

Leur mission principale est de permettre l'expression des personnes sur les sujets relatifs à la définition, au suivi et à l'évaluation du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'accompagnement global et d'insertion. L'animation du Conseil national des personnes accueillies ou accompagnées (CNPA) est soutenue par l'Armée du salut et les animations régionales par l'Armée du salut, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) ou les URIOPSS en fonction des régions.

7. Les autres dispositifs

7.1. L'intégration du soin psychique dans les centres d'hébergement

La mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit le renforcement de l'accompagnement en santé mentale des publics en situation de grande précarité par le recrutement sur trois ans de 500 professionnels, en priorité des psychologues et des infirmiers en pratique avancée, mention santé mentale et leur déploiement dans les centres d'hébergement. L'instruction ministérielle n° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1^{er} avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil¹⁰⁴ prévoit les modalités de mise en œuvre.

Voir section 8.3.1.2

7.2. Les dispositifs d'insertion professionnelle

Les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier des dispositifs de l'insertion par l'activité économique, ainsi que les dispositifs d'insertion des personnes en situation de handicap, lorsqu'elles bénéficient d'une reconnaissance travailleur handicapé.

7.3. Le réseau France service

Ce réseau a pour objectif de mettre en place des guichets uniques d'accès aux administrations en maillant le territoire pour proposer un guichet à moins de 30 minutes maximum de tout point du territoire. L'objectif est de proposer une offre de services au public, en particulier dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la ville. Ces guichets uniques proposent au minimum un accès aux services administratifs suivants :

- direction générale des Finances publiques ;
- ministère de l'Intérieur ;
- ministère de la Justice ;
- la Poste ;
- la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ;
- la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- l'assurance retraite ;

¹⁰³ Art. L. 115-2-1 et D. 115-7 à D. 115-12 du CASF.

¹⁰⁴ <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf>, p. 221 à 227.

- la Mutualité sociale agricole (MSA).

L'offre de services peut être étendue sur certains territoires en fonction des partenariats développés.

Des professionnels formés sont présents pour accompagner les personnes dans leurs démarches (information, accompagnement au numérique, aide aux démarches en ligne, conseils pour la résolution des cas complexes).

Le réseau France service peut également développer des bus mobiles pour aller vers les populations.

7.4 Les règles sur le partage d'informations entre professionnels

Les articles L. 1110-4 et suivants du Code de la santé publique prévoient la possibilité pour un professionnel d'échanger ou de partager, sous certaines conditions, des informations médicales relatives à un patient avec d'autres professionnels¹⁰⁵.

Des prérequis

Le patient doit être informé de l'échange ou du partage et peut exercer à tout moment son droit d'opposition à cette transmission (article L. 1110-4 IV du CSP¹⁰⁶).

Cet échange ou ce partage doit porter sur les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social.

Cet échange ou ce partage doit respecter le périmètre des missions des professionnels concernés.

Trois situations :

1. L'échange d'informations par un professionnel avec un ou plusieurs professionnels identifiés (article L. 1110-4 II du CSP)

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Le professionnel doit informer le patient (article R. 1110-3 du CSP) de la nature des informations échangées et de l'identité du destinataire.

Le consentement de la personne à l'échange d'informations le concernant est présumé.

¹⁰⁵ Les professionnels concernés par ces dispositions sont les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du CSP (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires) et les professionnels relevant des catégories suivantes : assistants de service social, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux, assistants maternels et assistants familiaux, éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie, les particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales, les non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention, les non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du CASF pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie, les non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie ou y contribuant en vertu d'une convention.

¹⁰⁶ Le professionnel ou la personne participant à la prise en charge d'un patient peut être dispensé de l'obligation d'information préalable du patient lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté (urgence, impossibilité d'informer la personne...). La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage d'informations qui a été réalisé.

2. Le partage d'informations entre professionnels appartenant à la même équipe de soins (article L. 1110-4 III alinéa 1 du CSP)

L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de la perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes (article L. 1110-12 du CSP), lorsqu'ils exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du CASF ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret, ou qu'ils se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; ou qu'ils exercent dans un ensemble comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé.

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient par des professionnels appartenant à une même équipe de soins, les informations médicales du patient sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

3. Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (article L. 1110-4 III alinéa 2 du CSP)

Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins requiert le consentement préalable de la personne.

Ce consentement peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Annexe 2. Méthode de travail

L'élaboration de cette recommandation a été copilotée par la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) et par la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM).

Elle s'est appuyée sur les méthodes d'élaboration des recommandations de chacune de ces directions :

- recommandation pour la pratique clinique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf
- recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/guide_rbpp_sms_2021-01-07_10-47-37_949.pdf

L'élaboration de cette recommandation a reposé sur :

- une enquête de pratiques réalisée par des entretiens et visites sur site ;
- la participation de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, et de personnes concernées disposant d'une expertise sur le thème de la recommandation au sein d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture ;
- l'analyse de la littérature internationale et française.

Définition des enjeux du sujet

Les enjeux du sujet ont été définis lors de l'élaboration de la note de cadrage via la sollicitation des parties prenantes au sujet et de personnes identifiées comme expertes (la liste des personnes et organismes sollicités pour l'élaboration de cette recommandation est disponible en fin de document).

Élaboration des recommandations

Coordination du projet

Cette recommandation est transversale aux secteurs sanitaire, médico-social et social. Elle a été conduite sous la responsabilité de deux cheffes de projet de la HAS, Mme Anne Depaigne-Loth, cheffe de projet rattachée au service des bonnes pratiques de la DAQSS, et Mme Florence Ligier, cheffe de projet rattachée au service recommandations de la DiQASM.

Les cheffes de projet ont veillé au respect des méthodes et à la qualité de la synthèse des données de la littérature, assuré la coordination et organisé la logistique du projet du cadrage à la diffusion des recommandations. En particulier, les cheffes de projet ont veillé à la conformité des groupes et à la diversité et à l'équilibre entre les participants mettant en œuvre les recommandations.

Les cheffes de projet se sont appuyées sur une équipe projet composée :

- du Dr Aurélie Tinland, psychiatre chargée de projet pour l'analyse de la littérature et la rédaction de l'argumentaire ;
- de deux présidents de groupe de travail, Dr Alain Mercuel, psychiatre représentant le champ sanitaire, et M. Pascal Isoard-Thomas, directeur d'association représentant le champ social. Les présidents étaient garants de l'animation des débats et de la prise en compte des diversités des points de vue pour l'élaboration d'un consensus ;
- de Mme Sophie Nevière, documentaliste, et Mme Laurence Frigère, assistante documentaliste.

Mme Marjolaine Barbiot, Mme Floriane Gasto et Mme Clara Proust, cheffes de projet du service juridique, et M. Simon Renier et Mme Ysé Roch, chefs de projet de la mission « numérique en santé » (MNS) de la HAS, ont apporté leur contribution.

Le secrétariat du projet a été assuré par Mme Michèle Le-Moigne avec l'appui de Mme Samantha Tan.

Le groupe de travail

Constitution du groupe de travail

Le groupe de travail a été constitué via la sollicitation d'organisations représentatives des professionnels et usagers (sociétés savantes, conseils nationaux professionnels (CNP), comité de concertation dans le champ du social et du médico-social de la HAS, etc.). Sa composition est définie dans la note de cadrage.

Rôle du groupe de travail

Le groupe de travail a élaboré les recommandations. Notamment, il a :

- examiné et affiné les questions du cadrage ;
- examiné et complété les données et validé l'argumentaire ;
- élaboré une première version des recommandations pour envoi en relecture.

La première version des recommandations a été élaborée au cours de six réunions de travail et adressée, conformément à la méthode recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social, à un groupe de lecture et aux principales parties prenantes au sujet.

Le groupe de travail a ensuite examiné distinctement les retours des relecteurs et ceux des parties prenantes et élaboré une version finale des recommandations au cours de deux réunions de travail.

Le groupe de travail a souhaité l'élaboration de huit fiches outils en complément de la recommandation.

Le groupe de lecture

Composition du groupe de lecture

La composition du groupe de lecture était similaire à celle du groupe de travail, assurant une représentativité de l'ensemble des personnes impliquées dans l'accompagnement du public cible de la recommandation.

Rôle du groupe de lecture

Le groupe de lecture a été sollicité pour donner un avis sur chaque recommandation via une cotation et la possibilité de commentaires. Les retours des relecteurs ont été transmis en intégralité au groupe de travail et ont fait l'objet d'échanges permettant l'élaboration du texte des recommandations présenté en validation. Ils sont consultables sur le site de la HAS.

Sollicitation des parties prenantes

Les parties prenantes ont été sollicitées lors du cadrage pour la définition des enjeux du sujet. Elles ont été sollicitées pour donner un avis sur la première version des recommandations via un questionnaire permettant de noter les recommandations et de proposer un commentaire. Les retours des parties prenantes ont été transmis en intégralité au groupe de travail. Ils sont consultables sur le site de la HAS.

Rédaction de rapport d'élaboration

Le rapport d'élaboration s'appuie sur une recherche documentaire, une analyse bibliographique et un recueil de pratiques décrits en section 2 et les avis du groupe de travail.

Transparence et indépendance

Le rapport d'élaboration retrace l'analyse de la littérature et l'essentiel des débats et décisions prises par les membres du groupe de travail.

Les avis du groupe de lecture et des parties prenantes sont publiés.

L'indépendance d'élaboration des recommandations est garantie par le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, et l'indépendance du groupe de travail, via la déclaration et la publication des liens d'intérêts des experts.

Examen et validation par les instances de la HAS

- 2 octobre 2023 : examen en Commission en charge du social et du médico-social (CSMS) ;
- 24 octobre 2023 : examen en Commission Recommandations, Pertinence, Parcours et Indicateurs (CRPPI) ;
- 8 novembre 2023 : examen en Collège d'Orientation et d'Information (COI) ;
- Du 13 au 21 novembre 2023 : validation par la Commission en charge du social et du médico-social (CSMS) ;
- 30 novembre 2023 : validation par le Collège de la Haute Autorité de santé.

Annexe 3. Recherche documentaire

Recherche bibliographique

Recherche préliminaire

La recherche a porté sur les publications en langue anglaise sur la période de 2016 à 2021 ou en langue française sans limites temporelles.

Les bases de données et plateformes suivantes ont été consultées :

APA PsycInfo

Medline

Embase

EmCare

Cochrane Library

SantéPsy

Cairn

Erudit

HAL

Google Scholar

Cette recherche préliminaire a été complétée par une veille sur les thématiques définies pendant la durée du projet.

Recherche systématique ciblée

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques a été construite en utilisant des termes présents dans le titre ou le résumé, combinés avec des descripteurs issus des thésaurus. Le tableau ci-dessous indique la stratégie exécutée dans les bases APA PsycInfo, Medline, Embase et EmCare.

Deux mises à jour de la recherche initiale ont été réalisées en mars 2022, puis en juillet 2022.

Stratégie de recherche dans les bases de données PsycInfo, Medline, Embase et EmCare (Proquest)			
Type d'étude/Sujet	Termes utilisés	Période	
Étape 1	SU.EXACT("Homeless Mentally Ill") OR SU.EXACT("Homeless") OR SU.EXACT("Shelters") OR MESH.EXACT("Homeless Persons") OR MESH.EXACT("Homeless Youth")OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("homeless person") OR TI("homeless*") OR (TI("shelter*") AND TI,AB("homeless*"))	01/2011-10/2021	
AND			
Étape 2	SU.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatry") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Mental Disorders") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Psychiatry") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("mental disease") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("psychiatry") OR TI("psychiatr*") OR TI("mental*" N/2 "ill*") OR TI("mental*" N/2 "disease*") OR TI("mental*" N/2 "disorder*") OR		

	SU.EXACT.EXPLODE("Substance Use Disorder") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Substance-Related Disorders") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("addiction") OR TI("substance use*")		
AND			
Étape 3	TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR EMB.EXACT(consensus development) OR EMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline) OR SU.EXACT(Treatment guidelines) OR SU.EXACT("Best Practices")		5
Étape 1 AND Étape 2 AND			
Étape 4	TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-analysis) OR PUB(cochrane database syst rev) OR SU.EXACT("Systematic Review") OR ME("systematic review") OR ME("meta analysis")		44
Étape 1 AND Étape 2 AND			
Étape 5	TI,AB(random*) OR MESH.EXACT(Controlled Clinical Trials as topic) OR MESH.EXACT(cross-over studies) OR MESH.EXACT(double-blind method) OR MESH.EXACT(random allocation) OR MESH.EXACT(randomized controlled trials as topic) OR MESH.EXACT(single-blind method) OR EMB.EXACT(controlled clinical trial) OR EMB.EXACT(crossover procedure) OR EMB.EXACT(double blind procedure) OR EMB.EXACT(multicenter study) OR EMB.EXACT(randomization) OR EMB.EXACT(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(single blind procedure) OR DTYPE(Controlled Clinical Trial) OR DTYPE(multicenter study) OR DTYPE(randomized controlled trial) OR SU.EXACT.EXPLODE("Randomized Controlled Trials") OR SU.EXACT("Random Sampling")		175
Étape 1 AND Étape 2 AND			
Étape 6	TI(clinical PRE/0 trial*) OR TI(comparative PRE/0 stud*) OR TI(versus) OR MESH.EXACT(Clinical Trial) OR EMB.EXACT(Clinical Trial) OR EMB.EXACT(comparative study) OR DTYPE(comparative study) OR SU.EXACT("Clinical Trials")		55

Étape 1 AND Étape 2 AND			
Étape 7	TI(case PRE/0 control PRE/0 stud*) OR TI(cohort*) OR TI(follow PRE/0 up PRE/0 stud*) OR TI(longitudinal PRE/0 stud*) OR TI(prospective PRE/0 stud*) OR TI(retrospective PRE/0 stud*) OR MESH.EXACT(case-control studies) OR MESH.EXACT(cohort studies) OR MESH.EXACT(Cross-Sectional Studies) OR MESH.EXACT(Epidemiologic Studies) OR MESH.EXACT(Follow-Up Studies) OR MESH.EXACT(longitudinal studies) OR MESH.EXACT(prospective studies) OR MESH.EXACT(retrospective studies) OR EMB.EXACT(cohort analysis) OR EMB.EXACT(Cross-Sectional Study) OR EMB.EXACT(follow up) OR EMB.EXACT(longitudinal study) OR EMB.EXACT(prospective study) OR EMB.EXACT(retrospective study) OR EMB.EXACT(EXPLODE(case-control study) OR MESH.EXACT("Observational Study") OR EMB.EXACT("observational study") OR SU.EXACT("Cohort Analysis") OR SU.EXACT("Longitudinal Studies") OR SU.EXACT("Followup Studies") OR SU.EXACT("Prospective Studies") OR SU.EXACT("Retrospective Studies")		250
Étape 1 AND Étape 2 AND			
Étape 8	TI(review) OR EMB.EXACT(review) OR DTYPE(review) OR SU.EXACT("Literature Review")		53

Liste des sites internet consultés :

ARS Île-de-France	www.iledefrance.ars.sante.fr
ARS Occitanie	www.occitanie.ars.sante.fr
ARS Val de Loire	www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr
Ascodocpsy	https://www.ascodocpsy.org/
Bruss'Help	brusshelp.org
Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)	cdn.paris.fr
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)	cremis.ca
<i>Centre for Homelessness Impact</i>	www.homelessnessimpact.org
Centre Primo Levi	primolevi.org
<i>Chicago Coalition for the Homeless</i>	https://s6624.pcdn.co/

Comité pour la santé des exilé.e.s (Comede)	www.comede.org
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)	www.cnle.gouv.fr
Cour des comptes	www.ccomptes.fr
<i>Crisis</i>	www.crisis.org.uk
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques L'expertise statistique publique en santé et social (DREES)	drees.solidarites-sante.gouv.fr
Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL)	https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/
Emmaüs	emmaus-connect.org
<i>European Asylum Support Office</i>	euaa.europa.eu
<i>European Observatory on Homelessness</i>	www.feantsaresearch.org
Fédération des acteurs de la solidarité (FNARS)	www.federationsolidarite.org
Fédération européenne des organisations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA)	www.feantsa.org
Fédération nationale des Samu sociaux	www.samusocial-federation.org
Fondation Abbé Pierre	www.fondation-abbe-pierre.fr
France Stratégie	www.strategie.gouv.fr
Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO)	gepsa.fr
Haute Autorité de santé (HAS)	www.has-sante.fr
<i>Homeless Hub</i>	www.homelesshub.ca
<i>Homeless Link</i>	homeless.org.uk
<i>Homeless Network Scotland</i>	homelessnetwork.scot
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	www.igas.gouv.fr
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	www.inserm.fr
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)	www.insee.fr
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	www.inesss.qc.ca
<i>Institute of Global Homelessness</i>	https://ighomelessness.org
La Fabrique numérique des ministères sociaux	www.fabrique.social.gouv.fr
Le Vinatier Orspere-Samdarra	www.ch-le-vinatier.fr

Médecins du monde	www.medecinsdumonde.org
Ministère des Solidarités et de la Santé	solidarites-sante.gouv.fr
Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social (MARSS)	www.marssmarseille.eu
<i>National Alliance To End Homelessness</i>	endhomelessness.org/
<i>National Healthcare for the Homeless Council</i>	nhchc.org
<i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</i>	www.nice.org.uk
Organisation mondiale de la santé (OMS)	www.who.int
<i>Pathway</i>	www.pathway.org.uk
<i>Publications Office of the European Union</i>	op.europa.eu
Samu social Brussels	samusocial.be
Samu social de Paris	www.samusocial.paris
Santé publique France (SPF)	www.santepubliquefrance.fr
<i>Shelter</i>	england.shelter.org.uk
<i>Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services</i>	www.sbu.se/en/
<i>UK Collaborative Center For Housing Evidence</i>	www.eventbrite.co.uk

Références bibliographiques

1. Synthèse du bilan de la feuille de route. État d'avancement [Dossier de presse]. Paris: Ministère de la santé et la prévention; 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf
2. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
3. Premier ministre. Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022. Paris: Ministère de la cohésion des territoires; 2017.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_lda_4p_vf.pdf
4. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous. Dossier de presse. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
5. Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé. Les conclusions. Dossier de presse juillet 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
6. National Institute for Health and Care Excellence. Integrated health and social care for people experiencing homelessness. Evidence review C. London : NICE; 2022.
7. Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. ETHOS 2007. Typologie européenne de l'exclusion liée au logement. Bruxelles: FEANTSA; 2007.
https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf
8. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, *et al.* Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(6):528-41.
<http://dx.doi.org/10.1177/0020764020924689>
9. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2021;18(8):e1003750.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
10. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):370.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2361-7>
11. Ayano G, Shumet S, Tesfaw G, Tsegay L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. *BMC Public Health* 2020;20(1):731.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08819-x>
12. Ayano G, Belete A, Duko B, Tsegay L, Dachew BA. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people. *BMJ Open* 2021;11(2):e040061.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040061>
13. Maestrelli LG, Sousa Martins Silva A, de Azevedo-Markes Périco C, Torales J, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM. Homelessness and depressive symptoms: A systematic review. *J Nerv Ment Dis* 2022;210(5):380-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000001453>
14. Ayano G, Solomon M, Tsegay L, Yohannes K, Abraha M. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among Homeless People. *Psychiatr Q* 2020;91(4):949-63.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11126-020-09746-1>
15. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal ideation and attempt among homeless people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Q* 2019;90(4):829-42.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11126-019-09667-8>
16. Lougheed DC, Farrell S. The challenge of a "triple diagnosis": Identifying and serving homeless Canadian adults with a dual diagnosis. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2013;10(3):230-5.
<http://dx.doi.org/10.1111/jppi.12041>
17. Damon J. Sans domicile fixe (SDF) et sans-abri. Qui sont-ils ? Combien sont-ils ? *Population & Avenir* 2021;(751):17-9.
<http://dx.doi.org/10.3917/popav.751.0017>
18. Institut national de la statistique et des études économiques, Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Paris: INSEE; 2014.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>
19. Institut national de la statistique et des études économiques, Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, *et al.* L'hébergement des sans-domicile en 2012. *INSEE Première* 2013;(1455).
20. Bretherton J. Women's Experiences of Homelessness: A Longitudinal Study. *Soc Policy Soc* 2020;19(2):255-70.
<http://dx.doi.org/10.1017/s1474746419000423>
21. Fondation Abbé Pierre. L'État du mal-logement en France 2023. Rapport annuel. Paris: FAP; 2023.
https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-03/REML2023_WEB.pdf
22. Mordier B. Introduction de cadrage les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Économie et Statistique* 2016;(488-489):25-35.

23. Daguzan A, Farnarier C. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016. Personnes ayant eu accès à un lieu à bas seuil 'exigence. Premiers résultats. Marseille: Hôpital Européen; 2019. <https://www.bouches-du-rhone.gouv.fr/content/download/30744/179828/file/Acc%C3%A8s%20aux%20Soins%20des%20personnes%20Sans%20Abri%20-%202016.pdf>
24. Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement. Les personnes accueillies dans le dispositif hivernal en Île-de-France. Résultats de l'enquête 2019 « une nuit donnée » dans les structures de renfort hivernal. Nuit du 14 au 15 février 2019. Lettre des études 2019.
25. Cabannes P-Y, Emorine M. Hébergement d'urgence permanent : au cours des années 2010, davantage de familles et des séjours rallongés. Résultats des enquêtes auprès des établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS) 2008, 2012 et 2016. Etudes et résultats 2021;(1184):1-6.
26. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epidemiol Hebdo 2015;(36-37):662-70.
27. Moisy M. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 [Maj le 21/12/2020]. Etudes et résultats 2015;(933).
28. Observatoire du Samu social de Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Paris: OSSP ; INSERM; 2010. https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_Sementa_2010.pdf
29. Observatoire du Samusocial de Paris, Arnaud A, Caum C, de Watrigant T, Garcin E, Guyavarch E, *et al.* ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris: OSSP; 2014.
30. Roze M, Melchior M, Vuillermoz C, Rezzoug D, Baubert T, Vandentorren S. Post-Traumatic Stress Disorder in Homeless Migrant Mothers of the Paris Region Shelters. Int J Environ Res Public Health 2020;17(13). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17134908>
31. Prieur C, Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Wittwer J, Guillaume S. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. Questions d'Economie de la Santé 2022:1-8.
32. Lindert J. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009;(69):246-57.
33. World Health Organization. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Geneva: WHO; 2018. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf%3Fua%3D1
34. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France 2019. Paris: Médecins du Monde; 2020. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/225334/download?token=5GcVslZj>
35. Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidemiol Hebdo 2017;(17-20):405-14.
36. Santé publique France. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. La Santé en Action 2021;(455).
37. Lot F, Quelet S, Rey S, Hamers F, Verrier A. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [Dossier]. Bull Epidemiol Hebdo 2017;(19-20).
38. Tortelli A, Perquier F, Melchior M, Lair F, Encatassamy F, Masson C, *et al.* Mental Health and Service Use of Migrants in Contact with the Public Psychiatry System in Paris. Int J Environ Res Public Health 2020;17(24). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17249397>
39. World Health Organization. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Geneva: WHO; 2016. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees.-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>
40. European Asylum Support Office. Mental health of applicants for international protection in Europe. Initial mapping report. Luxembourg: EASO; 2020. <https://op.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/269c3557-f30c-11ea-991b-01aa75ed71a1>
41. Kaur H, Saad A, Magwood O, Alkhateeb Q, Mathew C, Khalaf G, *et al.* Understanding the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: a systematic review using GRADE-CERQual. CMAJ Open 2021;9(2):E681-E92. <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20200109>
42. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. Health Policy 2019;123(9):851-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
43. Gosselin A, Melchior M, Carillon S, Gubert F, Ridde V, Kohou V, *et al.* Deterioration of mental health and insufficient Covid-19 information among disadvantaged immigrants in the greater Paris area. J Psychosom Res 2021;146:110504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110504>
44. Cruzet L, Scarlett H, Colleville AC, Pourtau L, Melchior M, Ducarroz S. Impact of the COVID-19 pandemic on vulnerable groups, including homeless persons and migrants, in France: A qualitative study. Prev Med Rep 2022;26:101727. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101727>
45. Tweed EJ, Thomson RM, Lewer D, Sumpter C, Kirolos A, Southworth PM, *et al.* Health of people experiencing co-occurring homelessness, imprisonment, substance use, sex work and/or severe mental illness in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health 2021;75(10):1010-8. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-215975>

46. Moisy M. Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des "sans domicile" [Maj le 21/12/2020]. *Etudes et résultats* 2015;(932).
47. Edidin JP, Ganim Z, Hunter SJ, Karnik NS. The mental and physical health of homeless youth: a literature review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43(3):354-75.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10578-011-0270-1>
48. Hodgson KJ, Shelton KH, van den Bree MB, Los FJ. Psychopathology in young people experiencing homelessness: a systematic review. *Am J Public Health* 2013;103(6):e24-37.
<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2013.301318>
49. Grattan RE, Tryon VL, Lara N, Gabrielian SE, Melnikow J, Niendam TA. Risk and resilience factors for youth homelessness in western countries: A systematic review. *Psychiatr Serv* 2021;appips202000133.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.202000133>
50. Winiarski DA, Glover AC, Bounds DT, Karnik NS. Addressing Intersecting Social and Mental Health Needs Among Transition-Age Homeless Youths: A Review of the Literature. *Psychiatr Serv* 2021;72(3):317-24.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201900498>
51. Laporte A, Vandentorren S, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, *et al.* Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the greater Paris area, France. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(2).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15020241>
52. Duke A, Searby A. Mental ill health in homeless women: A review. *Issues Ment Health Nurs* 2019;40(7):605-12.
<http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2019.1565875>
53. Bassuk EL, Beardslee WR. Depression in homeless mothers: addressing an unrecognized public health issue. *Am J Orthopsychiatry* 2014;84(1):73-81.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0098949>
54. Alba D, Pelloux P, Molinier M, Pierre-Marie E, Moreau E. Les personnes en situation de rue à Paris la nuit du 30-31 janvier 2020. Analyse des données issues du décompte de la 3e édition de la nuit de la solidarité. Paris: APUR; 2020.
55. Vandentorren S, Le Mener E, Oppenheim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, *et al.* Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health* 2016;26(1):71-6.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv187>
56. Samu social de Paris. Enquête Flash maraudeurs 1 et 2 février 2017. Paris: SSP; 2017.
<https://www.samusocial.paris/sites/default/files/inline-files/Enqu%C3%AAtes%20Flash%20Maraudeurs%20-%201er%20et%202%20F%C3%A9vrier%202017.pdf>
57. Tinland A, Boyer L, Loubière S, Greacen T, Girard V, Boucekine M, *et al.* Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:2269-79.
<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S161377>
58. Tinland A, Zemmour K, Auquier P, Boucekine M, Girard V, Loubière 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>
59. Roy L, Crocker AG, Nicholls TL, Latimer EA, Ayllon AR. Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2014;65(6):739-50.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200515>
60. Fovet T, Lancelvée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. *Bull Acad Natl Med* 2022;206(3):301-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.011>
61. Allaria C, Boucekine M. L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate [En ligne]: *Champ Pénal*; 2019.
<https://journals.openedition.org/champpenal/11327>
62. Om P, Whitehead L, Vafeas C, Towell-Barnard A. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. *BMC Geriatr* 2022;22(1):363.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12877-022-02978-9>
63. Centre d'action sociale de la Ville de Paris. Les besoins des personnes précaires en souffrance psychique et leur prise en charge dans les pratiques du CASVP. Paris: CASVP; 2014.
<https://cdn.paris.fr/paris/2019/07/24/4ef59b9894bdc7d92a165e2196d2017d.pdf>
64. Tinland A, Chevrot A, Loubière S, Bonin-Guillaume S, Boucekine M, Girard V, *et al.* Characteristics and healthcare use of older homeless people living with schizophrenia or bipolar disorders 2023.
65. 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>
66. Adair CE, Streiner DL, Barnhart R, Kopp B, Veldhuizen S, Patterson M, *et al.* Outcome trajectories among homeless individuals with mental disorders in a multisite randomised controlled trial of housing first. *Can J Psychiatry* 2017;62(1):30-9.
<http://dx.doi.org/10.1177/0706743716645302>
67. Lezak MD. The problem of assessing executive functions. *Int J Psychol* 1982;17(1-4):281-97.
<http://dx.doi.org/10.1080/00207598208247445>
68. Rigney G, Leith J, Lennon M, Reeves A, Chrisinger B. The association of traumatic brain injury with neurologic and psychiatric illnesses among individuals experiencing homelessness: A systematic review and meta-analysis. *J Health Care Poor Underserved* 2022;33(2):685-701.
<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2022.0056>
69. Mercuel A. Souffrance psychique des sans-abri. *Vivre ou survivre*. Paris: Odile Jacob; 2012.
70. Quesemand Zucca S. Je vous salue ma rue : Clinique de la désocialisation. Paris: Stock; 2007.

71. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées* 2007;(11):24-33.
72. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY* 2011;156(7):29-34.
<http://dx.doi.org/10.3917/lcp.156.0029>
73. Furtos J. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan* 2015;98(2):55-9.
<http://dx.doi.org/10.3917/empan.098.0055>
74. Collège de la médecine générale. Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale ? 100 propositions pour mieux comprendre et agir. Paris: CMG; 2022.
<https://lecmq.fr/wp-content/uploads/2022/06/Brochure-ISS-juin-2022.pdf>
75. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Avis sur les inégalités sociales de santé Paris: CNCNDH; 2022.
<https://www.cncndh.fr/sites/default/files/2023-01/A%20-%202022%20-%201%20-%20In%20C%20A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9%20C%20f%C3%A9vrier%202022.pdf>
76. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>
77. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève: OMS; 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1
78. Minds. Les déterminants de la santé mentale, Synthèse de la littérature scientifique. Genève: MINDS; 2021.
<https://minds-ge.ch/wp-content/uploads/2021/04/Les-d%C3%A9terminants-de-la-sant%C3%A9-mentale.pdf>
79. Collectif les morts de la rue. Mortalité des personnes sans domicile 2020 dénombrer et décrire. Rapport annuel 2021 données 2020. Paris: CMR; 2021.
https://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_VF_maquette_2.pdf
80. Institut national de la statistique et des études économiques. Espérance de vie à divers âges. Données annuelles de 1994 à 2022. Montrouge: INSEE; 2023.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
81. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, *et al.* Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS ONE* 2019;14(12):e0226306.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0226306>
82. Castillo EG, Chung B, Bromley E, Kataoka SH, Braslow JT, Essock SM, *et al.* Community, public policy, and recovery from mental illness: Emerging research and initiatives. *Harv Rev Psychiatry* 2018;26(2):70-81.
<http://dx.doi.org/10.1097/HRP.000000000000178>
83. Roy L, Vallée C, Kirsh BH, Marshall CA, Marval R, Low A. Occupation-based practices and homelessness: A scoping review. *Can J Occup Ther* 2017;84(2):98-110.
<http://dx.doi.org/10.1177/0008417416688709>
84. Atyeo H, Forchuk C. Psychiatric/psychosocial rehabilitation (PSR) in relation to residential environments: Housing and homelessness. *Curr Psychiatry Rev* 2013;9(3):188-94.
<http://dx.doi.org/10.2174/1573400511309030004>
85. 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>
86. Nilsson SF, Nordentoft M, Hjorthøj C. Individual-level predictors for becoming homeless and exiting homelessness: A systematic review and meta-analysis. *J Urban Health* 2019;96(5):741-50.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-019-00377-x>
87. 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)
88. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2016;208(5):421-8.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161943>
89. Karadzhov D, Yuan Y, Bond L. Coping amidst an assemblage of disadvantage: A qualitative metasynthesis of first-person accounts of managing severe mental illness while homeless. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020;27(1):4-24.
<http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12524>
90. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community* 2020;28(1):1-11.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12857>
91. Reilly J, Ho I, Williamson A. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health Soc Care Community* 2022.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.13884>
92. Loftus EI, Lachaud J, Hwang SW, Mejia-Lancheros C. Food insecurity and mental health outcomes among homeless adults: A scoping review. *Public Health Nutr* 2021;24(7):1766-77.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1368980020001998>
93. Ecker J, Cherner R, Rae J, Czechowski K. Sexual intimacy, mental illness, and homelessness. *Am J Community Psychol* 2018;61(1-2):131-40.
<http://dx.doi.org/10.1002/ajcp.12213>
94. Kerman N, Sylvestre J, Polillo A. The study of service use among homeless persons with mental illness: a methodological review. *Health Serv Outcomes Res Method* 2016;16(1-2):41-57.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10742-016-0147-7>
95. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384(9953):1541-7.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8)

96. Salize HJ, Werner A, Jacke CO. Service provision for mentally disordered homeless people. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(4):355-61.
<http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328361e596>
97. Bauer LK, Baggett TP, Stern TA, O'Connell JJ, Shtasel D. Caring for homeless persons with serious mental illness in general hospitals. *Psychosomatics* 2013;54(1):14-21.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2012.10.004>
98. Stovall J, Fleisch SB, McQuiston HL, Hackman A, Harris T. Ethics and the treatment of the mentally ill, homeless person: A perspective on psychiatry resident training. *Acad Psychiatry* 2016;40(4):612-6.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40596-015-0330-0>
99. Jego M, Abcaya J, Ștefan 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>
100. Haute Autorité de Santé. Covid-19 - Les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et médico-social. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183217/fr/les-mesures-barrieres-et-la-qualite-du-lien-dans-le-secteur-social-et-medico-social
101. Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, Fondation Abbé Pierre. Etude sur l'inconditionnalité de l'accueil en hébergement en Ile-de-France. Montreuil: FAS; 2019.
<https://www.federationsolidarite.org/actualites/12716-2/>
102. Baronnet J, Alberghini A. Aux portes de la rue ou quand les institutions produisent l'exclusion : les sortants d'hôpitaux psychiatriques. *Recherche Sociale* 2018;228(4):6-91.
<http://dx.doi.org/10.3917/recsoc.228.0006>
103. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Paris: La Documentation française; 2010.
104. Orspere-Samdarra. Rapport d'étude « Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale ». Une étude dans les CHRS de l'Ain. Bron: Orspere-Samdarra; 2018.
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Rapport_2018_Parcours_d_hebergement_et_sante_mentale_VF.pdf
105. Kaakinen J. Housing First : le modèle finlandais. *Vie Sociale* 2018;23-24(3):167-74.
<http://dx.doi.org/10.3917/vsoc.183.0167>
106. Busch-Geertsema V. Le programme Finlandais de lutte contre le sans-abrisme de longue durée. Helsinki, 2-3 décembre 2010. Rapport de synthèse. Bruxelles: Commission européenne. Emploi, affaires sociales et inclusion; 2010.
107. Cour des comptes. Référé La politique en faveur du « logement d'abord ». Paris: Cour des Comptes; 2020.
<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/54292>
108. Khouani J, Bertrand C, Launay E, Jégo M, Auquier P, Tabélé C. État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé. *Bull Epidémiol Hebd* 2022;(1):10-21.
109. Direction générale de l'offre de soins, Picon E, Lecouturier F, Minet B, Seigneur R. Evaluation des équipes mobiles psychiatrie - précarité. Lyon: Itinere Conseil; 2015.
110. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Gonzalez L, Nauze-Fichet E. Le non-recours aux prestations sociales. Mise en perspective et données disponibles. Les dossiers de la DREES 2020;(57).
111. Secours catholique caritas France, Observatoire des non-recours aux droits et services, Rode A, Gravoin P, Bonjour D, Novelli P, *et al.* Non-recours : Une dette sociale qui nous oblige. Paris: Secours catholique; 2021.
https://www.secours-catholique.org/sites/default/files/03-Documents/rap-nonrecours_-_def.pdf
112. France stratégie, Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Evaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Compléments au rapport 2021. Paris: France Stratégie; 2021.
<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-pauvrete-complements-avril.pdf>
113. France stratégie, Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Evaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Rapport 2021. Paris: France Stratégie; 2021.
<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-pauvrete-rapport2021-avril.pdf>
114. Santé publique France. « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations [Dossier]. *La Santé en Action* 2021;458.
115. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Office des Nations Unies. Le droit à un logement convenable. Genève: HCDH; 2010.
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_fr.pdf
116. Loubière S, Tinland A, Taylor O, Loundou A, Girard V, Boyer L, *et al.* Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French housing first study. *Public Health* 2020;185:224-31.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.019>
117. Boyer L, Dassa D, Belzeaux R, Henry JM, Samuelian JC, Baumstarck-Barrau K, *et al.* Frequent visits to a French psychiatric emergency service: diagnostic variability in psychotic disorders. *Psychiatr Serv* 2011;62(8):966-70.
http://dx.doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0966
118. Observatoire des Pratiques au regard de l'éthique. L'accès aux soins et à la santé des migrants en Bourgogne Franche Comté. Quels enjeux éthiques ? Dijon: EREBFC; 2021.
http://www.erebfc.fr/userfiles/files/observatoire/RapportEthique_Santedesmigrants.pdf
119. Chareyron S, L'Horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique. *Études & Résultats*. Paris: Défenseur des droits ; 2019.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/836190440_1910_ddd_refussoinsdiscriminatoires_access.pdf

120. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Fiche lutter contre les refus de soins des professionnels de santé. Guide accompagnement santé FNARS 2016. Paris: FNARS; 2016.

121. Institut des politiques publiques, Mendras P, Roy D, Sultan Parraud J, Toulemon L. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État. Collection éclairages. Paris: Défenseur des droits; 2023.

122. 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 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud

123. Dauriac-Le Masson V, Mercuel A, Guedj MJ, Douay C, Chauvin P, Laporte A. Mental healthcare utilization among homeless people in the greater paris area. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(21).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17218144>

124. Marques A, Velpy L. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. *L'Information Psychiatrique* 2013;89(6):465-72.
<http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8906.0465>

125. Fond G, Tinland A, Boucekine M, Girard V, Loubière 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.pnpb.2018.08.024>

126. Direction générale de la santé. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements en matière de lutte contre les maladies mentales. Paris: Ministère de la santé publique et de la population; 1960.

127. Conseil régional des personnes accueillies/accompagnées. Recueil des 20 premières contribution du conseil régional des personnes accueillies/accompagnées(CRPA) Provence Alpes côte d'azur. Paris: CRPA; 2020.
https://acteursdusocialenpaca.fr/images/docs_cltsds/Participation/CRPA - Recueil contributions 1-20.pdf

128. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

129. Heaslip V, Richer S, Simkhada B, Dogan H, Green S. Use of technology to promote health and wellbeing of people who are homeless: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(13).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136845>

130. Solinum. Les sans-abri et le numérique : Équipement, usages et compétences numériques des personnes sans-abri en France en 2018. Paris; 2019.
<https://www.solinum.org/wp-content/uploads/2019/09/Pr%C3%A9carit%C3%A9-connect%C3%A9-Etude.pdf>

131. Thurman W, Semwal M, Moczygamba LR, Hilbelink M. Smartphone technology to empower people experiencing homelessness: Secondary analysis. *J Med Internet Res* 2021;23(9):e27787.
<http://dx.doi.org/10.2196/27787>

132. Schueller SM, Hunter JF, Figueroa C, Aguilera A. Use of digital mental health for marginalized and underserved populations. *Curr Treat Options in Psychiatry* 2019;6(3):243-55.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40501-019-00181-z>

133. Chambon N, Estecahandy P, Gilliot É, Hennin M. La politique du Logement d'abord en pratique. Bron: Presses de Rhizome; 2022.

134. Tinland A, Loubiere S, Cantiello M, Boucekine M, Girard V, Taylor O, *et al.* Mortality in homeless people enrolled in the French housing first randomized controlled trial: a secondary outcome analysis of predictors and causes of death. *BMC Public Health* 2021;21(1):1294.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-11310-w>

135. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Fiche accompagnement santé des personnes en souffrance psychique. Guide accompagnement santé FNARS 2016. Paris: FNARS; 2016.

136. Agence régionale de Santé Ile de France. Guide santé à destination des acteurs de la filière hébergement. Paris: ARS Ile de France; 2016.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Guide_sante_acteurs_hebergement_0.pdf

137. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Fiche aller vers les personnes en matière de santé. Guide accompagnement santé FNARS 2016. Paris: FNARS; 2016.

138. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, El Chammay R, *et al.* The Lancet commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* 2022;400(10361):1438-80.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

139. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, *et al.* Clinical guideline for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ* 2020;192(10):E240-e54.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.190777>

140. Pathway. Service Model Review of UK Mental Health and Rough Sleeping Services. London: Pathway; 2020.
<https://www.pathway.org.uk/wp-content/uploads/Service-Review-Mental-Health-and-Rough-Sleeping.pdf>

141. National Institute for Health and Care Excellence. Integrated health and social care for people experiencing homelessness. Evidence reviews A-B. London: NICE; 2022.

142. Homeless Link. Mental health and wellbeing guide. London: HL; 2012.

https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental_Health_Guide.pdf

143. Sun A-P. Helping homeless individuals with co-occurring disorders: the four components. *Soc Work* 2012;57(1):23-37.

144. Rapp CA, Goscha RJ. The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press; 2011.

145. National Institute for Health and Care Excellence, Center for Homelessness Impact. Integrated health and social care for people experiencing homelessness. London: NICE; 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng214/resources/integrated-health-and-social-care-for-people-experiencing-homelessness-pdf-66143775200965>

146. Shoemaker ES, Kendall CE, Mathew C, Crispo S, Welch V, Andermann A, *et al.* Establishing need and population priorities to improve the health of homeless and vulnerably housed women, youth, and men: A Delphi consensus study. *PLoS ONE* 2020;15(4):e0231758.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231758>

147. Harris M, Fallot R. Using trauma theory to design service systems. New directions for mental health services. Washington: American Psychological Association; 2001.

148. Guarino K, Soares P, Konnath K, Clervil R, Bassuk E. Trauma-Informed Organizational Toolkit. Rockville: Center for Mental Health; 2009.

https://www.air.org/sites/default/files/downloads/report/Trauma-Informed_Organizational_Toolkit_0.pdf

149. Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITTIC), University at Buffalo. Buffalo center for social research. School of social work [En ligne]. New York: UB; 2023.

<https://socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care.html>

150. Chambon N, Gilliot É, Sorba M. L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Rev Fr Affr* 2020;(2):97-116.

<http://dx.doi.org/10.3917/rfas.202.0097>

151. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Executive summary. Geneva: WHO; 2022.

152. Demailly L. L'idée de rétablissement-recovery: dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome* 2017;65-66(3):6-7.

<http://dx.doi.org/10.3917/rhiz.065.0006>

153. 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>

154. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201848/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire-synthese

155. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Fiche l'accompagnement santé dans les territoires ruraux. Guide accompagnement santé FNARS 2016. Paris: FNARS; 2016.

156. Fond G, Boyer L, Boucekine M, Girard V, Loubière S, Lenoir C, *et al.* Illness and drug modifiable factors associated with violent behavior in homeless people with severe mental illness: results from the French Housing First (FHF) program. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019;90:92-6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbpb.2018.11.006>

157. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, *et al.* Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65(3):287-94.

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300261>

158. de Vet R, van Luijelaar MJ, Brillleslijper-Kater SN, Vanderplassen 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>

159. Ponka D, Agbata E, Kendall C, Stergiopoulos V, Mendonca O, Magwood O, *et al.* The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS ONE* 2020;15(4):e0230896.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0230896>

160. Tsai J, Huang M, Petering R, Tiderington E. Graduation practices and outcomes in intensive case management programs for severe mental illness: A systematic review. *Psychiatr Rehabil J* 2021.

<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000487>

161. Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv* 2007;58(1):121-7.

<http://dx.doi.org/10.1176/ps.2007.58.1.121>

162. Beaudoin I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues santé et société* 2016;14(2):44-69.

163. Hyun M, Bae SH, Noh D. Systematic review and meta-analyses of randomized control trials of the effectiveness of psychosocial interventions for homeless adults. *J Adv Nurs* 2020;76(3):773-86.

<http://dx.doi.org/10.1111/jan.14275>

164. Murray RM, Conroy E, Connolly M, Stokes D, Frazer K, Kroll T. Scoping review: Suicide specific intervention programmes for people experiencing homelessness. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(13).

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18136729>

165. Probyn K, Engedahl MS, Rajendran D, Pincus T, Naeem K, Mistry D, *et al.* The effects of supported employment interventions in populations of people with conditions other than severe mental health: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev* 2021;22:e79.

<http://dx.doi.org/10.1017/S1463423621000827>

166. Richter D, Hoffmann H. Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Adm Policy Ment Health* 2017;44(6):817-23.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>
167. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2017;136(3):269-79.
<http://dx.doi.org/10.1111/acps.12765>
168. Onapa H, Sharpley CF, Bitsika V, McMillan ME, MacLure K, Smith L, *et al.* The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review. *Health Soc Care Community* 2021:1-20.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.13486>
169. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing first approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* 2019;73(5):379-87.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
170. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2015;60(11):475-87.
171. Benston EA. Housing Programs for Homeless Individuals With Mental Illness: Effects on Housing and Mental Health Outcomes. *Psychiatr Serv* 2015;66(8):806-16.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400294>
172. Premier ministre. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015. Paris: Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucscdb_avril_2016_mise_en_page.pdf
173. Rhenter P, Moreau D, Laval C, Mantovani J, Albisson A, Suderie G, *et al.* Bread and Shoulders: Reversing the Downward Spiral, a Qualitative Analyses of the Effects of a Housing First-Type Program in France. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(3).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15030520>
174. Arveiller J, Mercuel A. Santé mentale et précarité: Aller vers et rétablir. Cachan: Lavoisier; 2012.
175. Baux M, Tonnel P, Labey M, Plancke L, Amariei A, Danel T. Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015. *L'Information Psychiatrique* 2016;92(5):397-405.
<http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2016.1492>
176. Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, Bonin J-P, Perrot S, Vialars V, *et al.* Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP): des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile. *Presse Med* 2012;41(5):e226-e37.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2011.09.032>
177. Agence régionale de Santé Centre-Val de Loire. Rapport de synthèse de l'enquête régionale des EMPP et réseaux précarité 2012-2016. Orléans: ARS Centre-Val de Loire; 2017.
https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Enqu%C3%AAte_EMPP.pdf
178. Agence Régionale de Santé - Occitanie, Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société, Manuello P. Equipes mobiles psychiatrie précarité d'occitanie : État des lieux. Montpellier: ARS Occitanie ; IFERISS; 2018.
179. Association des établissements participant au service public de santé mentale, Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux, Association nationale des psychiatres présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers. Psychiatrie, santé mentale et parcours des personnes vulnérables. Quelles complémentarité et coopérations entre les champs sanitaire, social et médico-social. Actes du 5 octobre 2020, Paris : AdESM ; GEPSCO ; ANPCME; 2020.
<https://www.gepso.fr/static/uploads/2020/12/actes-JT051020-1.pdf>
180. Le Group, Médecins du Monde. Médiation en santé capitalisation des programmes de Médecins du Monde dans les Combrailles et à Lille-Sud [En ligne]. Villeurbanne: Le Group; 2023.
<http://legroup-ess.org/mdmsante/?HomePage>
181. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Fiche accompagner en partenariat. Guide accompagnement santé FNARS 2016. Paris: FNARS; 2016.
182. Haute Autorité de Santé. LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf
183. Cour des comptes. Rapport public annuel. La décentralisation 40 ans après. Paris: CC; 2023.
https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230310-RPA-2023_0.pdf
184. Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA L'Information Psychiatrique 2013;89:359-64.
<http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8905.0359>
185. Barker SL, Maguire N. Experts by experience: Peer support and its use with the homeless. *Community Ment Health J* 2017;53(5):598-612.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-017-0102-2>
186. La pair-aidance : véritable levier d'autodétermination à l'heure de l'inclusion ? [dossier]. *Les Cahiers de l'Actif* 2021;(538-539):1-136.
187. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Fédération des acteurs de la solidarité. Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement. La Défense, Paris: DIHAL, FAS; 2018.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/12/publication_travail_pair.pdf
188. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3322901/fr/referentiel-d-evaluation-de-la-qualite-essms

189. Haute Autorité de Santé. Manuel - Certification des établissements pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3375138/fr/manuel-et-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante-pour-la-qualite-des-soins-version-2023

190. Haute Autorité de Santé. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2022.

191. Sarradon-Eck A, Farnarier C, Girard V, Händlhuber H, Lefebvre C, Simonet É, *et al.* Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques* 2012;(67):183-99.

<http://dx.doi.org/10.7202/1013023ar>

192. 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

193. Greacen T, Jouet E. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie (NE). Toulouse: Erès; 2019.

194. Haute Autorité de Santé. Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3452691/fr/renforcer-la-reconnaissance-sociale-des-usagers-guide

195. National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Australian clinical guidelines for early psychosis. Second edition. Parkville Vic: NCEYMH; 2016.

<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>

196. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) : msss; 2019.

197. National Institute for Health and Care Excellence, National Collaborating Centre for Mental Health. Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance. London: NICE; 2016.

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs80/resources/implementing-the-early-intervention-in-psychosis-access-and-waiting-time-standard-guidance-2487749725>

198. Chauveaud C, Warin P. Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques. [Rapport de recherche] : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie; 2019.

199. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour

une amélioration. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

200. Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC family practice* 2013;14:151.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-151>

201. Urgences sociales. Evaluation de l'impact d'une stratégie d'orientation précoce vers l'hébergement sur le parcours des personnes sans-abri. Rapport d'étude final. Marseille: Association JUST; 2021.

202. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prise en charge à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance. Volet 2 : l'accès à l'autonomie - Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3352152/fr/ameliorer-la-prise-en-charge-a-la-sortie-des-dispositifs-de-protection-de-l-enfance-acces-a-l-autonomie-volet-2-note-de-cadrage

203. Trouvé M, Claudel H. Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. 2011;87(2):89-94.

<http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8702.0089>

204. Haute Autorité de Santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychoiatriques_sans_consentement_guide.pdf

205. Pathway. Mental health service assessments for rough sleepers tools and guidance. London: Pathway; 2017.

<https://www.pathway.org.uk/wp-content/uploads/RSTG-2017-FINAL.pdf>

206. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806571/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

207. Gaetz S, Walter H, Story C. THIS is Housing First for Youth. Part 1 – Program Model Guide. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2021.

208. CREAL-ORS Occitanie, Beaumont A, Roquefort A. Un chez soi d'abord jeunes : Expérimentation et effets. Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2023.

209. D'Sa S, Foley D, Hannon J, Strashun S, Murphy A-M, O'Gorman C. The psychological impact of childhood homelessness a literature review. *Ir J Med Sci* 2021;190(1):411-7.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11845-020-02256-w>

210. Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry* 2016;38:51-60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.001>

211. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres

de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

212. 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 2020;31(2):279-86. <http://dx.doi.org/10.1002/hpja.289>

213. Fédération addiction. Addictions et troubles psychiatriques. Guide repère(s) Paris: FA; 2019. <https://www.federationaddiction.fr/parution-guide-addictions-et-troubles-psychiatriques/>

214. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408116/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-essms-secteur-de-l-inclusion-sociale

215. Centre Primo Levi, Médecins du Monde. La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique. Paris: Centre Primo Levi ; Médecins du Monde; 2018. https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La_souffrance_psychique_des_exiles_Rapport_pages.pdf

216. Chambon N, Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Rev Fr Affr 2016;(2):123-40. <http://dx.doi.org/10.3917/rfas.162.0123>

217. Siffert I, Cordone A, Réginal M, Le Méner E. L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France. Une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France, au printemps 2017. Paris: Observatoire du Samusocial; 2018.

218. Tortelli A, Mercue IA. Agir pour l'accompagnement psychiatrique et social des personnes migrantes. Cahiers de Rhizome 2022;(83).

219. Einhorn L, Tremblay V, Zeroug-Vial H. Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale. Rhizome 2019;(73):18-9.

220. Einhorn L, Rivière M, Chappuis M, Chevelle M, Laurence S. Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017). Revue Européenne des Migrations Internationales 2018;34(2):187-203. <http://dx.doi.org/10.4000/remi.10581>

221. Orspere-Samdarra observatoire santé mentale et les vulnérabilités. Mieux comprendre la santé mentale, des repères pour agir. Guide pratique sur la santé mentale pour les personnes en situation de précarité ou de migration. BRON: Orspere-Samdarra; 2021.

<https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/12/os-outil-sante-mentale-fr.pdf>

222. Orspere-Samdarra observatoire santé mentale et les vulnérabilités. Soutenir la santé mentale des personnes migrantes. Guide ressource à destination des intervenants sociaux. Bron: Orspere-Samdarra; 2022. <https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2022/02/os-soutenir-la-sante-mentale.pdf>

223. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf

224. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "mineurs isolés étrangers". Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_mna_web.pdf

225. Défenseur des droits. Les mineurs non accompagnés au regard du droit. Paris: DD; 2022. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/dd_rapport-les-mineurs-non-accompagnes-au-regard-du-droit_20220215.pdf

226. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. Paris: HCSP; 2019.

227. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Note d'instruction de l'ARS Ile de France en direction des offres de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés étrangers. Saint-enis La Plaine: ARS ; 2019.

228. Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives » Journal Officiel 2021;1er août 2021.

229. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Grandé C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

230. Fédération des acteurs de la solidarité, Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France, Fédération nationale des Samu sociaux. Référentiel de missions et d'évaluation. Maraudes & Samu sociaux. Paris; 2018. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel-missions-evaluation-2018-4.pdf>

231. Fédération des acteurs de la solidarité. Guide précarité et santé mentale. Paris: FNARS; 2011. <https://www.cnape.fr/documents/guide-precarite-et-sante-mentale-reperes-et-bonnes-pratiques/>

232. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les cahiers pédagogiques. Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM). Place: CNSA; 2019.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association élus, santé publique et territoires

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège français de la médecine d'urgence (CFMU)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Comité de concertation du secteur social et médico-social (membres)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)

ESPER PRO (association de travailleurs pairs professionnels)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)

Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)

Fédération des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Fédération santé habitat

Médecins du monde

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés

Première urgence internationale

Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNHAJ)

Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)

Union sociale pour l'habitat (USH)

Entretiens réalisés et visites sur site

Entretiens réalisés

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Agence régionale de santé de Guyane

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

AUTISME France

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Centre hospitalier de Cayenne :

- équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
- permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- centre de prévention du risque suicidaire (CPRS) de Guyane

Centre de réhabilitation psychosociale Sainte-Anne

Collectif national des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Comité pour la santé des exilés, antenne de Guyane

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil intercommunal de santé mentale (CISM) de la communauté d'agglomération du centre littoral, Guyane

Conseil local de santé mentale (CLSM) d'Avignon

Conseil local de santé mentale (CLSM) de Metz

Conseil local de santé mentale (CLSM) de Strasbourg
 Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)
 Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)
 Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS)
 Direction générale de la Santé (DGS)
 Fédération française des PASS
 Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
 Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)
 Fédération santé habitat (FSH)
 ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés
 Première urgence internationale
 Médecins du monde, délégation Guyane
 Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
 Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNHAJ)
 Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
 Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)
 Union sociale pour l'habitat (USH)
 Représentants du dispositif Silapsy, projet porté en partenariat par SILENE HABITAT, le centre hospitalier de Saint-Nazaire et l'Association solidarité Estuaire
 Représentants du protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis dans l'Indre signé entre le préfet de l'Indre, l'ARS Centre-Val de Loire, le conseil territorial de santé (CTS), l'union de caisse-institut interrégional pour la santé (UC-IRSA), l'association interdépartementale pour le

Équipes rencontrées lors des visites sur site

➔ Lille (59) :

EM3P Diogène équipe mobile psychiatrie précarité Diogène et permanence d'accès aux soins de santé (PASS) rattachée à l'EPSM Lille Métropole
 Réseau santé solidarité Lille Métropole
 Coordination mobile accueil orientation (CMAO)/Samu social
 Programme « un chez-soi d'abord jeunes »
 Abej Solidarité :
 – halte de nuit
 – service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « précarité »
 – résidence accueil de Capinghem
 – SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)

➔ Lyon (69) :

développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées (AIDAPHI), solidarité accueil, Coallia, Adoma

Dr BOSETTI Thomas, psychiatre, coordinateur général du programme alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif pour des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans domicile, Marseille

Dr BOULOUNINE Raphaël, psychiatre, coordinateur médical du programme *Working First*, Marseille

Mme CARIA Aude, directrice d'un site d'information sur la santé mentale, Paris

Mme CASTILLO Marie-Carmen, directrice d'un laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Paris

Mme CHARRIER Laura, directrice générale adjointe d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Nantes

M. de CONINCK Vincent, directeur général d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lille

M. ELHAMDY Samir, travailleur pair, membre d'un comité local du travail social et du développement social, Mulhouse

Dr GOZLAN Guy, psychiatre, directeur du SAMSAH Prépsy, Paris

Mme PUEL Clémence, responsable du projet éducatif et de l'inclusion des publics, Quimper

Mme RHENTER Pauline, avocate et chargée de recherche du programme de recherche « un chez-soi d'abord », Marseille

Dr RICHARD Olivier, chef de pôle urgence – soins critiques, chef de service Samu, Versailles

M. ROUYER Patrick, Président d'une association gérant un centre de formation, Paris

Dr ZUCCA Sylvie, psychiatre, Paris

Alynéa :

- interface 9, équipe de prévention et d'accompagnement dans le champ de la santé mentale
- centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) Cléberg, Villeurbanne
- pôle veille sociale
- projet « Zone libre »

GCSMS « un chez-soi d'abord »

Équipe mobile psychiatrie précarité « interface SDF » (CH Saint-Jean de Dieu)

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés

Intermed, équipes infirmières, dispositif de médiation et de coordination en santé

Dispositif « Horizon santé habitat » (centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) Bell'Aub, LAHSO, L'Association de l'hôtel social et centre hospitalier (CH) du Vinatier)

Coordination réseau social « Rue-Hôpital », agence régionale de santé (ARS)

Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole

Pôle santé publique Rhône/Métropole de Lyon, agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Maison de la veille sociale

➔ Marseille (13) – membres des équipes :

Centre de formation au rétablissement (COFOR)

Dispositif Sindiane de soutien aux femmes et aux personnes LGBTIQ+ migrantes

MARSS – Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social

Groupe de travail

M. Pascal ISOARD-THOMAS, président du groupe de travail, directeur général d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lyon

Dr Alain MERCUEL*, président du groupe de travail, psychiatre, chef de pôle « psychiatrie précarité », Paris

Dr Aurélie TINLAND, chargée de projet, psychiatre, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Marseille

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, cheffe de projet, Haute Autorité de santé (HAS)

Mme Florence LIGIER, cheffe de projet, Haute Autorité de santé (HAS)

Mme Caroline ACARD, coordinatrice sociale en centre d'hébergement d'urgence (CHU) et accueil de jour, Paris

M. Jean-Marc ANTOINE, administrateur d'une fédération dans le champ social, retraité, Paris

Mme Myriam AUPTTEL, directrice d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Bordeaux

M. Erwan AUTES TREAND, responsable du pôle vulnérabilités en santé, direction de la protection de la santé et de l'autonomie, Bordeaux

Pr Georges BROUSSE, psychiatre, addictologue, chef de service d'addictologie et pathologies duelles, Clermont-Ferrand

Mme Christine CHARNAY HEITZLER, directrice du pôle développement et innovation sociale dans une association œuvrant pour l'habitat et l'accompagnement des personnes vulnérables, Marseille

M. Gilles DESRUMEAUX, président d'une association dans le champ du logement accompagné, Lyon

Mme Hamel DJEDDI, psychologue clinicienne, équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

AUP – Association des usagers de la permanence d'accès aux droits sociaux (PADA) de Marseille et du centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) autogéré

Lieu de répit, lieu d'accueil alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes en situation de précarité

Auberge marseillaise, lieu de vie géré par 7 associations marseillaises dans les champs de la santé mentale et de la lutte contre la précarité

➔ Noyon (Oise, 60) :

Résidence accueil Coallia

➔ Paris (75)

Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) Sainte-Anne, GHU Sainte-Anne

Dr Catherine DUPRE GOUDABLE, médecin, retraitée, chargée de mission au sein d'un espace éthique de réflexion, Toulouse

M. Maxime FAISANDIER, infirmier coordinateur d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lyon

Dr Sarraouinia GAKUNZI, médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle, assistante universitaire de médecine générale, Pré-Saint-Gervais

M. Antoine GENDRONNEAU, éducateur spécialisé, « un chez-soi d'abord », Poitiers

M. Éric JOLY, médiateur de santé-pair, Carpentras

M. Christian LAVAL, sociologue, chercheur associé, Lyon

Dr Frédéric LEFRERE, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Versailles

Dr Charlotte LENOIR, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Marseille

Mme Maria MELCHIOR, directrice de recherche, Paris

Mme Linda MENEGALDO, mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), service tutélaire, Sin-le-Noble

Dr Houda MERIMI, médecin généraliste, responsable du pôle qualité des pratiques en santé dans une ONG, Paris

* par courrier en date du 01/12/2023 a informé ne pas souscrire à cette recommandation

M. Stéphane MURAT, médiateur de santé-pair, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

Dr Lydie PACHTCHENKO, chargée de mission santé, cheffe du service conseil médical, conseillère de prévention, Metz

Mme Chloé PONS, psychologue clinicienne au sein d'un CHRS, directrice adjointe d'une association proposant un « aller vers » les personnes les plus vulnérables psychologiquement, Paris

M. Thierry RENAUT, personne concernée, Le Havre

Mme Séverine ROLLIN, cadre socio-éducative, chargée de mission dans une équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

Groupe de lecture

Mme Angèle BARONCINI, infirmière équipe mobile psychiatrie précarité et PASS, Lille

M. Ismaël BECHLA, doctorant en anthropologie de la psychiatrie, Marseille

M. Lucas BEMBEN, psychologue clinicien en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en appartements de coordination thérapeutique (ACT), membre d'un collectif de recherche, Nancy

Mme Rachel BERTHELE, directrice adjointe du service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) et veille sociale, Toulouse

Mme Barbara BERTINI, coordinatrice des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Île-de-France, Paris

M. Claude BOUGUENEC, conseiller en économie sociale familiale dans un groupe d'entraide mutuelle (GEM), Vannes

Mme Catherine BULLIAN, personne concernée, représentante des personnes concernées, Caen

Mme Gaëlle CHARLOT, ergothérapeute, psychiatrie carcérale, service médico-psychologique régional, Bordeaux

Mme Dominique CHARMEIL, directrice générale d'établissements sociaux et médico-sociaux, Clermont-Ferrand

Mme Élodie CHAYRIGUES, infirmière, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

M. Djelloul CHENOUI, éducateur spécialisé en équipe de maraude, Lille

Dr Pierre-Henri DACULSI, médecin en centre de santé pour les personnes en situation d'exil, Paris

Mme Cendrine DELAVault, directrice d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Caen

Mme Sophie DESROUSSEaux, infirmière au sein d'une EMPP et d'une association œuvrant auprès des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion, personne concernée, Marseille

Mme Delphine GILLET, directrice technique, coordinatrice de parcours dans des services d'accompagnement social, Vosges

M. Jean-Luc SICARD, cadre paramédical supérieur, responsable d'un CHRS, de LHSS, de LAM, d'une résidence accueil et d'une EMPP, Avignon

Mme Alexandra THEZAN, cadre de santé, cheffe de service lits d'accueil médicalisés (LAM), Montpellier

Mme Brigitte VERGEZ, infirmière de secteur psychiatrique, « un chez-soi d'abord jeunes », Toulouse

M. Dominique VIRLOGEUX, personne concernée, retraité, Roanne

Dr Vincent GIRARD, psychiatre en équipe d'intervention de crise, Marseille

M. Sébastien GOUDIN, référent parcours santé mentale/santé précarité/addictions, chargé de mission prévention promotion de la santé, Cantal

Dr Gladys IBANEZ, médecin généraliste en centre de santé et directrice d'un département de médecine générale en université, Paris

M. Philippe JAMET, infirmier en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Poitiers

Dr Maeva JEGO, médecin généraliste, maître de conférences en médecine générale, Marseille

Dr Antoine LAZARUS, professeur de médecine honoraire en santé publique et médecine sociale, administrateur d'une ONG, Paris

Mme Brigitte LECOINTRE, infirmière libérale, Nice

Dr Marie-Aude LEGUERRIER, psychiatre, praticienne hospitalière, Saint-Nazaire

M. Jean-Pierre LORENZI, cadre de santé, Grenoble

Dr Florence LOUPPE, psychiatre en lits halte-soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM), Paris

Dr Hervé MARTINI, médecin, addictologue, Nancy

Mme Élodie MICHALLAT, neuropsychologue, coordinatrice d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), Brest

M. Vincent MORIVAL, directeur du pôle accueil d'une association œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, Lille

M. Catalin NACHE, directeur territorial adjoint d'une association œuvrant pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, Bouches-du-Rhône

Mme Océane NICOLEAU, juriste, association gérant des services sociaux et médico-sociaux, Pau

Mme Marianne NOUHAUD, sage-femme coordinatrice, Nantes

Mme Cathy PAUL, aide médico-psychologique, appartements de coordination thérapeutique (ACT), Brest

M. Gérard PLACET, directeur d'établissements et services, Seine-et-Marne

Mme Adeline REYNOUARD, assistante de service social, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Lyon

Dr Sylvie ROBERT, psychiatre, médecin coordonnateur d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Lille et métropole

M. Jean-Régis ROOIJACKERS, coordinateur d'une association œuvrant auprès des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion, Marseille

Mme Perrine ROUX, pharmacienne, chercheuse en santé publique, Paris

Dr Maxime ROZES, médecin généraliste, maître de conférence associé de médecine générale, Villejuif

Dr Andrea TORTELLI, psychiatre, Paris

M. Gilles TRULLARD, directeur de pôle d'établissements médico-sociaux, Drôme/Ardèche

Dr Jean-Christophe VIGNOLES, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité, Lyon

Dr Jacques YGUEL, médecin spécialisé en santé publique et médecine sociale, addictologue, Avesnes-sur-Helpe

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers ayant participé à la relecture des recommandations

Association élus, santé publique et territoires

Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Collège national des universitaires de psychiatrie (CNPU)

Comité des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)

Conférence des présidents de CME de CHS

Conseil national des personnes accueillies ou accompagnées (CNPA)

Conseil national professionnel (CNP) infirmier

Conseil régional des personnes accompagnées Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRPA PACA)

Croix-Rouge française

ESPER PRO (association de travailleurs pairs professionnels)

Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Fédération Addiction

Fédération française de psychiatrie

Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS)

Fédération santé habitat

ORSPERE-SAMDARRA Observatoire santé mentale

Syndicat national des psychologues (SNP)

Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO)

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACS	Aide à la complémentaire santé
ACT	Appartements de coordination thérapeutique <i>Assertive Community Treatment</i>
AHI	Accueil, hébergement, insertion
AME	Aide médicale d'État
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASLL	Accompagnement social lié au logement
AVDL	Accompagnement vers et dans le logement
BD	Bande dessinée
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAdeO	Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en santé mentale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAPEX	Commission de coordination des actions de prévention des expulsions
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMS	Centre municipal de santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire

Cn2r	Centre national de ressources et de résilience
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNPA	Conseil national des personnes accueillies/accompagnées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations
CRPA	Conseil régional des personnes accueillies/accompagnées
CRPS	Centre régional prévention suicide
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
CTA	Coordination territoriale d'appui
CTI	<i>Critical Time Intervention</i>
CV	<i>Curriculum vitae</i>
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DALO	Droit au logement opposable
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DDETS	Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
DGS	Direction générale de la Santé
DiQASM	Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social
DPI	Déclaration publique d'intérêts
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DREETS	Direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
ECR	Essai contrôlé randomisé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Équipes de liaison et de soins en addictologie
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EMILIA	<i>Empowerment of Mental Illness Service Users through Lifelong Learning, Integration and Action (recherche)</i>
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Équipe mobile santé précarité
ENFAMS	Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France (enquête)

EPS	Établissement public de santé
ESSIP	Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité
ESSMS	Établissement ou service social ou médico-social
ETP	Équivalent temps plein
FALC	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GEPSO	Groupe national d'établissements publics sociaux et médico-sociaux
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GUDA	Guichet unique pour demandeurs d'asile
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HF	<i>Housing First</i>
HI	Hébergement d'insertion
HLM	Habitation à loyer modéré
HR	<i>High Ratio</i>
HU	Hébergement d'urgence
IC	Intervalle de confiance
ICM	Institut du cerveau
IML	Intermédiation locative
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPS	<i>Individual Placement and Support</i>
IRR	<i>Incident Rate Ratio</i>
IRTS	Institut régional du travail social
ISS	Inégalités sociales de santé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LGBTQI+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels +
LHSS	Lits halte-soins santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAPs	<i>Managed Alcohol Programs</i>
MARSS	Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social
MAS	Maisons d'accueil spécialisées

MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MNA	Mineur non accompagné
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OFII	Office français de l'immigration et l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONG	Organisation non gouvernementale
OR	<i>Odds Ratio</i>
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PARSA	Plan d'action renforcé en direction des personnes sans abri
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PC-PTSD-5	<i>Primary Care Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Screen for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5</i>
PDALHPD	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PLAI	Prêt locatif aidé d'intégration
PLIE	Plan local pluriannuel pour l'insertion et l'emploi
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUMa	Protection universelle maladie
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RR	Risque relatif
RSA	Revenu de solidarité active
SAMENTA	La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (enquête)
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personne handicapée
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDF	Sans domicile stable ou fixe
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SPA	Substance psychoactive
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TZCLD	Territoires zéro chômeur de longue durée
URIOPSS	Unions régionales interfédérales des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

